



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

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

ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2565 Vol. 33 No. 2 July - December 2022



รายงานการวิจัย

- ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในการเสี่ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดี่ยวของมารดาที่มีบุตรคนแรก
- การพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื้อโดยใช้รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พร้อมความสามารถในการทำกิจกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี: การศึกษานำร่อง
- ก้าวสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง
- ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ ในสตรีครรภ์แรก สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว
- การพัฒนารูปแบบการจัดการทางพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท
- ความอ่อนล้า การสนับสนุนของครอบครัว และคุณภาพการนอนหลับในมารดาที่มีบุตรคนแรก
- การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ
- ความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างการบริหารตามลักษณะองค์กรรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ ในกรุงเทพมหานครกับการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม คร่ำ กินข้าวอร่อย”
- บังคับทำนุกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาวัยรุ่น
- การพัฒนาแบบการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญา สำหรับผู้ดูแลในสถานสงเคราะห์แห่งหนึ่ง
- การพัฒนาแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
- บังคับที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กที่โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ
- การพัฒนาชุดการเรียนรู้ที่บ้านเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา และสมาธิในเด็กปฐมวัย
- การพัฒนาหุ่นจำลองฝึกคัดตัวชิ้นเข้าชิ้นกล้ามเนื้อ และประสิทธิภาพของการใช้หุ่นจำลองต่อทักษะการปฏิบัติ และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3
- ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่ก้ำจากโรคเบาหวานในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรกต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19

บทความวิชาการ

- การฝึกปฏิบัติในยุควิถีใหม่โดยประยุกต์ใช้ ADDIE Model เพื่อพัฒนากิจกรรมรักษาพยาบาลขั้นต้นของนักศึกษาพยาบาล
- ก้าวข้ามเศร้าของวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวเสี่ยงเดี่ยว

บทความพิเศษ

- ประสบการณ์การผ่าตัดโรคน้ำในรังไข่

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2565 Vol. 33 No. 2 July - December 2022

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
36 ถนนเลียบบเนิน ตำบลวัดใหม่ อำเภอเมือง
จังหวัดจันทบุรี 22000

ที่ปรึกษา

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

บรรณาธิการ

นางคณิตสร เจริญกิจ
พย.ม. (การพยาบาลศึกษา)

กองบรรณาธิการ

ผู้ทรงคุณวุฒิ (ภายนอก)

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

กองบรรณาธิการ (ภายใน)

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1. นางสาวปัทมา บุญช่วยเหลือ | ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ |
| 2. นางกรรณิการ์ พรงาม | ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ |

ฝ่ายจัดการ

- นางสาวชญานี สันติสูงเนิน
- นางสาวชลิตา วรภูมิพิศาล

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่งานวิจัยและผลงานวิชาการ
ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาพยาบาล
การบริหารการพยาบาล และการสาธารณสุข

กำหนดออกเผยแพร่

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

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers) โดยต้นฉบับแต่ละเรื่องได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวนอย่างน้อย 2 คน ทั้งนี้ วิทยานการวิจัยหรือบทความในวารสารถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเท่านั้น ทางคณะผู้จัดทำวารสารไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยเสมอ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers)

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1. ดร.พรฤดี นิธิรัตน์ | คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 2. ดร.กุลธิดา พานิชกุล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ |
| 3. ดร.เชษฐา แก้วพรม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ |
| 4. ดร.วิรัตน์ สกุกสันติพร เศลล์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ |
| 5. ดร.นงนภัทร รุ่งเนย | วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี |
| 6. รศ. ดร.ปรารธนา สถิตย์วิภาวี | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. ผศ. ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม | คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 8. ผศ. ดร.หทัยชนก บัวเจริญ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 9. ผศ. ดร.พิมสุภาวี่ จันทนะโสถ์ | 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. รศ. ดร.กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ |
| 14. ผศ. ดร.พัชรพร แก้ววิมล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 15. ดร.ดาราวรรณ ร่องเมือง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี |
| 16. ดร.ทองสวย สีทานนท์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 17. ดร.รัชชนก กลิ่นชาติ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 18. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 19. ดร.ธัสมน นามวงษ์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 20. ดร.บุศริน เอี้ยวสีหยก | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 21. ดร.ชญาดา เนตร์กระจ่าง | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 22. ดร.มธุรดา บรรจงการ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 23. ดร.รุ่งนภา เพ็ญชะอ่า | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 24. ผศ. ดร.ปราณี ชีโรโสภณ | นักวิชาการอิสระ |
| 25. ดร.ชดช้อย วัฒนะ | นักวิชาการอิสระ |



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

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

ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2565 Vol. 33 No. 2 July - December 2022

ส
า
ร
า
น

หน้า

รายงานการวิจัย

- ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตร
ด้วยนมมารดาอย่างเดี่ยวของมารดาที่มีบุตรคนแรก 1
ปริยชาติ วัฒนศิริ บังอร ศุภวิทพัฒนา พรรณพิไล ศรีอากรณ์
- การพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน
สำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พร้อมความสามารถในการทำกิจกรรม
โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี: การศึกษานำร่อง 13
รุ่งนภา เขียวชะอำ อรพรรณ บุญลือ สริขษา วงศ์ปรากฏ
- ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ 29
กมลทิพย์ ชลิ่งธรรมเนียม วิทยัญญ์กัญญา บุญทัน ेमกร อ่วมอ้อ
ปรีศนา อัครธนพล อรอนงค์ บัวลา
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวาน
ชนิดที่ 2 40
กรศศิ ชัยเดช โจรณี จินตนาวัฒน์ พนิดา จันทโสภีพันธ์
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ทฤษฎีการส่งเสริม
สุขภาพของเพนเดอร์สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง 53
จินตนา ชาญสูงเนิน ธนกร ปัญญาใสโสภณ พัทธนันท์ พุดห้ำ
- ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญ
ความเครียดขณะตั้งครรภ์ในสตรีครรภ์แรก สาธารณรัฐประชาธิปไตย
ประชาชนลาว 69
ใสโสดา ฟองภักดี ตรี เบาทรวง นันทพร แสนศิริพันธ์
- การพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
ในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท 81
วไลพร ปักกระกา วุฒิชัย สมภักดิ์ นิสากกร วิบูลชัย
สุชญญ์ญา เดชศิริ



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

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

ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2565 Vol. 33 No. 2 July - December 2022

ส
า
ร
บ
ค
ญ

	หน้า
<ul style="list-style-type: none"> • ความอ่อนล้า การสนับสนุนของครอบครัว และคุณภาพการนอนหลับ ในมารดาที่มีบุตรคนแรก ธนิชชกรณ์ ปะทะดวง พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ จิราวรรณ ดีเหลือ 	99
<ul style="list-style-type: none"> • การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ ยุวดี รอดจากภัย กุลชาติ โรจน์ไพศาลกิจ 	113
<ul style="list-style-type: none"> • ความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างการบริหารตามลักษณะองค์กรรอบรู้สุขภาพ ของชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร กับการส่งเสริมสุขภาพสมาชิก ผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart "ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย" วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย กานดาวิสี มาลีวงษ์ หทัยชนก บัวเจริญ ชัชวาล วงศ์สารี 	129
<ul style="list-style-type: none"> • ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาวัยรุ่น เปรียบแก้ว ฝาละมี พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ บังอร ศุภวิฑิตพัฒนา 	146
<ul style="list-style-type: none"> • การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน ในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาสำหรับผู้ดูแลในสถานสงเคราะห์แห่งหนึ่ง จินกกา อันพิมพ์ ญัฐพัชร์ บัวบุญ จิราภรณ์ กรรรมบุตร 	159
<ul style="list-style-type: none"> • การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เสาวภา เล็กวงษ์ อรพรรณ บุญลือ นิศาธรัตน์ รามวงษ์ นุชนาก โรจนธรรม 	175
<ul style="list-style-type: none"> • ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หลังผ่าตัดหัวใจ กมลทิพย์ ใจมาคำ อุษณีย์ จินตะเวช พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น 	190
<ul style="list-style-type: none"> • การพัฒนาชุดการเรียนรู้ที่บ้านเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก และสติปัญญา และสมาธิในเด็กปฐมวัย จริยาพร วรรณโชติ ปัทมา บุญช่วยเหลือ สุภา คำมะฤกษ์ 	204



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

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

ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2565 Vol. 33 No. 2 July - December 2022

ส
า
ร
บ
ญ

	หน้า
• การพัฒนาหุ่นจำลองฝึกฉีดยาวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อ และประสิทธิผลของการใช้หุ่นจำลองต่อทักษะการปฏิบัติและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ปรีย์กมล รัชนกุล พิชรพร แก้ววิมล	221
• ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวานในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พิมพ์พิชชา รักษา ศิวพร อังวัฒนา เดชา ทำดี	233
• ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรกต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อารีรัตน์ วิเชียรประภา ขนิษฐา เมฆกมล	246
บทความวิชาการ	
• การฝึกปฏิบัติในยุควิถีใหม่โดยประยุกต์ใช้ ADDIE Model เพื่อพัฒนาทักษะการรักษายาบาลขั้นต้นของนักศึกษาพยาบาล สุปราณี มณีนวค์ ชัยณรงค์ นาคเทศ สุวรรณ ละออบภักดิน กาญจนา ปัญญาเพชร	260
• ภาวะซีมาเศร้าของวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว วรรณภา วิเชียรสรรค์ อาจินต์ สงทับ	274
บทความพิเศษ	
• ประสบการณ์การผ่าตัดโรคถุงน้ำในรังไข่ นรินทร์	282

บรรณาธิการกลาง

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 นี้ นำเสนอรายงานการวิจัยด้านการปฏิบัติการพยาบาลทั้งในบริบทของหอผู้ป่วยและชุมชน และด้านการศึกษาพยาบาล ส่วนบทความวิชาการ นำเสนอสาระเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติในยุควิถีใหม่ของนักศึกษาพยาบาล โดยประยุกต์ใช้ ADDIE Model และภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว สำหรับบทความพิเศษนั้น นำเสนอเกี่ยวกับประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการผ่าตัดโรคลงน้ำในรังไข่ ทั้งนี้ คณะผู้จัดทำวารสารมุ่งหวังว่าผู้อ่านทุกท่านจะได้รับประโยชน์ในการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ และมุมมองต่างๆ ในประเด็นดังกล่าวบ้างไม่มากก็น้อย อย่างไรก็ตาม กองบรรณาธิการวารสารตระหนักดีว่าองค์ความรู้ด้านต่างๆ นั้นยังมีอีกมาก วารสารฉบับนี้สามารถนำเสนอได้เพียงบางส่วนเท่านั้น

สำหรับวารสารฉบับหน้า จะเป็นการนำเสนอสาระเกี่ยวกับการพยาบาลและการสาธารณสุข เช่นเคย หากท่านมีความประสงค์ที่จะลงตีพิมพ์รายงานการวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความพิเศษ ในวารสาร ขอให้ท่านเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำสำหรับผู้เขียน ซึ่งอยู่ที่เมนูด้านบนของหน้าเว็บไซต์วารสาร และดำเนินการส่งต้นฉบับมายังกองบรรณาธิการต่อไป

คณิศร เจริญกิจ

บรรณาธิการ

ความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตร ด้วยนมมารดาอย่างเดียวของมารดาที่มีบุตรคนแรก* Health Literacy and Exclusive Breastfeeding Self-management of First-time Mothers*

ปริญชาติ วัฒนศิริ, พย.ม. (การผดุงครรภ์)¹

Pariyachart Wattanasiri, M.N.S. (Midwifery)¹

บังอร ศุภวิทิตพัฒนา, ปร.ด. (การพยาบาล)²

พรรณไพไล ศรีอาราภณ์, พย.ด.³

Bungorn Supavititpatana, Ph.D. (Nursing)²

Punpilai Sriarporn, Ph.D. (Nursing)³

Received: September 8, 2022

Revised: November 7, 2022

Accepted: November 17, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาคความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวของมารดาที่มีบุตรคนแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรคนแรกที่มาใช้บริการที่ห้องตรวจคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ จำนวน 85 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .82 และแบบสอบถามการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว มีค่าความเชื่อมั่น .85 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกันยายน 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ มหบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

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

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

³ ศาสตราจารย์คลินิก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

ผลการวิจัยพบว่า มารดาที่มีบุตรคนแรกมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดี่ยวโดยรวม ในระดับมาก ($M = 49.24$, $SD = 6.02$ และ $M = 63.59$, $SD = 8.39$ ตามลำดับ) และความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดี่ยวของมารดาที่มีบุตรคนแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .281$, $p < .01$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางการแพทย์ควรส่งเสริมให้มารดาที่มีบุตรคนแรกมีความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อช่วยให้มีการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดี่ยวที่ดีที่สุด

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดี่ยว

มารดาที่มีบุตรคนแรก

Abstract

This descriptive correlational research aimed to explore the relationship between health literacy and exclusive breastfeeding self-management of first-time mothers. The samples were 85 first-time mothers who attended the well baby clinic at Chiang Mai Health Promotion Center Region 1 Hospital. The research instruments were composed of a demographic data questionnaire, a health literacy questionnaire with reliability of .82, and an exclusive breastfeeding self-management questionnaire with reliability of .85. Data were collected from May to September, 2020. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation.

The research results revealed that first-time mothers had the total mean scores of health literacy and exclusive breastfeeding self-management at a high level ($M = 49.24$, $SD = 6.02$ and $M = 63.59$, $SD = 8.39$, respectively). Health literacy was positively statistically significantly related to exclusive breastfeeding self-management of first-time mothers ($r = .281$, $p < .01$).

This research suggests that nursing personnel should promote the health literacy of first-time mothers in order to raise their exclusive breastfeeding self-management.

Keywords: Health literacy, Exclusive breastfeeding self-management, First-time mothers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามีประโยชน์หลายประการทั้งต่อบุตร มารดา และประเทศชาติ โดยนมมารดามีส่วนประกอบสำคัญที่ครบถ้วนต่อการเจริญเติบโตของบุตร ในปี ค.ศ. 2017 องค์การอนามัยโลกและองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติได้สรุปประโยชน์ของนมมารดาต่อบุตรจากหลักฐานเชิงประจักษ์ไว้ว่า สามารถเพิ่มความฉลาดทางเชาว์ปัญญา ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลดการเกิดภาวะน้ำหนักตัวเกิน และลดการเกิดโรคอ้วนระยะรุนแรงและโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ อีกทั้งยังช่วยลดอัตราการตายของทารกแรกเกิดเหลือเพียง 8.50 ราย ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย ในปี ค.ศ. 2017 (Timsit, 2019) ส่วนประโยชน์ต่อมารดาคือช่วยป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ และโรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังช่วยประเทศชาติในการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (World Health Organization & United Nations Children's Fund, 2017) และยังส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในบทบาทการเป็นมารดาและเสริมสร้างความผูกพันระหว่างมารดากับบุตร (กรรณิการ์ กันระรักษา, นันทพร แสนศิริพันธ์, และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒน์เสรี, 2557)

แม้ว่าการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจะมีประโยชน์อย่างมาก แต่อัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยังคงมีอัตราน้อยกว่าเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ โดยให้มีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวถึงอายุ 6 เดือน อย่างน้อยร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2568 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ซึ่งจากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยในช่วงปี ค.ศ. 2015–2016 พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวเพียงร้อยละ 23.10 (The Thailand Multiple Indicator Cluster Survey, 2016) โดยสาเหตุหนึ่งที่ทำให้อัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวต่ำกว่าเกณฑ์ คือ การที่มารดาประสบปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และไม่สามารถจัดการตนเองในการแก้ไข

ปัญหาต่างๆ ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวได้ โดยเฉพาะในมารดาที่มีบุตรคนแรกซึ่งยังไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (สมพงษ์ ชัยโอภาส, 2559) ทำให้มีความยากลำบากในการปรับตัวในการดำรงบทบาทการเป็นมารดา (Gameiro, Moura-Ramos, & Canavarro, 2009) โดยมักขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดี๋ย และการจัดการแก้ไขปัญหามารดาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดี๋ยที่ถูกต้อง นอกจากนี้ การที่มารดาได้รับความกดดันจากสมาชิกในครอบครัวที่ไม่สนับสนุนให้มีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดี๋ย จึงต้องหันมาเลี้ยงบุตรด้วยนมผสมแทน ทำให้มารดาเกิดความเครียดได้ (สุภาภรณ์ พยัคฆะเรือง, พรพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, และชญาดา สามารถ, 2559) ดังนั้น หากมารดา มีการจัดการตนเองที่ดีในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดี๋ย จะสามารถนำไปสู่การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดี๋ยที่ประสบความสำเร็จได้ (อารีรัตน์ วิเชียรประภา, 2561)

การจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดี๋ย เป็นการกระทำที่มารดาหลังคลอดทำด้วยความตั้งใจ เพื่อคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดี๋ย โดยมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดี๋ยที่ถูกต้อง และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้เกิดการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดี๋ยได้ โดยอาศัยความร่วมมือกันระหว่างมารดากับบุคลากรสุขภาพ ซึ่งได้ประยุกต์ตามแนวคิดของ Lorig and Holman (2003) อาศัยการจัดการตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการจัดการทางการแพทย์ (medical management) ประกอบด้วย การเลือกรับประทานอาหารและยาขณะให้นมบุตร การเลือกรับประทานสมุนไพรและยากระตุ้นการสร้างน้ำนม และการพักผ่อนนอนหลับ 2) ด้านการจัดการบทบาท (role management) โดยมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทการเป็นมารดาในการปฏิบัติพฤติกรรมในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดี๋ยได้อย่างถูกต้อง รวมถึง

สามารถจัดการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวได้ และ 3) ด้านการจัดการอารมณ์ (emotional management) โดยสามารถจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวได้เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและกลุ่มผู้สูงอายุค่อนข้างมาก ซึ่งพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านสุขภาพ โดยบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอจะส่งผลให้เกิดการจัดการตนเองที่ดีและการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมตามมา ดังการศึกษาของ Rachmawati, Sahar, and Wati (2019) ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีเกี่ยวกับโรคเบาหวาน จะมีความสามารถในการค้นหา วิเคราะห์ข้อมูลและประยุกต์ใช้ข้อมูลที่ทำให้เกิดสุขภาพที่ดี และจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในโรคเบาหวานที่ดีตามไปด้วย ผู้วิจัยจึงคาดว่าการปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวของมารดาที่มีบุตรคนแรกได้ด้วยเช่นกัน ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความสำคัญ จะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยทักษะการรู้คิด และทักษะทางสังคมที่เพียงพอ โดยเฉพาะในมารดาที่มีบุตรคนแรกซึ่งยังไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา จึงจะทำให้มารดานั้นมีการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว และสามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวได้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวของมารดาที่มีบุตรคนแรก เป็นทักษะการรู้คิดและทักษะทางสังคมของมารดาหลังคลอดที่เป็นตัวกำหนดความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และสามารถที่จะเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารในการสนับสนุน ส่งเสริม และตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรม

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว ตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) โดยครอบคลุมระดับความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (basic/ functional health literacy) เป็นทักษะพื้นฐานด้านการอ่านและการเขียนในการทำความเข้าใจข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่ถูกต้องเหมาะสม 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสื่อสาร/ปฏิสัมพันธ์ (communicative/ interactive health literacy) เป็นทักษะในการมีส่วนร่วมในการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพหรือครอบครัวเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และสามารถนำข้อมูลมาปรับใช้ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของตนเองได้ และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ (critical health literacy) เป็นทักษะการประเมินข้อมูล เปรียบเทียบข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา รู้จักวิธีแก้ไขปัญหาและนำไปสู่การตัดสินใจเลือกการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนาน 6 เดือน ซึ่งหากมารดาสามารถคิดวิเคราะห์ พิจารณาความถูกต้องเหมาะสมในการเลือกใช้ข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ คาดว่าจะช่วยให้มีการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวของมารดาที่มีบุตรคนแรก ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาจะเน้นที่การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลไปยังผลลัพธ์สุดท้าย นั่นคือ ความสำเร็จของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว ซึ่งความสำเร็จจะเกิดขึ้นได้ต้องมาจากการมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวที่เหมาะสม ทั้งด้านการจัดการทางการแพทย์ในส่วนการเลือกรับประทานอาหารและยา ด้านการจัดการบทบาท โดยสามารถจัดการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวได้อย่างถูกต้อง และด้านการจัดการอารมณ์ โดยสามารถจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

ในขณะที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว ซึ่งปัจจุบัน ยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้าน สุขภาพกับการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนม มารดาอย่างเดียวโดยตรง แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพถือเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมจัดการตนเอง และยังเป็นปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วย โรคเรื้อรัง ซึ่งปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญ จะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยทักษะการรู้คิดและทักษะทาง สังคมที่เพียงพอ ตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) จึงจะทำให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพของ ตนเอง และมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ โดยความรู้ด้านสุขภาพถือเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวประสบความสำเร็จ ซึ่งมารดาที่มีบุตรคนแรกควรมีความรู้ด้านสุขภาพ ที่ครอบคลุมทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพ ระดับพื้นฐาน โดยสามารถทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้จาก แหล่งต่าง ๆ ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว ความรู้ด้านสุขภาพระดับสื่อสาร/ปฏิสัมพันธ์ โดย สามารถสื่อสารข้อมูลและนำมาปรับใช้ในการเลี้ยงบุตร ด้วยนมมารดาอย่างเดียว และความรู้ด้านสุขภาพ ระดับวิจารณ์ โดยสามารถประเมินข้อมูล แก้ไข ปัญหา และนำไปสู่การตัดสินใจเลือกการเลี้ยงบุตร ด้วยนมมารดาอย่างเดียวมานาน 6 เดือน ผู้วิจัยจึงคาดว่า ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มี ความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตร ด้วยนมมารดาอย่างเดียว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในการเลี้ยง บุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวของมารดาที่มีบุตรคนแรก ซึ่งผลการวิจัยคาดว่าจะประโยชน์สำหรับบุคลากร สุขภาพและพยาบาลผดุงครรภ์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ เป็นพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมสนับสนุนให้มารดา หลังคลอดที่มีบุตรคนแรกเกิดความรู้ด้านสุขภาพ

และนำไปสู่การจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนม มารดาอย่างเดียวที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

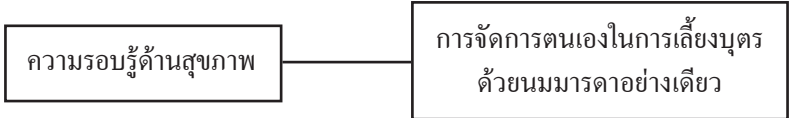
1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่าง เดียวของมารดาที่มีบุตรคนแรก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วย นมมารดาอย่างเดียวของมารดาที่มีบุตรคนแรก

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา อย่างเดียวของมารดาที่มีบุตรคนแรก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการ ตนเอง ของ Lorig and Holman (2003) ซึ่งประกอบด้วย การจัดการตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการจัดการ ทางกายภาพ 2) ด้านการจัดการบทบาท และ 3) ด้าน การจัดการอารมณ์ ซึ่งการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตร ด้วยนมมารดาอย่างเดียวให้ประสบความสำเร็จนั้น มารดา ต้องอาศัยปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิด ของ Nutbeam (2000) ที่ประกอบด้วยความรู้ ด้านสุขภาพ 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความรู้ด้านสุขภาพ ระดับพื้นฐาน 2) ความรู้ด้านสุขภาพระดับสื่อสาร/ ปฏิสัมพันธ์ และ 3) ความรู้ด้านสุขภาพระดับ วิจารณ์ ฉะนั้นได้ว่า หากมารดาที่มีบุตรคนแรก มีความรู้ด้านสุขภาพดี คาดว่าน่าจะมีการจัดการ ตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวที่ดี ตามไปด้วย สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดัง แผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นมารดาหลังคลอดที่คลอดบุตรมีชีพคนแรก บุตรมีอายุ 6 เดือน และเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ที่มารับบริการที่ห้องตรวจคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกันยายน 2563 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ไม่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีอาการภายหลังคลอด เช่น โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 3) ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โรคจิตเภท 4) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 5) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ขึ้นไป และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .30 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 จากการเปิดตารางได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 85 คน (Polit & Beck, 2017) เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบสะดวก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ ช่องทางการสื่อสาร และระยะเวลาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ

เลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ Ishikawa, Takeuchi, and Yano (2008) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน จำนวน 5 ข้อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสื่อสาร/ปฏิสัมพันธ์ จำนวน 5 ข้อ และความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกจำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เคยนานๆ ครั้ง บางครั้ง และบ่อยครั้ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับน้อย (15.00-30.00 คะแนน) ในระดับปานกลาง (30.01-45.00 คะแนน) และในระดับมาก (45.01-60.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Lorig and Holman (2003) และจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการทางการแพทย์ จำนวน 10 ข้อ ด้านการจัดการบทบาท จำนวน 8 ข้อ และด้านการจัดการอารมณ์ จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวน 21 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกจำนวน 17 ข้อ และข้อคำถามทางลบจำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก

ได้แก่ ไม่เคย บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวในระดับน้อย (21.00–42.00 คะแนน) ในระดับปานกลาง (42.01–63.00 คะแนน) และในระดับมาก (63.01–84.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย ผู้ปฏิบัติกรพยาบาลชั้นสูงด้านการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (2 คน) และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ (3 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .98 และ .97 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่คลอดบุตรมีชีพคนแรก บุตรมีอายุ 6 เดือน และเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ที่มารับบริการที่ห้องตรวจคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .82 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการจัดการตนเองฯ ด้วยวิธีการวัดซ้ำ แล้วนำข้อมูลมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ได้ค่าเท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 051/2020 วันที่ 13 เมษายน 2563) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 21/2563 วันที่ 21

พฤษภาคม 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าห้องตรวจคลินิกสุขภาพเด็กดี และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องตรวจคลินิกสุขภาพเด็กดี ในขณะที่รอตรวจ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลา 25–30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกันยายน 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาที่มีบุตรคนแรก พบว่า มารดาที่มีบุตรคนแรกส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20–34 ปี คิดเป็นร้อยละ 89.40 โดยมีอายุเฉลี่ย 28.13 ปี ($SD = 4.60$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 95.30 มีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 61.20 มีการศึกษาระดับปริญญา

ตรี/สูงกว่าปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.70 ไม่ได้ประกอบอาชีพ และเป็นพนักงานเอกชน/ลูกจ้างเอกชน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.40 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีช่องทางการสื่อสารจากเฟซบุ๊ก คิดเป็นร้อยละ 84.70 และมีระยะเวลาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 56.50

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดาที่มีบุตรคนแรก พบว่า มารดาที่มีบุตรคนแรกมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในระดับมาก ($M = 49.24, SD = 6.02$)

3. การจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนม

มารดาอย่างเดียวของมารดาที่มีบุตรคนแรก พบว่า มารดาที่มีบุตรคนแรกมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวโดยรวมในระดับมาก ($M = 63.59, SD = 8.39$)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวของมารดาที่มีบุตรคนแรก พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวของมารดาที่มีบุตรคนแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .281, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวของมารดาที่มีบุตรคนแรก ($n = 85$)

ตัวแปร	การจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว	
	r	p
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.281	.009

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า มารดาที่มีบุตรคนแรกมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในระดับมาก ทั้งนี้ อาจเนื่องจากรมารดาที่มีบุตรคนแรกส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20–34 ปี ซึ่งเป็นมารดาที่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ โดยเป็นวัยที่มีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สามารถปรับตัว คิดตัดสินใจแก้ไขปัญหาสถานการณ์ต่างๆ ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้ดี (ศศิธรานา น่วมภา, นิตยา สิ้นสุกใส, วรธนา พาหุวัฒน์กร, และพฤษ์สัจจันทร์ประภาพร, 2556) นอกจากนี้ ส่วนใหญ่ยังมีสถานภาพสมรสคู่ และมีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความรู้

ด้านสุขภาพ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดาจะสามารถเกิดขึ้นได้จากการได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Lee, Murry, Ko, & Kim, 2018) ซึ่งสามีและครอบครัวถือเป็นส่วนหนึ่งที่คอยให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำในเรื่องต่างๆ ทั้งเรื่องการสืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ การแนะนำวิธีการแก้ไขปัญหาค่าที่เกิดขึ้นขณะเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา อีกทั้งยังพบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี ซึ่งการที่มารดาที่มีบุตรคนแรกได้รับการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป จะมีความเข้าใจและมีความสามารถในการสืบค้นข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา จึงส่งผลให้มารดาที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมากได้ (Blyth et al., 2004) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Stafford, Lathrop,

and Haddad (2016) ที่พบว่า มารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปจะมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากกว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า นอกจากนี้ยังพบว่า มารดาที่มีบุตรคนแรกส่วนใหญ่มีการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (social media) ด้วยการโพสต์เฟซบุ๊ก ก็อาจเป็นสิ่งที่ทำให้มารดาเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ โดยเฟซบุ๊กถือเป็นสื่อสังคมออนไลน์ที่ได้รับความนิยมอย่างกว้างขวาง เนื่องจากเป็นสื่อที่สามารถศึกษาได้ด้วยตนเอง มีความสะดวก รวดเร็วในการเข้าถึงข้อมูลต่างๆ สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือประสบการณ์ จนเกิดการเรียนรู้ทางสังคม มีความรู้ความเข้าใจ และสามารถนำข้อมูลไปใช้ได้ถูกต้อง (ระวิ แก้วสุกใส และชัชวรัตน์ จุสปาโล, 2556) นอกจากนี้ การที่โรงพยาบาลที่ทำการศึกษากลายเป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก มีนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพของมารดาและบุตร เน้นการส่งเสริมให้มีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว และยังมีคลินิกนมแม่ที่พร้อมให้ความช่วยเหลือแก่มารดาที่ประสบปัญหาต่างๆ ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา จึงอาจทำให้มารดาที่มีบุตรคนแรกมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในระดับมากได้

ผลการวิจัยพบว่า มารดาที่มีบุตรคนแรกมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวโดยรวมในระดับมาก แสดงให้เห็นว่า มารดาที่มีบุตรคนแรกสามารถจัดการตนเองได้ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ในขณะที่มีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาให้เหมาะสมได้ สามารถเปลี่ยนแปลงบทบาทในการแสดงพฤติกรรมมารดาเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวได้ และสามารถจัดการแก้ไขปัญหาต่างๆ ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวได้ รวมทั้งสามารถจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้อาจเนื่องจากมารดาที่มีบุตรคนแรกส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-34 ปี ซึ่งเป็นมารดาที่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ โดยมีอายุเฉลี่ย 28.13 ปี ($SD = 4.60$) ซึ่งมารดาวัยผู้ใหญ่

นั้น นอกจากจะมีความสมบูรณ์ทางสรีรวิทยาแล้ว ยังมีวุฒิภาวะทางจิตใจ โดยจะมีความมั่นคงด้านจิตใจและอารมณ์ อีกทั้งยังสามารถปรับตัวได้ดีกว่ามารดาวัยรุ่น (ศศิธรา น่วมภา และคณะ, 2556) ทำให้มารดาวัยผู้ใหญ่สามารถที่จะจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวได้ดี เนื่องจากสามารถที่จะควบคุมอารมณ์ รวมถึงจัดการกับอารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในขณะที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้ นอกจากนี้ ส่วนใหญ่ยังมีสถานภาพสมรสคู่ และมีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย โดยมารดาที่ได้รับการสนับสนุนทั้งจากสามี พ่อแม่ และญาติพี่น้อง จะทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวในระดับมาก ซึ่งอาจได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากสามี พ่อแม่ และญาติพี่น้อง เช่น การช่วยดูแลบุตร การช่วยทำงานบ้าน การได้รับกำลังใจและคำปรึกษาจากครอบครัว ทำให้มารดาสามารถดำรงบทบาทการเป็นมารดา และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวได้ โดยปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาตัวแปรนี้ในกลุ่มมารดาหลังคลอดกับการจัดการตนเอง แต่มีการศึกษาในกลุ่มอื่นที่ได้ผลใกล้เคียงกัน ดังการศึกษาของชนดาระดาฤทธิ, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์ (2562) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายการจัดการตนเองของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยหากสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะส่งผลให้มีการจัดการตนเองที่ดี สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความเหมาะสมกับภาวะของโรคได้

ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวของมารดาที่มีบุตรคนแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า มารดาที่มีบุตรคนแรกที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะมีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และเลือกใช้ข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว รวมถึงสามารถวิเคราะห์

เปรียบเทียบข้อมูลต่างๆ เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาและตัดสินใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว ส่งผลให้มารดามีการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวที่ดีตามมา โดยสามารถจัดการตนเองในด้านต่างๆ ทั้งด้านการจัดการทางการแพทย์ ด้านการจัดการบทบาท และด้านการจัดการอารมณ์ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวได้อย่างเหมาะสม ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมจัดการตนเอง (Parker, 2000) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญ จะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยทักษะการรู้คิดและทักษะทางสังคมที่เพียงพอตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) จึงจะทำให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเอง และมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ ดังการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีเกี่ยวกับโรคเบาหวาน จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมจัดการตนเองในโรคเบาหวานที่ดีตามไปด้วย (Rachmawati et al., 2019)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางการแพทย์ควรส่งเสริมให้มารดาที่มีบุตรคนแรกมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น โดยใช้วิธีการต่างๆ เพื่อช่วยให้มีการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวที่ดีขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวในมารดาในกลุ่มอื่นๆ เช่น มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนมารดาที่มีโรคประจำตัว มารดาที่ทำงานนอกบ้าน

2.2 ควรมีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาที่มีบุตรคนแรก โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มมารดาที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวกับกลุ่มมารดาที่ไม่ได้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว

2.3 ควรมีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวในมารดาหลังคลอด ในช่วงระยะเวลาต่างๆ อย่างต่อเนื่องถึง 2 ปี

2.4 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวในมารดาที่มีบุตรคนแรก

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *สธ. ร่วมกับเครือข่าย ตั้งเป้าปี 68 เด็กไทยอย่างน้อยร้อยละ 50 กินนมแม่อย่างเดียวถึง 6 เดือน*. สืบค้นจาก <https://tinyurl.com/b3nwuuk4>
- กรรณิการ์ กันชะรักษา, นันทพร แสนศิริพันธ์, และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี. (2557). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *พยาบาลสาร*, 41(พิเศษ), 158-168.
- ชนัดดา ระดาฤทธิ, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, และสุพิศศิริอรุณรัตน์. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 27(1), 50-59.
- ระวิ แก้วสุกใส, และชัชรัตน์ จุสปาโล. (2556). เครื่อง่ายสังคมออนไลน์ : กรณี เฟสบุ๊ก (Facebook) กับการพัฒนาผู้เรียน. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 5(พิเศษ), 195-205.
- ศศิธารา น่วมภา, นิตยา สินสุกใส, วรณา พาหุวัฒน์กร, และพฤษ์ จันทร์ประภาพ. (2556). ปัจจัยส่วนบุคคล เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาลในการทำน่ายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 31(2), 49-59.

- สมพงษ์ ชัยโองานนท์. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน ในจังหวัดนนทบุรี. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 6(2), 97-108.
- สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, และชญาดา สามารถ. (2559). ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระยะแรกหลังคลอด: ประสบการณ์ของมารดา. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 34(3), 30-40.
- อารีรัตน์ วิเชียรประภา. (2561). การจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ*, 34(1), 150-156.
- Blyth, R. J., Creedy, D. K., Dennis, C. L., Moyle, W., Pratt, J., De Vries, S. M., & Healy, G. N. (2004). Breastfeeding duration in an Australian population: The influence of modifiable antenatal factors. *Journal of Human Lactation*, 20(1), 30-38. doi:10.1177/0890334403261109
- Gameiro, S., Moura-Ramos, M., & Canavarro, M. C. (2009). Maternal adjustment to the birth of a child: Primiparity versus multiparity. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(3), 269-286. doi:10.1080/02646830802350898
- 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
- Lee, J. Y., Murry, N., Ko, J., & Kim, M. T. (2018). Exploring the relationship between maternal health literacy, parenting self-efficacy, and early parenting practices among low-income mothers with infants. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 29(4), 1455-1471. doi:10.1353/hpu.2018.0106
- 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
- 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
- Parker, R. (2000). Health literacy: A challenge for American patients and their health care providers. *Health Promotion International*, 15(4), 277-283. doi:10.1093/heapro/15.4.277
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health.

- Rachmawati, U., Sahar, J., & Wati, D. N. K. (2019). The association of diabetes literacy with self-management among older people with type 2 diabetes mellitus: A cross-sectional study. *BMC Nursing, 18*(Suppl. 1), 1–8. doi:10.1186/s12912-019-0354-y
- Stafford, J. D., Lathrop, E., & Haddad, L. (2016). Health literacy and associated outcomes in the postpartum period at Grady Memorial Hospital [2H]. *Obstetrics & Gynecology, 127*(Suppl. 1), 66–67. doi:10.1097/01.AGO.0000483913.45246.45
- The Thailand Multiple Indicator Cluster Survey. (2016). *Monitoring the situation of children and women 2015–2016*. Retrieved from <https://www.unicef.org/thailand/sites/unicef.org/Exposition>
- Timsit, A. (2019). *Kenya hopes its first human milk bank will save infants' lives*. Retrieved from <https://www.healthynewbornnetwork.org/news-item/kenya-hopes-its-first-human-milk-bank-will-save-infants-lives/>
- World Health Organization, & United Nations Children's Fund. (2017). *Tracking progress for breastfeeding policies and programmes*. Retrieved from https://thousanddays.org/wp-content/uploads/Global-Breastfeeding-Collective_Breastfeeding-Scorecard.pdf
-

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบ
การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พร่องความสามารถในการทำกิจกรรม
โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี: การศึกษานำร่อง
**The Development of a Continuity of Care Program Using
Transitional Care Model among Family Caregivers of Patients
with Chronic Non-communicable Disease Experiencing
Functional Impairment in Phrapokklao Hospital,
Chanthaburi Province: A Pilot Study**

รุ่งนภา เขียวชะอำ, Ph.D. (Nursing)¹

Rungnapha Khiewchaum, Ph.D. (Nursing)¹

อรพรรณ บุญลือ, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)²

สริษษา วงศ์ปรากรฎ, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)³

Orapan Boonlue, M.N.S. (Adult Nursing)²

Sarissa Wongprakod, M.N.S. (Adult Nursing)³

Received: July 6, 2022

Revised: December 21, 2022

Accepted: December 22, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาและประเมินผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง โดยใช้รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พร่องความสามารถในการทำกิจกรรม ดำเนินการ 5 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของญาติผู้ดูแล ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม 1, 2 และ 3 โรงพยาบาลพระปกเกล้า รวมจำนวน 57 คน ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน ระยะที่ 3 ทดสอบความเป็นไปได้

^{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: rungnapha@pnc.ac.th

³ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

³ Registered Nurse, Phrapokklao Hospital, Chanthaburi Province

ของโปรแกรมในญาติผู้ดูแล จำนวน 2 คน ระยะที่ 4 ปรับปรุงโปรแกรม และระยะที่ 5 ประเมินผลโปรแกรม กับญาติผู้ดูแล ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลพระปกเกล้า แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน คู่มือทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หุ่นจำลอง บ้านเสมือนจริง แบบทดสอบความบกพร่องในการรู้คิด 6 ข้อ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล แบบสอบถามสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และแบบประเมินทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .75-.82 ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2564 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Wilcoxon signed-rank test และ Mann-Whitney U Test

ผลการวิจัยพบว่า 1) โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแต่ละทักษะ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และ 3) กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแต่ละทักษะ สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้แก่ญาติผู้ดูแลโดยใช้หุ่นจำลองและบ้านเสมือนจริง เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ: ญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน การดูแลต่อเนื่อง สถานการณ์เสมือนจริง

Abstract

This research and development aimed to develop and study the effects of a continuity of care program using transitional care model among family caregivers of patients with chronic non-communicable disease (NCD) experiencing functional impairment. This research consisted of 5 phases: phase 1 is studying caregiving situation (57 family caregivers at intermediate wards 1, 2, and 3 of Phrapokkklao Hospital), phase 2 is developing a continuity of care program using transitional care model, phase 3 is testing feasibility of a continuity of care program with 2 family caregivers, phase 4 is revising a continuity of care program, and phase 5 is evaluating a continuity of care program with family caregivers at intermediate wards 3 of Phrapokkklao Hospital (15 experimental and 15 control groups). The research instruments included a continuity of care program using transitional care model, a handbook of caregiving NCD patients, a mockup model, a home simulation, the Six Item Cognitive

Impairment Test (6CIT), a demographic questionnaire, a caregiving situation questionnaire, and an assessment form of caregiving skills with reliabilities in the range of .75–.82. The implementation and data collection were conducted from February, 2021 to February, 2022. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Wilcoxon signed-rank test, and Mann-Whitney U Test.

The research results revealed that 1) a continuity of care program using transitional care model consisted of giving knowledge regarding diseases and training caregiving skills; 2) after receiving the program, the experimental group had statistically significantly higher mean scores of each caregiving skill than those of before receiving the program ($p < .01$); and 3) the experimental group after receiving the program had statistically significantly higher mean scores of each caregiving skill than those of the control group after receiving the routine nursing care ($p < .01$).

This research suggests that nurses should train caregiving skills to family caregivers by using instrument and home simulation in order to increase self-confidence of caregiving skills.

Keywords: Family caregivers, Patients with chronic non-communicable disease, Transitional care, Continuity of care, Simulation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง เมื่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอาจพร่องความสามารถในการทำกิจกรรม (functional impairment) ส่งผลให้ผู้ป่วยอาจกลายเป็นผู้พึ่งพา (dependent persons) (Fuhrmann, Becker Kottwitz Bierhals, dos Santos, & Paskulin, 2015) และไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร (Júnior, Oliveira, & Silva, 2017) ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงกลายเป็นผู้มีส่วนสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care) เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลยังเป็นปัจจัยสำคัญในการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วย (Dixe et al., 2019) รายงานการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า หากญาติผู้ดูแลมีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ดี จะทำให้ผลลัพธ์

การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น (Erlen et al., 2019) ในขณะที่รายงานการวิจัยพบว่า หากญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านที่เหมาะสมจะทำให้ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยลดลง และส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอาจเข้ารับการรักษาซ้ำ (re-admission) ที่โรงพยาบาล ดังรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสายให้อาหารทางจมูก เสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะสำลักอาหารเข้าในทางเดินหายใจ โดยสาเหตุเกิดจากสายให้อาหารมีการเลื่อนจากตำแหน่งเดิม ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร (aspiration pneumonia) มากกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีสายให้อาหารทางจมูกถึง 4.70 เท่า (นิชธิมา เสรีวิชัยสวัสดิ์, พวงรัตน์ มณีวงษ์, อรณีย์ ศรีสุข, ณัฐพัชร์ โพธิ์เงิน, และนริมาลัย นิละไพจิตร, 2557) ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษา

ซ้ำ ซึ่งส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากญาติผู้ดูแลขาดความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่าง ถูกต้อง ส่งผลให้ประสิทธิภาพการดูแลของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง นอกจากนี้ ผลจากการที่ญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่าน ยังส่งผลต่อผลลัพธ์สำหรับญาติผู้ดูแลด้วย ดังรายงาน การวิจัยที่พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 35 มีปัญหาด้านสุขภาพภายหลังการรับบทบาท หน้าที่เป็นผู้ดูแล ร้อยละ 83 มีปัญหาด้านสังคม และ ร้อยละ 23 ไม่มีเวลาส่วนตัวในการพักผ่อน (Fuhrmann et al., 2015) นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังยังทำให้เกิดปัญหาด้านค่าใช้จ่ายสำหรับญาติผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วย เช่น ค่ารักษา ค่าอาหาร ค่าเดินทาง ส่งผู้ป่วยไปตามนัด (Páez Esteban et al., 2020) ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวล และเครียด กับการได้รับบทบาทใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังในระยะยาว ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถ ในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของตนเอง (Khiewchaum, Wongprakod, Hinkhaw, & Leungsomnapa, 2022) ดังนั้น การเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย กลับบ้านอย่างเพียงพอและเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพใน ระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

การดูแลต่อเนื่อง (continuity of care) ของ รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care model) สำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากโรงพยาบาลสู่บ้าน มีความจำเป็น เนื่องจากช่วยลด อัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำ และสามารถลดค่าใช้จ่าย สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดภาวะแทรกซ้อน หลังจำหน่ายกลับบ้านได้ โดยรายงานการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านอย่างต่อเนื่อง สามารถทำให้ผลลัพธ์ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลดีขึ้น

(Peixoto & Vassimon, 2015) จากการทบทวน วรรณกรรมพบว่า รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของ ผู้ป่วยทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดีขึ้น (ปราณี เกษรสันต์, 2556) แม้ว่ารูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจะสามารถ ทำให้ผลลัพธ์ของผู้ป่วยดีขึ้น แต่ผู้วิจัยพบว่ายังไม่ มีรูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านที่เน้นญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้ง ๆ ที่ปัจจัยสำคัญของการเข้ารับ การรักษาซ้ำของผู้ป่วยส่วนหนึ่งมาจากญาติผู้ดูแลที่ยัง ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (นิชริมา เสรีวิชัยสวัสดิ์ และคณะ, 2557) ส่งผลให้ผู้ป่วยต้อง เข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อน และญาติผู้ดูแลได้รับผลกระทบด้านร่างกาย เช่น ความดัน โลหิตสูง นอนไม่หลับ และผลกระทบด้านจิตใจ เช่น วิตกกังวล เครียด (Nemati, Rassouli, Ilkhani, & Baghestani, 2018) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนา โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบการดูแลระยะ เปลี่ยนผ่านสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่พร้อมความสามารถในการทำกิจกรรม โรงพยาบาล พระปกเกล้า ที่มีความเฉพาะเจาะจงกับปัญหาของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังของญาติผู้ดูแลในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต อายุรกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้ รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พร้อมความสามารถใน การทำกิจกรรม
3. เพื่อเปรียบเทียบทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลัง ได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบการดูแล ระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังที่พร้อมความสามารถในการทำกิจกรรม

4. เพื่อเปรียบเทียบทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พร้อมความสามารถในการทำกิจกรรม กับกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

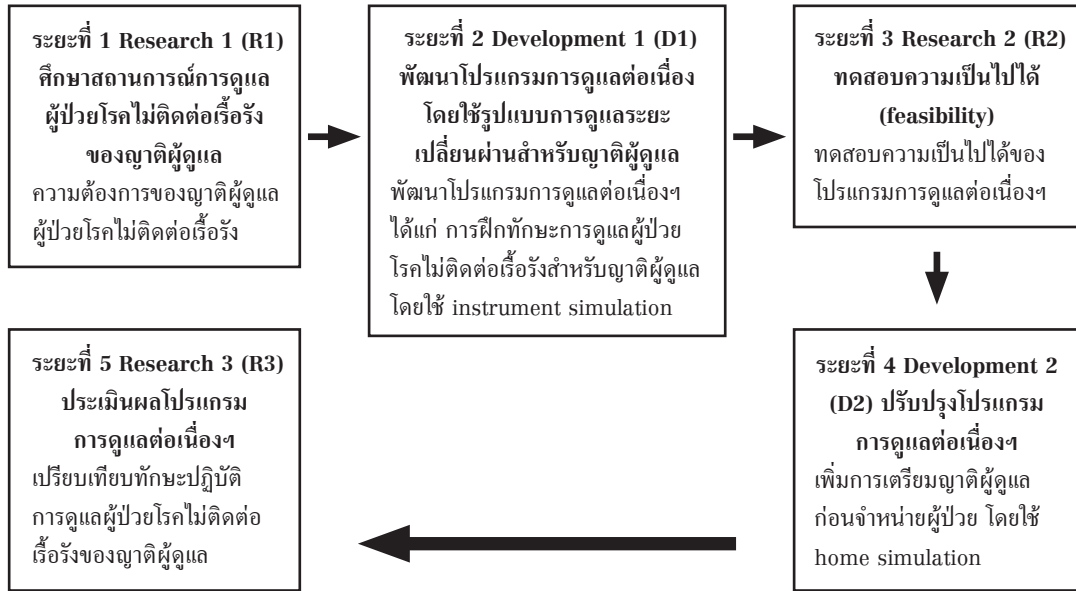
1. หลังได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พร้อมความสามารถในการทำกิจกรรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พร้อมความสามารถในการทำกิจกรรม มีคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเมื่อต้องรับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พร้อมความสามารถในการทำกิจกรรม ซึ่งเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม ที่มักมีปัญหาระบบทางเดินหายใจและจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ เมื่อผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการดีขึ้นและจำหน่ายกลับบ้านโดยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน (home ventilator) ผลจากการใส่ท่อช่วยหายใจทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้อง

ได้รับอาหารทางสายยาง เพื่อป้องกันการสำลักอันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบ นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังพร้อมความสามารถในการทำกิจกรรม เช่น ไม่สามารถอาบน้ำได้เอง ไม่สามารถเดินทางไปไหนได้เอง ต้องได้รับการทำกายภาพ จึงทำให้กลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล ญาติผู้ดูแลมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ อย่างไรก็ตาม ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เพิ่งมารับบทบาทผู้ดูแลเป็นครั้งแรก จึงไม่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พร้อมความสามารถในการทำกิจกรรม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับญาติผู้ดูแล สามารถช่วยสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ลดความวิตกกังวลและความเครียดให้แก่ญาติผู้ดูแลได้ ซึ่งโดยทั่วไป ญาติผู้ดูแลมักรู้สึกกลัวและไม่มั่นใจหากต้องฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยกับผู้ป่วยจริง เพราะกลัวผู้ป่วยได้รับอันตรายระหว่างการฝึก เช่น การดูดเสมหะ การทำความสะอาดแผลเจาะคอ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พร้อมความสามารถในการทำกิจกรรม ซึ่งในระยะที่ 2-5 ประกอบด้วย 1) การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง โดยใช้หุ่นจำลอง (instrument simulation) เช่น การดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง การทำความสะอาดแผลเจาะคอ และ 2) การเตรียมญาติผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วย โดยใช้บ้านเสมือนจริง (home simulation) ซึ่งทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนจำหน่าย สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development [R & D]) ประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของญาติผู้ดูแล ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พร้อมความสามารถในการทำกิจกรรม ระยะที่ 3 ทดสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องฯ ระยะที่ 4 ปรับปรุงโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องฯ และระยะที่ 5 ประเมินผลโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องฯ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ประชากรเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พร้อมความสามารถในการทำกิจกรรม ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม 1, 2 และ 3 โรงพยาบาลพระปกเกล้า ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนกรกฎาคม 2564 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็น

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีคะแนน Barthel ADL index อยู่ในช่วง 0-11 คะแนน (moderate to severe dependent persons) 2) สามารถสื่อสารได้ 3) ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางสมองและจิตประสาท 4) ไม่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบทดสอบความบกพร่องในการรู้คิด 6 ข้อ (the Six Item Cognitive Impairment Test) และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 57 คน

ระยะที่ 3 ประชากรเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พร้อมความสามารถในการทำกิจกรรม ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลพระปกเกล้าในเดือนสิงหาคม 2564 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับในระยะที่ 1 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 คน

ระยะที่ 5 ประชากรเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พร้อมความสามารถในการทำกิจกรรม ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลพระปกเกล้า

ในช่วงเดือนกันยายน 2564 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2565 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับใน ระยะที่ 1 ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามที่กำหนด 2) ผู้ป่วยที่ ดูแลเสียชีวิต และ 3) ขอลอนตัวจากการวิจัย จัดกลุ่ม ตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับ ฉลาก กลุ่มละ 15 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ใช้ใน ระยะที่ 2-5 มีดังนี้

1.1 โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบ การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังที่พร้อมความสามารถในการทำกิจกรรม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคสำหรับญาติผู้ดูแล และ 2) การฝึกทักษะการดูแล

ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับญาติผู้ดูแล

1.2 คู่มือทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6 ทักษะ ได้แก่ การดูแลเสมหะทางท่อ หลอดลมคอ การให้อาหารทางสายยาง การทำความสะอาด แผลกดทับ การทำความสะอาดแผลเจาะคอ การอาบน้ำ ผู้ป่วย และการทำกายภาพให้แก่ผู้ป่วย

1.3 หุ่นจำลอง ใช้สำหรับการฝึกทักษะ ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์ เสมือนจริง (ดังภาพที่ 1)

1.4 บ้านเสมือนจริง เป็นการจัดสถานที่ ในโรงพยาบาลให้เหมือนบ้าน ใช้สำหรับให้ญาติผู้ดูแล ฝึกทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อ เตรียมญาติผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล (ดังภาพที่ 2)



ภาพที่ 1 หุ่นจำลอง



ภาพที่ 2 บ้านเสมือนจริง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่ม ตัวอย่าง ใช้ในระยะที่ 1, 3 และ 5 คือ แบบทดสอบ ความบกพร่องในการรู้คิด 6 ข้อ ของ Brooke and Bullock ปี ค.ศ. 1999 ผู้วิจัยใช้ฉบับที่แปลเป็นภาษา ไทยโดยสุภาพ อารีเอื้อ และพิชญ์ประอร ชัยเจริญ (2563) ใช้สำหรับประเมินความบกพร่องในการรู้คิด

ของญาติผู้ดูแล หากได้คะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน ถือว่าไม่มีความบกพร่องในการรู้คิด

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะที่ 1: มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้วิจัย

สร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย และการมีผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความต้องการของญาติผู้ดูแลที่ต้องการจากทีมสุขภาพ ปัญหาการดูแลที่คาดว่าจะเกิดหลังจำหน่ายผู้ป่วย วิธีการเผชิญปัญหา หรือการจัดการของญาติผู้ดูแล เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล และปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องการให้ทีมสุขภาพแก้ไข จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

ระยะที่ 3 และ 5: แบบประเมินทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6 ทักษะ ได้แก่ การดูดเสมหะทางท่อหลอดลมคอ จำนวน 14 ข้อ การให้อาหารทางสายยาง จำนวน 12 ข้อ การทำความสะอาดแผลกดทับ จำนวน 13 ข้อ การทำความสะอาดแผลเจาะคอ จำนวน 10 ข้อ การอาบน้ำผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ และการทำกายภาพให้แก่ผู้ป่วย จำนวน 12 ข้อ รวมจำนวน 71 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ปฏิบัติได้ถูกต้องน้อยที่สุด ปฏิบัติได้ถูกต้องน้อย ปฏิบัติได้ถูกต้องปานกลาง ปฏิบัติได้ถูกต้องมาก และปฏิบัติได้ถูกต้องมากที่สุด

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของญาติผู้ดูแล และแบบประเมินทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับญาติผู้ดูแล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม (3 คน) พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ

เรื้อรังอย่างน้อย 5 ปี และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามสถานการณ์การดูแลฯ เท่ากับ .85 และของแบบประเมินทักษะปฏิบัติการดูแลฯ 6 ทักษะ เท่ากับ .81, .83, .85, .81, .82 และ .83 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำจากนั้นนำแบบประเมินทักษะปฏิบัติการดูแลฯ ไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม 1, 2 และ 3 โรงพยาบาลพระปกเกล้า ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง หอผู้ป่วยละ 10 คน รวมจำนวน 30 คน หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .81, .79, .75, .77, .82 และ .78 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 010/64 วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (R1) ดำเนินการในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนกรกฎาคม 2564 โดยผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม 1, 2 และ 3 โรงพยาบาลพระปกเกล้า เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล พบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแบบตัวต่อตัว โดยใช้แบบสอบถามสถานการณ์การดูแล

ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของญาติผู้ดูแล จำนวน 57 คน โดยสัมภาษณ์จนกระทั่งเกิดความอิ่มตัวของข้อมูล (data saturation) อย่างน้อย 50 คน (Saunders et al., 2018)

ระยะที่ 2 (D1) ดำเนินการในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม 2564 โดยผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พร้อมความสามารถในการทำกิจกรรม จากผลการศึกษาใน ระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสำหรับญาติผู้ดูแล และ 2) การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำหรับญาติผู้ดูแล 6 ทักษะ ได้แก่ การดูแลแผลทางท่อหลอดลมคอ การให้อาหารทางสายยาง การทำความสะอาดแผลกดทับ การทำความสะอาดแผลเจาะคอ การอาบน้ำผู้ป่วย และการทำกายภาพให้แก่ผู้ป่วย

ระยะที่ 3 (R2) ดำเนินการในเดือนสิงหาคม 2564 โดยผู้วิจัยทดสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พร้อมความสามารถในการทำกิจกรรม ตามขั้นตอนดังนี้

3.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นผู้ช่วยผู้วิจัยประเมินทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาดังกล่าวประมาณ 10 นาที ทั้งนี้ ผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 2 ปี จำนวน 1 คน และได้รับการฝึกเรื่องการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับญาติผู้ดูแล

3.2 ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสำหรับญาติผู้ดูแล และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำหรับญาติผู้ดูแล 6 ทักษะ ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้หุ่นจำลอง

3.3 ผู้ช่วยผู้วิจัยประเมินทักษะปฏิบัติการดูแล

ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาดังกล่าวประมาณ 10 นาที

ระยะที่ 4 (D2) ดำเนินการในเดือนกันยายน 2564 โดยผู้วิจัยปรับปรุงโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พร้อมความสามารถในการทำกิจกรรม โดยรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น พยาบาลประจำหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม แพทย์และพยาบาลเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระปกเกล้า เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะที่จะนำมาปรับปรุงโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องฯ ให้เหมาะสมกับการนำไปปฏิบัติมากที่สุด โดยเพิ่มการเตรียมญาติผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วย โดยใช้ home simulation

ระยะที่ 5 (R3) ดำเนินการในช่วงเดือนกันยายน 2564 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2565 โดยผู้วิจัยประเมินผลโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พร้อมความสามารถในการทำกิจกรรม ตามขั้นตอนดังนี้

5.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้น ผู้ช่วยผู้วิจัยประเมินทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาดังกล่าวประมาณ 10 นาที

5.2 ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสำหรับญาติผู้ดูแล และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำหรับญาติผู้ดูแล 6 ทักษะ ให้แก่กลุ่มทดลอง เป็นรายบุคคล โดยใช้หุ่นจำลอง จนเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากนั้นให้ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในบ้านเสมือนจริง (ที่หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม) โดยให้ดูแลผู้ป่วยทุกขั้นตอน เช่น การจัดยา การพลิกตะแคงตัว การดูแลแผลกดทับ การเช็ดตัวผู้ป่วย เป็นเวลาอย่างน้อย 24 ชั่วโมง ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

คือ รูปแบบการวางแผนจำหน่ายกลับบ้านของหอผู้ป่วย กึ่งวิกฤตอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลพระปกเกล้า ประกอบด้วย การให้ความรู้ และการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย โดยจะฝึกกับผู้ป่วยโดยตรงในวันที่ 2-3 ก่อนจำหน่าย กลับบ้าน

5.3 ผู้ช่วยผู้วิจัยประเมินทักษะปฏิบัติการดูแล ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาที่ทักษะ ละประมาณ 10 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูล ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ การเปรียบเทียบ ทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ กลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test ส่วน การเปรียบเทียบทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมกับกลุ่ม ควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ วิเคราะห์ด้วย สถิติ Mann-Whitney U Test โดยแบ่งขนาดอิทธิพล (effect size $[r]$) ออกเป็น 3 ขนาด ได้แก่ 1) ขนาด เล็ก (small effect) $r < .30$ 2) ขนาดกลาง (medium effect) $r = .30-.50$ และ 3) ขนาดใหญ่ (large effect) $r > .50$ (Karadimitriou & Marshall, 2018)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง ($n = 57$) พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 84.21 มีอายุเฉลี่ย 44.44 ปี ($SD = 14.42$) มีการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.12 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 66.67 มี อาชีพเกษตรกรรม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.84 มีรายได้ ต่อเดือนเฉลี่ย 47,226.41 บาท ($SD = 11,3586.48$)

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ เป็นบุตร มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 57.89 ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 9.08 ชั่วโมงต่อวัน ($SD = 5.86$) และ 6.08 วันต่อสัปดาห์ ($SD = 5.83$) และส่วนใหญ่ไม่มีผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย คิดเป็น ร้อยละ 75.50

2. ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง ($n = 57$) พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังมีความต้องการเรื่องการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 6 ทักษะ ตามลำดับ ได้แก่ การดูแล เสมหะทางท่อหลอดลมคอ คิดเป็นร้อยละ 71.92 การให้อาหารทางสายยาง คิดเป็นร้อยละ 59.65 การทำ ความสะอาดแผลกดทับ คิดเป็นร้อยละ 21.05 การทำ ความสะอาดแผลเจาะคอ คิดเป็นร้อยละ 8.77 การอาบน้ำ ผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 5.26 และการทำกายภาพให้แก่ ผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 5.26 ส่วนความต้องการความรู้ เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความต้องการความรู้ 5 เรื่อง ตามลำดับ ได้แก่ หัวใจล้มเหลว คิดเป็นร้อยละ 14.03 ไตวาย คิดเป็นร้อยละ 8.77 การดูแลผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ใส่เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน คิดเป็น ร้อยละ 8.77 มะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 5.26 และเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 5.26

3. การพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้ รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พร้อมความสามารถในการทำ กิจกรรม ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สำหรับญาติผู้ดูแล และ 2) การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับญาติผู้ดูแล 6 ทักษะ ได้แก่ การดูแล เสมหะทางท่อหลอดลมคอ การให้อาหารทาง สายยาง การทำความสะอาดแผลกดทับ การทำความสะอาด แผลเจาะคอ การอาบน้ำผู้ป่วย และการทำกายภาพ ให้แก่ผู้ป่วย

4. ผลการทดสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรม การดูแลต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน สำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พร้อม

ความสามารถในการทำกิจกรรม พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ($n = 2$) สามารถปฏิบัติทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์เสมือนจริงโดยใช้หุ่นจำลองได้ คิดเป็นร้อยละ 100

5. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มทดลอง ($n = 15$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 86.67 มีอายุเฉลี่ย 46 ปี ($SD = 12.75$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีอาชีพเกษตรกรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 21,926.67 บาท ($SD = 14,619$) ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ เป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 66.67 ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 14.07 ชั่วโมงต่อวัน ($SD = 8.71$) และ 6.08 วันต่อสัปดาห์ ($SD = 5.83$) และส่วนใหญ่มีผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 80 ส่วนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มควบคุม ($n = 15$) พบว่าเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.33 มีอายุเฉลี่ย 48.33 ปี ($SD = 8.65$) มีการศึกษาระดับ

ปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.67 มีอาชีพเกษตรกรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 54,173.33 บาท ($SD = 12,065.84$) ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ เป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 93.33 ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 18.60 ชั่วโมงต่อวัน ($SD = 7.26$) และ 6.46 วันต่อสัปดาห์ ($SD = 1.40$) และส่วนใหญ่มีผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 73.33

6. ผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบการดูแลและเปลี่ยนแปลงผ่านสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พร้อมความสามารถในการทำกิจกรรม

6.1 การเปรียบเทียบทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรม พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแต่ละทักษะ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบการดูแลและเปลี่ยนแปลงผ่าน สำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พร้อมความสามารถในการทำกิจกรรม ($n = 15$)

ทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		Wilcoxon signed-rank test	
	M	SD	M	SD	Z	p
การดูแลเสมหะทางท่อนหลอดลมคอ	1.55	1.19	4.32	.92	-3.303	.001
การให้อาหารทางสายยาง	1.74	1.32	4.51	.76	-3.410	.001
การทำความสะอาดแผลกดทับ	1.30	.71	4.58	.60	-3.412	.001
การทำความสะอาดแผลเจาะคอ	1.06	.24	4.51	.61	-3.420	.001
การอาบน้ำผู้ป่วย	2.31	.46	4.50	.61	-3.412	.001
การทำกายภาพให้แก่ผู้ป่วย	1.23	.42	4.52	.65	-3.415	.001

6.2 การเปรียบเทียบทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม กับกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนน

เฉลี่ยทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแต่ละทักษะ สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พร้อมความสามารถในการทำกิจกรรม ($n = 15$) กับกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ ($n = 15$)

ทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mann-Whitney U Test		r	แปลผล
	M	SD	M	SD	Z	p		
การดูแลห่มหะทางท่อหลอดลมคอ	4.32	.92	2.76	1.04	-4.369	.001	1.27	L
การให้อาหารทางสายยาง	4.51	.76	3.03	1.26	-3.274	.001	.71	L
การทำความสะอาดแผลกดทับ	4.58	.60	2.42	1.19	-4.075	.001	1.10	L
การทำความสะอาดแผลเจาะคอ	4.51	.61	1.46	.67	-4.695	.001	1.47	L
การอาบน้ำผู้ป่วย	4.50	.61	2.41	.49	-4.704	.001	1.48	L
การทำกายภาพให้แก่ผู้ป่วย	4.52	.65	2.38	.97	-4.691	.001	1.47	L

r = effect size, L = large effect

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พร้อมความสามารถในการทำกิจกรรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแต่ละทักษะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแต่ละทักษะ สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับ

ญาติผู้ดูแลควรมีความจำเพาะเจาะจงกับความเป็นปัจเจกของญาติผู้ดูแลแต่ละคน (รุ่งนภา เขียวชะอ้า, ศรีสุดา งามขำ, และมาณะ กิตติธรรมกุล, 2556) ซึ่งการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมอาจขึ้นอยู่กับบริบทของประชากร โดยโปรแกรมหรือกิจกรรมที่สร้างขึ้นจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละคนหรือแต่ละครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (Frohlich, 2014) นอกจากนี้ การพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมอาจถูกพัฒนาขึ้นเพื่อจัดการภาวะสุขภาพในแต่ละสถานที่หรือพื้นที่ (Kramer, Harting, & Kunst, 2016) และโปรแกรมหรือกิจกรรมควรพัฒนาขึ้นจากปัญหาภาวะสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย โดยวัตถุประสงค์ของโปรแกรมหรือกิจกรรมคือเพื่อลดปัญหาภาวะสุขภาพ ตัวอย่างเช่น การแก้ปัญหาภาวะพร้อมความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเคลื่อนไหว และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุใน

ชุมชน (Melis et al., 2005) การจัดระบบบริการให้ผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลที่มีปัญหาซับซ้อนได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ที่เรียกว่า hospital-based home care (บรรจง จาดบุญนาค, 2562) ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมต่างๆ ที่กล่าวมาจำเป็นต้องมีความจำเพาะเจาะจงกับกลุ่มเป้าหมายหรือปัญหาที่ต้องการแก้ไข จึงควรศึกษาสถานการณ์ของกลุ่มเป้าหมายหรือปัญหาที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลหรือชุมชน เพื่อให้โปรแกรมหรือกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ โปรแกรมหรือกิจกรรมทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นในปัจจุบันไม่ควรเกิดจากการทบทวนวรรณกรรมเพียงอย่างเดียว แต่การพัฒนาควรเริ่มต้นจากการศึกษาความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย พื้นที่ หรือปัญหา (Khiewchaum & Chase, 2021) เพื่อให้ทราบรายละเอียด และโปรแกรมหรือกิจกรรมทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นสามารถไปเติมเต็มหรือแก้ปัญหาที่ได้อาจจริง จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของญาติผู้ดูแล สิ่งที่ญาติผู้ดูแลต้องการมากที่สุด คือ การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พร้อมความสามารถในการทำกิจกรรม ได้แก่ การดูแลหยาบทางท่อหลอดลมคอ การให้อาหารทางสายยาง การทำความสะอาดแผลกดทับ การทำความสะอาดแผลเจาะคอ การอาบน้ำผู้ป่วย และการทำกายภาพให้แก่ผู้ป่วย ตามลำดับ และข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย เช่น หัวใจล้มเหลว ไตวาย เบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า สิ่งที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต้องการคือ ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย โดยต้องการคู่มือในการดูแลผู้ป่วยด้วย และสิ่งที่สำคัญคือ ทีมบุคลากรควรตอบสนองความต้องการของญาติแต่ละคนตามปัจเจกบุคคล (Washington, Meadows, Elliott, & Koopman, 2011) นอกจากนี้ สิ่งที่ญาติผู้ดูแลต้องการ คือ ต้องการให้พยาบาลและทีมบุคลากรช่วยสอนทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย เช่น การทำแผล (Beach & Schulz, 2017) เพราะเมื่อญาติผู้ดูแลรับรู้

ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกับการฝึกทักษะปฏิบัติการดูแลตามความต้องการของญาติผู้ดูแล จะทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของนิรมนต์ เหลลาสุภาพ, สุปรีดา มั่นคง, และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2557) ที่พบว่า หากญาติผู้ดูแลได้รับการตอบสนองความต้องการ และได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการของญาติผู้ดูแล จะช่วยลดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยได้

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพมีความต้องการได้รับการสอนและฝึกทักษะต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งเมื่อญาติผู้ดูแลนำไปปฏิบัติทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้น ไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล และไม่พบอุบัติการณ์การเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน (บรรจง จาดบุญนาค, 2562; มนตรีรัตน์ ภูทองชัย, 2563) ซึ่งโปรแกรมการดูแลสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำเป็นต้องมีความจำเพาะเจาะจงกับความเป็นปัจเจกของแต่ละบุคคล ประกอบกับการใช้สถานการณ์เสมือนจริงและบ้านเสมือนจริง ยิ่งทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการฝึกทักษะ และลดความกลัวผู้ป่วยได้รับอันตรายเนื่องจากญาติไม่มีประสบการณ์ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การใช้สถานการณ์เสมือนจริงซึ่งพัฒนาขึ้นตามความต้องการของญาติผู้ดูแล ช่วยเพิ่มความมั่นใจและเทคนิคการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแลผ่านสถานการณ์เสมือนจริง มีประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยและลดความเครียดระหว่างการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วย เพราะหากฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยตรงจะทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความตื่นเต้นหรือความกลัวในระหว่างการฝึก (Mazanec, Blackstone, & Daly, 2021; Mazanec et al., 2019) ดังนั้น โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านที่ประกอบด้วย การให้ความรู้และการฝึกทักษะการดูแลที่จำเป็นโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง จึงช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถเรียนรู้และให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
พยาบาลควรฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรค
ไม่ติดต่อเรื้อรังให้แก่ญาติผู้ดูแลโดยการใช้หุ่นจำลอง
และการใช้บ้านเสมือนจริงก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน
โดยให้สอดคล้องกับความต้องการของญาติผู้ดูแลและ
เหมาะสมกับบริบทของครอบครัว เพื่อเพิ่มความมั่นใจ
แก่ญาติผู้ดูแลในการปฏิบัติทักษะการดูแลผู้ป่วยหลัง
จำหน่ายกลับบ้าน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป
เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษานำร่อง
กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก เพื่อเป็นการเพิ่มขนาดอิทธิพล
จึงควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง
โดยใช้รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับญาติ
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พร้อมความสามารถ
ในการทำกิจกรรมในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น

เอกสารอ้างอิง

นิชธิมา เสรีวิชยสวัสดิ์, พวงรัตน์ มณีวงษ์, อรณีย์ ศรีสุข,
ณัฐพัชร์ โพธิ์เงิน, และนริมาลย์ นีละไพจิตร.
(2557). ศึกษาปัจจัยเสี่ยงการกลับมารักษาซ้ำ
ในโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่
ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน. *วารสารพยาบาล
สาธารณสุข, 28*(3), 30–40.

นิรมนต์ เหล่าสุภาพ, สุปรีดา มั่นคง, และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม.
(2557). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียด
สำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความเครียดของญาติ.
รามาศิริพยาบาลสาร, 20(1), 67–81.

บรรจง จาดบุญนาท. (2562). การพัฒนาโปรแกรม
การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงระยะเปลี่ยนผ่าน
จากโรงพยาบาลถึงบ้าน. *วารสารโรงพยาบาล
มหาสารคาม, 16*(3), 63–71.

ปราณี เกษรสันดี. (2556). กรณีศึกษา: การพยาบาล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาล
กระทรวงสาธารณสุข, 21*(1), 80–95.

มนต์รัตน์ ฎูกองชัย. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแล
ต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังของ
โรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสาร
สุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 5*(1), 63–72.

รุ่งนภา เทียวชะอ้า, ศรีสุดา งานขำ, และมาฆะ กิตติธรรกุล.
(2556). ผลของการใช้แนวปฏิบัติกรเตรียม
ความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ
ที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง โรงพยาบาล
พระปกเกล้า. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข,
23*(1), 15–29.

สุภาพ อารีเอื้อ, และพิชญ์ประอร ยังเจริญ. (2563).
แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อฉบับ
ภาษาไทย: การทดสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยา.
รามาศิริพยาบาลสาร, 26(2), 188–202.

Beach, S. R., & Schulz, R. (2017). Family caregiver
factors associated with unmet needs for
care of older adults. *Journal of the American
Geriatrics Society, 65*(3), 560–566. doi:10.
1111/jgs.14547

Dixe, M. d. A. C. R., da Conceição Teixeira, L. F.,
Areosa, T. J. T. C. C., Frontini, R. C.,
de Jesus Almeida Peralta, T., & Querido,
A. I. F. (2019). Needs and skills of informal
caregivers to care for a dependent person:
A cross-sectional study. *BMC Geriatrics,
19*(1), 255. doi:10.1186/s12877-019-
1274-0

- Erlen, J. A., Sereika, S. M., Sun, R., Tamres, L. K., Tang, F., & Lingler, J. H. (2019). Outcomes of a problem-solving medication management intervention for informal caregivers. *Western Journal of Nursing Research, 41*(11), 1642–1657. doi:10.1177/0193945919825844
- Frohlich, K. L. (2014). Commentary: What is a population-based intervention? Returning to Geoffrey Rose. *International Journal of Epidemiology, 43*(4), 1292–1293. doi: 10.1093/ije/dyu111
- Fuhrmann, A. C., Becker Kottwitz Bierhals, C. C., dos Santos, N. O., & Paskulin, L. M. G. (2015). Association between the functional capacity of dependent elderly people and the burden of family caregivers. *Revista Gaucha de Enfermagem, 36*(1), 14–20. doi:10.1590/1983-1447.2015.01.49163
- Júnior, E. B. d. S., Oliveira, L. P. A. B. d., & Silva, R. A. R. d. (2017). Chronic non-communicable diseases and the functional capacity of elderly people. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, 6*(2), 516–524. doi:10.9789/2175-5361.2014.v6i2.516-524
- Karadimitriou, S. M., & Marshall, E. (2018). *Mann-Whitney U Test*. Sheffield: Sheffield Hallam University.
- Khiewchaum, R., & Chase, J. D. (2021). Interventions to improve health and well-being among family caregivers of older adults with chronic illnesses: A scoping review. *Journal of Gerontological Nursing, 47*(5), 45–51. doi:10.3928/00989134-20210408-02
- Khiewchaum, R., Wongprakod, S., Hinkhaw, C., & Leaungsomnapa, Y. (2022). Caregivers of older adults with chronic illnesses and coping strategies and quality of life: A convergent mixed methods study. *International Journal of Public Health and Health Sciences, 4*(2), 9–23. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/ijphs/article/view/255729/173295>
- Kramer, D., Harting, J., & Kunst, A. E. (2016). Understanding the impact of area-based interventions on area safety in deprived areas: Realist evaluation of a neighbour nuisance intervention in Arnhem, the Netherlands. *BMC Public Health, 16*(1), 1–12. doi:10.1186/s12889-016-2905-4
- Mazanec, S. R., Blackstone, E., & Daly, B. J. (2021). Building family caregiver skills using a simulation-based intervention for care of patients with cancer: Protocol for a randomized controlled trial. *BMC Nursing, 20*(1), 93. doi:10.1186/s12912-021-00612-4
- Mazanec, S. R., Sandstrom, K., Coletta, D., Dorth, J., Zender, C., Alfes, C. M., & Daly, B. J. (2019). Building family caregiver skills using a simulation-based intervention: A randomized pilot trial. *Oncology Nursing Forum, 46*(4), 419–427. doi:10.1188/19.ONF.419-427

- Melis, R. J., van Eijken, M. I., Borm, G. F., Wensing, M., Adang, E., van de Lisdonk, E. H., ... Olde Rikkert, M. G. (2005). The design of the Dutch EASYcare study: A randomised controlled trial on the effectiveness of a problem-based community intervention model for frail elderly people [NCT00105378]. *BMC Health Services Research*, 5(1), 65. doi:10.1186/1472-6963-5-65
- Nemati, S., Rassouli, M., Ilkhani, M., & Baghestani, A. R. (2018). Perceptions of family caregivers of cancer patients about the challenges of caregiving: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 309–316. doi:10.1111/scs.12463
- Páez Esteban, A. N., Torres Contreras, C. C., Campos de Aldana, M. S., Solano Aguilar, S., Quintero Lozano, N., & Chaparro Díaz, O. L. (2020). Direct and indirect costs of caring for patients with chronic non-communicable diseases. *Aquichan*, 20(2), 1–16. doi:10.5294/aqui.2020.20.2.2
- Peixoto, A. S., & Vassimon, H. S. (2015). Informal caregivers on home enteral nutrition need knowledge, skills and professional support. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 4(1), 16–26. Retrieved from file:///C:/Users/Admin/Downloads/5564-Texto%20do%20artigo-24626-1-10-20150509.pdf
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., ... Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: Exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, 52(4), 1893–1907. doi:10.1007/s11135-017-0574-8
- Washington, K. T., Meadows, S. E., Elliott, S. G., & Koopman, R. J. (2011). Information needs of informal caregivers of older adults with chronic health conditions. *Patient Education and Counseling*, 83(1), 37–44. doi:10.1016/j.pec.2010.04.017

ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ Health Status and Health Promoting Behaviors among Nursing Students in Huachiew Chalermprakiet University

กมลทิพย์ ชลั่งธรรมเนียม, ปร.ด. (การพยาบาล) ¹

Kamontip Khungtumneam, Ph.D. (Nursing) ¹

วิญญูทัตญู บุญทัน, ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์) ²

Winthanyou Bunthan, Ph.D. (Nursing Science) ²

ธมกร อ่วมอ้อ, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) ³

Thamakorn Aumaor, M.N.S. (Community Nurse Practitioner) ³

ปริศนา อัครธนพล, ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์) ⁴ อรอนงค์ บัวลา, ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์) ⁵

Prisana Akaratanapol, Ph.D. (Nursing Science) ⁴ Onanong Buala, Ph.D. (Nursing Science) ⁵

Received: October 8, 2021 Revised: October 28, 2022 Accepted: November 7, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ปีการศึกษา 2563 จำนวน 128 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินภาวะสุขภาพ แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .70–.90 และแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .70 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

¹⁻³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

¹⁻³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

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

^{4,5} อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

^{4,5} Instructor, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีภาวะสุขภาพกายและภาวะสุขภาพจิตในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 82.81 และ 62.50 ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 1.77, SD = .23$) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .239, p < .01$; $r_s = .550, p < .001$ และ $r_s = .541, p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า อาจารย์พยาบาลและผู้บริหารควรนำปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มาใช้ในการออกแบบการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์

Abstract

This descriptive correlational research aimed to determine health status, health promoting behaviors, and the relationship between selected factors and health promoting behaviors among nursing students. The samples were 128 first-year nursing students in Huachiew Chalermprakiet University in an academic year of 2020. The research instruments included the health status assessment form, the factors related to health promoting behaviors questionnaire with reliabilities in the range of .70-.90, and the health promoting behaviors questionnaire with reliability of .70. Data were collected from October to November, 2020. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Spearman rank correlation.

The research results revealed that nursing students had physical health and mental health at a moderate level (82.81% and 62.50%, respectively) and had total mean score of health promoting behaviors at a moderate level ($M = 1.77, SD = .23$). Perceived benefits of action, perceived self-efficacy, and interpersonal influences were positively statistically significantly related to health promoting behaviors among nursing students ($r_s = .239, p < .01$; $r_s = .550, p < .001$; and $r_s = .541, p < .001$, respectively).

This research suggests that nursing instructors and administrators should use the factors regarding perceived benefits of action, perceived self-efficacy, and interpersonal influences to design health promotion for nursing students.

Keywords: Health status, Health promoting behaviors, Nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สุขภาพเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต ปัจจุบันพบว่า คนไทยมีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมด้วยปัญหาทางสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะวัยรุ่นมักมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูป ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ มีกิจกรรมการออกกำลังกายน้อย (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563) จนส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามมา เช่น การมีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ มีความเครียด วิตกกังวลสูง แบบแผนการนอนหลับและการพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไป (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2559) นักศึกษาพยาบาลเป็นวัยรุ่นกลุ่มหนึ่งที่จะเป็นพยาบาลวิชาชีพในอนาคต บทบาทหนึ่งที่สำคัญ คือ การทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดี ดังนั้น พยาบาลจึงควรเป็นแบบอย่างที่ดีในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งควรเริ่มต้นตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นการกระทำกิจกรรมตามความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม และปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) และหากบุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจนเป็นแบบแผนได้ จะทำให้บุคคลนั้นมีสุขภาพะที่ดีตลอดชีวิต แต่ด้วยลักษณะการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ที่เน้นการเตรียมนักศึกษาพยาบาลให้เป็นผู้ที่มีความสามารถทั้งด้านวิชาการและด้านการปฏิบัติการพยาบาลตามคุณลักษณะของวิชาชีพ นักศึกษาพยาบาลต้องเรียนวิชาภาคทฤษฎีควบคู่กับการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย โดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1

ที่ต้องปรับตัวต่อการเรียนในสายวิชาชีพพยาบาล การใช้ชีวิตในรั้วมหาวิทยาลัย ต้องเผชิญกับความตึงเครียดจากการเรียน เพื่อน รวมถึงอาจารย์ และงานที่ต้องรับผิดชอบ (มาลีวัล เลิศสาครศิริ และชะบา คำปัญญา, 2560) อาจส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น พักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่ตรงเวลาและไม่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของมัณฑนา จำภา (2557) ที่พบว่า นักเรียนพยาบาลทหารอากาศมีพฤติกรรมรับประทานอาหารโดยรวมไม่เหมาะสม ร้อยละ 14.76 และมีภาวะโภชนาการผอมและน้ำหนักเกินจนถึงอ้วน ร้อยละ 9.53 ซึ่งหากนักศึกษาพยาบาลมีการบริหารจัดการที่ไม่ดีและละเลยต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง จะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสุขภาพไม่ดีทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ

การที่นักศึกษาพยาบาลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้น ต้องมีปัจจัยที่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ ซึ่ง Pender et al. (2011) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล จะส่งผลให้มีพฤติกรรมแตกต่างกัน เช่น อายุ การศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพ ส่วนปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญในการจูงใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ เป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ มักเป็นตัวกระตุ้นให้หลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุผลสำเร็จ หากบุคคลนั้นรู้สึกว่าคุณมีความสามารถและทักษะจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้บรรลุถึงพฤติกรรมที่ตั้งเป้าหมายไว้และอิทธิพลระหว่างบุคคล เช่น ครอบครัว กลุ่มเพื่อน มีผลต่อการจูงใจของแต่ละบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัย

สำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่น ได้แก่ ปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับอิทธิพลจากบุคคลอื่น ๆ (สุริยา ฟองเกิด, สรวงทิพย์ ภู่อุษา, มนตรา ตั้งจิรวัดนา, และสืบตระกูล ตันตลานุกุล, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของ จรุงรัตน์ รอดเนียม, สกุนตลา แซ่เตียว, และวรวรรณ จันทวีเมือง (2557) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล

สำหรับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ มีนักศึกษาพยาบาล 4 ชั้นปี ชั้นปีละ 140-150 คน นักศึกษาทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพเมื่ออยู่ชั้นปีที่ 1 เพื่อให้ให้นักศึกษาทราบถึงภาวะสุขภาพของตนเองและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพที่จะเกิดตามมาในอนาคต ในปีการศึกษา 2562 ผลการตรวจสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 จำนวน 156 คน พบว่า มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 25.27 ฟันผุ ร้อยละ 11.29 สายตาสั้น-เอียง ร้อยละ 38.70 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 2.68 ผลการตรวจภูมิคุ้มกันอีสุกอีใส ไม่พบภูมิคุ้มกัน ร้อยละ 29.57 ไม่พบเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและยังไม่มีภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 91.94 (คลินิกเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 2562) ภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นนี้อาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งยังไม่มีการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ มาก่อน การจะส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพที่ดีได้นั้น จำเป็นต้องมีการศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตาม

สภาพการณ์ที่เป็นจริงก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ โดยใช้กรอบแนวคิดของ Pender et al. (2011) เป็นแนวทางในการศึกษา เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้แก่นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชนได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

สมมติฐานการวิจัย

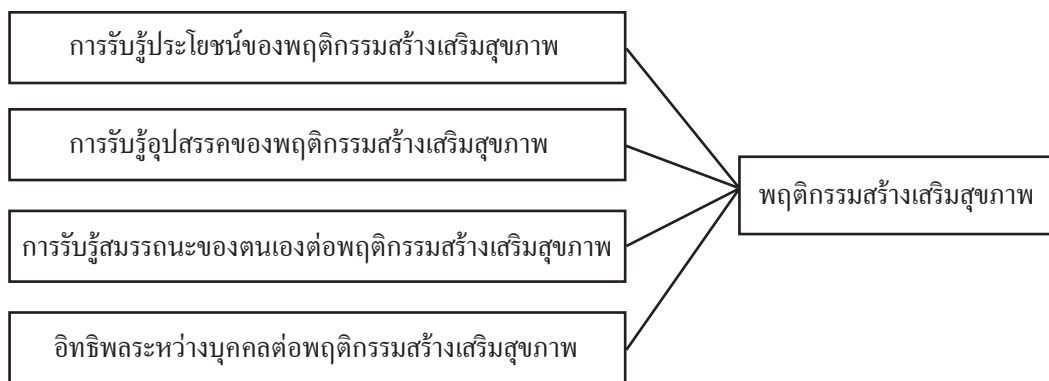
1. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์
2. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ ของ Pender et al. (2011) ที่ประกอบด้วย 6 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของ

การปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มนักศึกษาในระดับอุดมศึกษามีเพียง 4 ปัจจัยหลัก ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงศึกษาเพียง 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ เป็นความเชื่อของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อคาดหวังผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น ซึ่งการรับรู้ประโยชน์นี้เป็นสิ่งจูงใจหรือกระตุ้นพฤติกรรมของบุคคลโดยตรง 2) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งที่มาขัดขวางในการปฏิบัติ

พฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจหรือการหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติ 3) การรับรู้สมรรถนะของตนเอง เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และ 4) อิทธิพลระหว่างบุคคล เป็นความเชื่อหรือทัศนคติของผู้อื่นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นนักศึกษายาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ปีการศึกษา 2563 จำนวน 150 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นนักศึกษาที่เข้าศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 128 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบประเมินภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ประวัติการมีโรคประจำตัว และประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว จำนวน 4 ข้อ และ 2) ข้อมูลผลการตรวจสุขภาพประจำปี ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย สุขภาพปากและฟัน ผลการตรวจวัด

สายตา ผลการตรวจภูมิคุ้มกันอีสุกอีใส และผลการตรวจไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 8 ข้อ รวมจำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จำนวนด้านละ 10 ข้อ รวมจำนวน 40 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยเลย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีปัจจัยแต่ละด้านในระดับต่ำ (0-1.00 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.01-2.00 คะแนน) และในระดับสูง (2.01-3.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด จำนวนด้านละ 5 ข้อ รวมจำนวน 30 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติเกือบทุกวัน และปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับต่ำ (0-1.00 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.01-2.00 คะแนน) และในระดับดี (2.01-3.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสร้างเสริมสุขภาพ (2 คน) และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .85 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำจากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์รายด้าน เท่ากับ .74, .90, .70 และ .74 ตามลำดับ และของแบบสอบถามพฤติกรรมฯ เท่ากับ .70

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ (เอกสารรับรอง เลขที่ อ.1025/2563 วันที่ 12 ตุลาคม 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ พบกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลา 20-30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลผลการตรวจสุขภาพประจำปี วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และข้อมูลพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหา

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 96.10 มีอายุเฉลี่ย 18.77 ปี ($SD = .93$) ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการมีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 83.59 และมีประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว โดยมีบิดาหรือมารดาเจ็บป่วยด้วยโรคทางพันธุกรรม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.09 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 4.54

2. ข้อมูลผลการตรวจสุขภาพประจำปีของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ส่วนใหญ่มีความดันโลหิตปกติ คิดเป็นร้อยละ 90.63 มีดัชนีมวลกายในระดับปกติ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.22 ส่วนใหญ่มีสุขภาพปากและฟันปกติ คิดเป็นร้อยละ 75 ผลการตรวจวัดสายตา คือ สายตปกติ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.03 ผลการตรวจภูมิคุ้มกันอีสุกอีใส คือ ภูมิคุ้มกันอีสุกอีใส คิดเป็นร้อยละ 50 และผลการตรวจไวรัสตับอักเสบบี คือ ส่วนใหญ่ไม่พบเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและไม่ภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี คิดเป็นร้อยละ 68.75 โดยภาพรวม นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีภาวะสุขภาพกายและภาวะสุขภาพจิตในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 82.81 และ 62.50 ตามลำดับ

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับสูง ($M = 2.56, SD = .42$) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม

สร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ($M = 1.77, SD = .50$) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ($M = 1.98, SD = .34$) และมีคะแนนเฉลี่ยอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ($M = 1.94, SD = .41$)

4. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 1.77, SD = .23$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี 1 ด้าน คือ ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ($M = 2.47, SD = .37$) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ($M = 1.45, SD = .46$) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ($M = 1.55, SD = .42$) ด้านโภชนาการ ($M = 1.58, SD = .36$) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ($M = 1.72, SD = .45$) และด้านการจัดการกับความเครียด ($M = 1.84, SD = .38$)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .239, p < .01$; $r_s = .550, p < .001$ และ $r_s = .541, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ (n = 128)

ปัจจัย	พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	
	r _s	p
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	.239	.007
การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	-.061	.497
การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	.550	< .001
อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	.541	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีภาวะสุขภาพกายและภาวะสุขภาพจิตในระดับปานกลาง (ร้อยละ 82.81 และ 62.50 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 83.59) และผลการตรวจสุขภาพประจำปีส่วนใหญ่ปกติ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย โดยมีอายุเฉลี่ย 18.77 ปี เป็นวัยที่กำลังเปลี่ยนผ่านจากวัยรุ่นเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งวัยนี้จะมีการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น (อรุณรัตน์ สารวิโรจน์ และกานดา จันทร์แย้ม, 2557) นอกจากนี้ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติมีโครงการตรวจสุขภาพประจำปีให้แก่นักศึกษาใหม่ และแจ้งผลการตรวจสุขภาพให้นักศึกษารับทราบทุกคน เมื่อนักศึกษารับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่าเป็นอย่างไร จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ตนเองคงไว้ ซึ่งการมีสุขภาพดี ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่า ปัจจุบันตนเองมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีในระดับ

ปานกลาง จึงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลางเช่นกัน สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender et al. (2011) ที่กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการมีภาวะสุขภาพที่ดีเป็นแรงผลักดันให้บุคคลรับรู้ถึงคุณค่าของการมีสุขภาพดี ทำให้แนวโน้มที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพเป็นไปในทิศทางที่ดีเช่นเดียวกัน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณิษ พัวไพโรจน์ และกิตติยาภรณ์ ไชคสวัสดิ์ภิญโญ (2563) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี ส่วนด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงเปลี่ยนสถานะจากการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาเป็นระดับอุดมศึกษา ต้องปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัย การเรียนที่หนักในหลายสาขาวิชาเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม

เข้าสู่การเรียนในหมวดวิชาชีพ ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ต้องการการพักผ่อน จึงทำให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของสุชีวารัตน์ ฐวานนท์ และธนิดา สติตอุตสาคร (2560) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพแต่ละด้านในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของสิวาทพร ทองสุข, พรรณวดี พุทธิวัฒน์, และพิศสมัย อรทัย (2555) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง โดยข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ “การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรง” รองลงมา คือ “การดูแลรักษาสุขภาพเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของแต่ละคน เพราะช่วยให้สุขภาพแข็งแรง” เมื่อนักศึกษารับรู้ว่าการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง จึงพยายามปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น ซึ่ง Pender et al. (2011) กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้พฤติกรรมที่ตนปฏิบัตินั้นมีประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีส่วนร่วมในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจรรยารัตน์ รอดเนียม และคณะ (2557) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาของ Windasari, Marah Has, and Pradanie (2020) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นหญิง

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล

ศาสตร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายตามแนวคิดของ Pender et al. (2011) ได้ว่า การที่บุคคลรับรู้ถึงทักษะหรือสมรรถนะของตนเอง จะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลนั้นปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อนักศึกษารับรู้ว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ด้วยตนเอง จึงมีแรงจูงใจและเชื่อมั่นว่าจะเอาชนะอุปสรรคต่างๆ และปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจรรยารัตน์ รอดเนียม และคณะ (2557) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลที่ตนเองไว้วางใจ เช่น เพื่อน ครอบครัว ทำให้มีความสนใจ ใส่ใจสุขภาพมากขึ้น และมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี โดยข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ “จะถูกเพื่อน ๆ ชวนออกไปทำกิจกรรมต่างๆ นอกหอพัก เช่น ออกกำลังกาย เดินเล่น เป็นต้น” รองลงมา คือ “บิดา มารดา คณาจารย์ มักเตือนในเรื่องการดูแลสุขภาพ” ซึ่ง Pender et al. (2011) กล่าวว่า กลุ่มบุคคล ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรสุขภาพ จะมีผลโน้มน้าวและสนับสนุนให้บุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณรัตน์ สารวิโรจน์ และกานดา จันทร์แย้ม (2557) ที่พบว่า การที่นักศึกษามหาวิทยาลัยได้รับคำแนะนำสนับสนุนด้านสุขภาพจากบุคคลต่างๆ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษา

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการมีโรคประจำตัว และ

ผลการตรวจสุขภาพประจำปีส่วนใหญ่ปกติ ประกอบกับต้องปรับตัวต่อการเรียนที่หนักในวิชาภาคทฤษฎี จึงอาจเกิดความเหนื่อยล้า ทำให้ไม่ต้องการปฏิบัติกิจกรรมอื่น จึงไม่เห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเท่าที่ควร ซึ่งเมื่อบุคคลมีการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติในระดับน้อยและมีการรับรู้อุปสรรคในระดับมาก การปฏิบัติพฤติกรรมนั้นไม่น่าจะเกิดขึ้น (Pender et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของสรวงทิพย์ ภูกฤษณา, กัญญาวิณี โมกขาว, และสุริยา ฟองเกิด (2559) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

อาจารย์พยาบาลและผู้บริหารควรนำปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มาเป็นพื้นฐานในการสร้างเสริมสุขภาพให้นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ เช่น กำหนดนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในระยะยาวเพื่อติดตามภาวะสุขภาพของนักศึกษาในแต่ละปีจนสำเร็จการศึกษา และควรมีการศึกษาแบบกึ่งทดลองในการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยนำปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มาออกแบบโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

คลินิกเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. (2562). *ผลการตรวจสุขภาพประจำปีของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ประจำปีการศึกษา 2562*. สมุทรปราการ: ผู้แต่ง.

จรรยารัตน์ รอดเนียม, สกุนตลา แซ่เตี๋ย, และวรวรรณ จันทร์เมือง. (2557). การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(3), 88–97.

มณฑิมา จำภา. (2557). ความรู้ทางโภชนาการ ทักษะคิดต่ออาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการของนักศึกษพยาบาลทหารอากาศ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(2), 144–157.

มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ระยะเวลาฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 3(1), 37–47.

มาลีวัล เลิศสาครศิริ, และชะบา คำปัญญา. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่ฝึกปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ. *วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร : วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 25(3), 67–76.

วรณิชา พัวไพโรจน์, และกิตติยาภรณ์ โชคสวัสดิ์ภิญโญ. (2563). วิธีชีวิตส่งเสริมสุขภาพ การดูแลตนเอง การกำกับตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเองของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 34(1), 30–47.

- ศิวาพร ทองสุข, พรรณวดี พุชวัฒน์นะ, และพิศสมัย อรทัย. (2555). พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลรามธิบดี. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 18(2), 178-189.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). *สุขภาพคนไทย 2563: สองทศวรรษปฏิรูปการศึกษาไทย ความล้มเหลวและความสำเร็จ*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- สรวงทิพย์ ภูักฤษณา, กัญญาวิณี โมกขาว, และสุรียา ฟองเกิด. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลเมืองชลบุรี. *วารสารวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา*, 14(2), 114-124.
- สุชีราภรณ์ ชูวานนท์, และธนิดา สติตอุตสาคร. (2560). พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา ศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา*, 4(2), 92-96.
- สุรียา ฟองเกิด, สรวงทิพย์ ภูักฤษณา, มนตรา ตั้งจิรวัดนา, และสืบตระกูล ตันตลานุกูล. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(พิเศษ), 196-209.
- อรุณรัตน์ สารวิโรจน์, และกานดา จันทร์แ่ม. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่. *วิทยาศาสตร์สาขาสังคมศาสตร์*, 35(2), 223-234.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Boston, MA: Pearson Education.
- Windasari, N. D., Marah Has, E. M., & Pradanie, R. (2020). Determinants of healthy lifestyle among adolescent girls based on Pender's Health Promotion Model. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*, 7(5), 734-740. Retrieved from https://ejmcm.com/pdf_2929_c9492e2d3d9bd296d7a6ef0eed4ef22f.html

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2*

Health Literacy and Self-management among Older Monks with Type 2 Diabetes Mellitus*

กรศศิ ชัยเดช, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ)¹

Kornsasi Chaidet, M.N.S. (Gerontological Nurse Practitioner)¹

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

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

Received: September 18, 2022 Revised: November 8, 2022 Accepted: December 2, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาคความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์แห่งหนึ่งในภาคเหนือ และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 4 แห่ง รวมจำนวน 82 รูป เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าความเชื่อมั่น .83 และแบบวัดการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ค่าความเชื่อมั่น .99 เก็บรวบรวมข้อมูล

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

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

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Assistant 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

ในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า พระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวม ในระดับปานกลาง ($M = 40.54, SD = 5.06$ และ $M = 65.91, SD = 4.16$ ตามลำดับ) และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .483, p < .01$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพควรมีการประเมินความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยเฉพาะการออกกำลังกายและการรับประทานที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง พระสงฆ์สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine the relationship between health literacy and self-management among older monks with type 2 diabetes mellitus. The samples consisted of 82 older monks with type 2 diabetes mellitus visiting one Monk Hospital in the Northern, Thailand and four community hospitals in Chiang Mai Province. The research instruments consisted of the demographic data form, the health literacy scale for older monks with type 2 diabetes mellitus with reliability of .83, and the self-management scale for older monks with type 2 diabetes mellitus with reliability of .99. 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 total mean scores of health literacy and self-management among older monks with type 2 diabetes mellitus were at a moderate level ($M = 40.54, SD = 5.06$ and $M = 65.91, SD = 4.16$, respectively). Health literacy was positively statistically significantly related to self-management among older monks with type 2 diabetes mellitus ($r = .483, p < .01$).

This research suggests that health care providers should assess health literacy among older monks with type 2 diabetes mellitus as well as promote their self-management focusing on proper exercise and diet consuming.

Keywords: Health literacy, Self-management, Older monks, Type 2 diabetes mellitus

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข จากการสำรวจโรคเบาหวานในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2545 และปี พ.ศ. 2560 พบผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 8.30 และ 16.50 ของประชากรผู้สูงอายุ ตามลำดับ เช่นเดียวกับพระสงฆ์ไทยที่พบว่าอาพาธด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากสถิติพระสงฆ์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสงฆ์ ในช่วงปี พ.ศ. 2558-2560 พบพระสงฆ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 1,448 รูป 1,559 รูป และ 1,799 รูป ตามลำดับ (โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์, 2561) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า พระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั่วไป

โรคเบาหวานที่มักพบในผู้สูงอายุ คือ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบได้มากกว่าร้อยละ 95 เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมตามวัย ทำให้ความสามารถในการหลั่งอินซูลินจากเบต้าเซลล์ในตับอ่อนลดลง และความไวของเนื้อเยื่อในการนำอินซูลินไปใช้ลดลง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา (Lee & Halter, 2017) สำหรับพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นั้น การรักษาโรคสามารถทำได้ 2 วิธี คือ 1) การรักษาโดยการให้ยา ซึ่งจะเริ่มพิจารณาใช้ยารักษาหลังจากที่มีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตแล้ว แต่ระดับน้ำตาลในเลือดยังไม่ได้ตามเป้าประสงค์ (Amarya, Singh, & Sabharwal, 2018) และ 2) การรักษาโดยการไม่ใช้ยา หรือการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ประกอบด้วยการออกกำลังกาย ร่วมกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรค การพบบุคลากรทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ในส่วนการฉีดยาอินซูลิน พระสงฆ์สามารถฉีดยาอินซูลินได้ตามหลักพระธรรมวินัย และสามารถฉีดยาได้ตามคำแนะนำของแพทย์ เนื่องจากพระธรรมวินัยมีข้อยกเว้นให้กรณีที่ต้องฉีดยา พระสงฆ์สามารถฉีดยาอินซูลินหรือฉีดยาอินซูลินได้ ส่วน

การออกกำลังกาย พระสงฆ์สูงอายุสามารถยึดหลักการปรับเปลี่ยนอิริยาบถทั้ง 4 คือ การยืน การเดิน การนั่ง และการนอน ให้สมดุลกัน เช่น การใช้ท่าฤๅษีดัดตน การทำโยคะ ดังนั้น การที่พระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จึงจำเป็นต้องมีการจัดการตนเองให้เหมาะสม

การจัดการตนเอง (self-management) คือ การกระทำของบุคคลเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีและสามารถควบคุมโรคเรื้อรังได้ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างบุคคลกับบุคลากรสุขภาพ (Lorig & Holman, 2003) การจัดการตนเองแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการด้านการรักษา 2) การจัดการด้านบทบาทหน้าที่ และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ ซึ่งพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะต้องสามารถจัดการตนเองและมีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถยอมรับได้ อย่างไรก็ตาม พระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อาจมีข้อจำกัดในการจัดการตนเองด้านการรักษา เช่น การที่พระสงฆ์สูงอายุไม่สามารถเลือกฉีดยาอินซูลินที่เหมาะสมกับโรคได้ เนื่องจากกัณฑ์อาหารที่ฉันมาจกปัจจัยถวาย รวมถึงการออกกำลังกายที่มีข้อจำกัดทางพระธรรมวินัยที่ต้องทำในสถานที่ที่มีขีดจำกัด จากการศึกษาของ Kanan, Piaseu, Malathum, and Belza (2019) พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีการจัดการตนเองโดยรวมการจัดการตนเองด้านการรับประทาน และการจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหาร อยู่ในระดับสูง ยกเว้นการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายที่อยู่ในระดับต่ำ และการศึกษาของพัชรี อ่างบุญตา, ลินจง โปธิบาล, และณัฐพงศ์ โฆษชุมพันธ์ (2555) พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 44.60 มีการจัดการตนเองในระดับปานกลาง จะเห็นได้ว่า การศึกษาที่นำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป ส่วนการศึกษาในกลุ่มพระสงฆ์ยังมีจำนวน

ไม่มาก เช่น การศึกษาของวัฒนพล ดิ่งชูยกุล บัวแก้ว, วารี กังใจ, และพรชัย จุลเมตต์ (2555) ที่พบว่า พระสงฆ์สูงอายุร้อยละ 34.62 มีการบริโภคอาหารหวานมัน จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 มีการจัดการตนเองบางด้านในระดับสูงและบางด้านในระดับต่ำ แต่ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองในกลุ่มพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั่วไป พบว่า ประกอบด้วยหลายปัจจัย โดยปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่อาศัยทักษะทางปัญญาร่วมกับทักษะทางสังคมในการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ ตลอดจนสามารถคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจเลือกข้อมูลที่เหมาะสมในการจัดการตนเอง เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นนโยบายสำคัญในด้านสุขภาพ ในปี ค.ศ. 2012 ได้มีการบรรจุเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้าไปอยู่ในกรอบนโยบายด้านสุขภาพของยุโรป (เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี, 2556) และในธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560 ยังมีการระบุว่า พระสงฆ์จำเป็นที่จะต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (พระราชวรมนู, พระมงคลวชิรากร, พระมงคลธรรมวิธาน, และวีระศักดิ์ พุทธาศรี, 2560)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ และสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Nutbeam, 2000) ประกอบด้วยทักษะ 2 ทักษะ คือ ทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคม โดยทักษะทางปัญญา ได้แก่ ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ และความเข้าใจข้อมูล เพื่อสามารถนำไปวิเคราะห์และปรับใช้ให้เหมาะสมกับโรค ส่วนทักษะทางสังคม คือ

การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรสุขภาพหรือบุคคลทั่วไป เพื่อให้ได้ข้อมูลทางสุขภาพ โดย Nutbeam (2000) ได้แบ่งระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน เป็นความสามารถในการอ่าน การเขียน และการเข้าถึงข้อมูล 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ เป็นทักษะด้านการฟัง และการติดต่อสื่อสารทั้งกับบุคลากรสุขภาพและบุคคลทั่วไป และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ เป็นความสามารถในการประยุกต์ใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ เปรียบเทียบ และควบคุมสถานการณ์ให้ดำรงชีวิตได้ จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในพระสงฆ์ พบการศึกษาของลีอรัตน์ อนุรัตน์พานิช และคณะ (2561) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลสงฆ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.50 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน และไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ญาณ ซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้น้อย เนื่องจากมีข้อจำกัดทางสมณวิสัยและพระธรรมวินัย และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง (จริยา นพเคราะห์, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และทศพร คำผลศิริ, 2563)

การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน ซึ่งองค์ความรู้ดังกล่าวไม่สามารถนำมาอธิบายในกลุ่มพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ทั้งนี้เนื่องจากบริบทของพระสงฆ์สูงอายุมีความแตกต่างจากผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั่วไป เนื่องจากพระสงฆ์สูงอายุมีข้อจำกัดในการเลือกบริโภคอาหาร ซึ่งการบริโภคอาหารส่วนใหญ่ได้มาจากปัจจัยที่ได้รับการถวาย บางครั้งไม่สามารถเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคได้ รวมถึงพระสงฆ์สูงอายุ

ไม่สามารถบริโภคอาหารให้ครบ 3 มื้อ เหมือนผู้สูงอายุทั่วไป อีกทั้งยังมีข้อจำกัดด้านการออกกำลังกายจากหลักปฏิบัติของพระธรรมวินัย รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพที่ค่อนข้างยาก (สิริรัตน์ อนุรัตน์พานิช และคณะ, 2561) โดยเฉพาะพระสงฆ์บางกลุ่ม เช่น พระสงฆ์สายวิปัสสนากรรมฐานที่มีความเคร่งครัด ไม่ใช้เครื่องมือติดต่อสื่อสาร และมีข้อวัตรประจำวันในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ทำให้โอกาสในการพบกับบุคลากรสุขภาพมีน้อย ซึ่งข้อจำกัดดังกล่าวอาจส่งผลต่อความสามารถในการจัดการตนเองที่เหมาะสมของพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นในพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงสนใจศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการส่งเสริมให้พระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

สมมติฐานการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวาน

ชนิดที่ 2

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig and Holman (2003) ซึ่งมีจุดมุ่งหมายในการจัดการตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ การจัดการด้านการรักษา การจัดการด้านบทบาทหน้าที่ และการจัดการด้านอารมณ์ ซึ่งจำเป็นต้องมีทักษะสำคัญ 6 ทักษะ ได้แก่ 1) การตัดสินใจ 2) การแก้ปัญหา 3) การใช้แหล่งประโยชน์ 4) การสร้างสัมพันธภาพของผู้สูงอายุและบุคลากรสุขภาพ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การปรับทักษะการปฏิบัติของแต่ละบุคคลให้เหมาะสมกับตนเอง โดยการจัดการตนเองให้มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม และเป็นทักษะขั้นพื้นฐานในการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ โดยทักษะการจัดการตนเองทั้ง 6 ทักษะ จำเป็นต้องใช้ทักษะการสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพกับบุคลากรสุขภาพ และคัดสรรข้อมูลจากสื่อต่างๆ เพื่อนำไปปฏิบัติ เพื่อให้มีการจัดการตนเองที่เหมาะสม สำหรับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Nutbeam (2000) ซึ่งประกอบด้วยความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ ดังนั้น หากพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพก็น่าจะมีการจัดการตนเองที่ดี และความรอบรู้ด้านสุขภาพน่าจะมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเอง สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นพระสงฆ์ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์แห่งหนึ่งในภาคเหนือ และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 4 แห่ง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน 2) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินเพื่อตรวจสอบสติปัญญา (the Mental Status Questionnaire [MSQ]) 4) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (the Barthel ADL Index) และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .54 ซึ่งคำนวณจากการศึกษาของจริยา นพเคราะห์ และคณะ (2563) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 นำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม G*Power ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 82 รูป โดยเลือกพื้นที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลสงฆ์แห่งหนึ่งในภาคเหนือ และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 4 แห่ง (จากจำนวน 25 แห่ง) ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย เลือกกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากร

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ จำนวนพรรษา ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม จำนวนยาที่ใช้สำหรับลดระดับน้ำตาลในเลือด ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคร่วม ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และช่องทางการได้รับข้อมูลทางสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ ของ Ishikawa, Takeuchi, and Yano (2008) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยจริยา นพเคราะห์ และคณะ (2563) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน เป็นข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ เป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ และความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ เป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวน 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เคยนานๆ ครั้ง บางครั้ง และบ่อยครั้ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ (14.00-28.00 คะแนน) ในระดับปานกลาง (28.01-42.00 คะแนน) และในระดับสูง (42.01-56.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบวัดการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน

ของพัชรี อ่างบุญตา และคณะ (2555) โดยปรับเปลี่ยนบริบทของการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับอารมณ์ ให้เข้ากับบริบทของพระสงฆ์สูงอายุ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 4 ข้อ ด้านการใช้ยา จำนวน 5 ข้อ ด้านเทคนิคการจัดการอาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และการลดความเครียด จำนวน 4 ข้อ และด้านความร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวน 22 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติเลย สอดคล้องกับการปฏิบัติในบางครั้ง สอดคล้องกับการปฏิบัติค่อนข้างมาก และสอดคล้องกับการปฏิบัติอย่างมาก ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการจัดการตนเองในระดับต่ำ (22.00-44.00 คะแนน) ในระดับปานกลาง (44.01-66.00 คะแนน) และในระดับสูง (66.01-88.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ พระสงฆ์สูงอายุ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุและการจัดการตนเอง (2 คน) และผู้ปฏิบัติกรพยาบาลชั้นสูงด้านผู้สูงอายุ (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .97 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และแบบวัดการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไปทดลองใช้กับพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์แห่งหนึ่งในภาคเหนือ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 รูป หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .83 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการจัดการตนเองฯ ด้วยวิธี

การวัดซ้ำ แล้วนำข้อมูลมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ได้ค่าเท่ากับ .99

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 024/2020 วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2563) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 078/63COA-NUR024/63 วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2563) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ โรงพยาบาลสันป่าตอง (เอกสารรับรอง เลขที่ 002/2563 วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูล จะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัย ครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์แห่งหนึ่งในภาคเหนือ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ ทั้ง 4 แห่ง เข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาล ในขณะที่รอตรวจ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ นัดหมายวัน เวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก และสถานที่ที่เหมาะสม จากนั้นทำการสอบถามกลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถามและแบบวัด โดยผู้วิจัยอ่านข้อคำถามทีละข้อแล้วให้เลือกคำตอบ โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพ และข้อมูล

การจัดการตนเอง วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเอง วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลในพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 พบว่า พระสงฆ์สูงอายุฯ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60–69 ปี คิดเป็นร้อยละ 74.39 โดยมีอายุเฉลี่ย 66.82 ปี ($SD = 4.92$) มีจำนวนพรรษามากกว่า 20 ปีขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.54 มีการศึกษาทางโลกระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.44 ส่วนใหญ่มีการศึกษาทางธรรมระดับนักธรรมชั้นเอก คิดเป็นร้อยละ 86.59 จำนวนยาที่ใช้สำหรับลดระดับน้ำตาลในเลือด คือ 1 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 69.51 มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในช่วง 1–10 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.98 มีโรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 73.17 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.58 ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 87.80 และทั้งหมดมีช่องทางการได้รับข้อมูลทางสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 100

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า พระสงฆ์สูงอายุฯ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 40.54, SD = 5.06$) เมื่อจำแนกเป็นรายระดับ

พบว่า พระสงฆ์สูงอายุฯ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานในระดับสูง ($M = 17.91, SD = 1.84$) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($M = 14.06, SD = 1.55$) และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณในระดับปานกลาง ($M = 8.56, SD = 2.69$)

3. การจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า พระสงฆ์สูงอายุฯ มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 65.91, SD = 4.16$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า พระสงฆ์สูงอายุฯ มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองในระดับสูง 2 ด้าน คือ ด้านการใช้ยา ($M = 18.13, SD = 1.52$) และด้านเทคนิคการจัดการอาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และการลดความเครียด ($M = 13.82, SD = 1.08$) และมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองในระดับปานกลาง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ($M = 13.09, SD = 1.17$) ด้านการรับประทานอาหาร ($M = 10.40, SD = 1.39$) และด้านความร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพ ($M = 10.45, SD = 1.75$)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .483, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($n = 82$)

ตัวแปร	การจัดการตนเอง	
	r	p
ความรู้ด้านสุขภาพ	.483	.001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า พระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการใช้ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมในการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ มีปฏิสัมพันธ์และมีส่วนร่วมโดยการสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ รวมถึงสามารถวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับและสังเคราะห์ข้อมูล เพื่อประยุกต์ใช้ในการประกอบการตัดสินใจในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธินันท์ แก่นจันทร์ (2562) ที่พบว่า พระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่า พระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานในระดับสูง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาทางโลกระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด (ร้อยละ 52.44) และส่วนใหญ่มีการศึกษาทางธรรมระดับนักธรรมชั้นเอก (ร้อยละ 86.59) ซึ่งการมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถอ่านออกเขียนได้ และเข้าใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของตนเอง เช่น การอ่านฉลากยา การพูดคุยเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกับบุคลากรทางการแพทย์ ดังการศึกษาของสิอรรัตน์ อนุรัตน์พานิช และคณะ (2561) ที่พบว่าการศึกษาทางโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น โดยมีอายุเฉลี่ย 66.82 ปี โดยผู้สูงอายุตอนต้นจะมีความสามารถด้านสติปัญญาและการรับรู้ลดลงน้อย (ชัญญา ปัญญาพล, 2558) ทำให้สามารถอ่านและทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธินันท์ แก่นจันทร์ (2562) ที่พบว่า พระสงฆ์สูงอายุโรคความดัน

โลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานในระดับปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่า พระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีช่องทางในการได้รับข้อมูลทางสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ และยังสามารถใช้ช่องทางอื่นในการรับข้อมูลทางสุขภาพ ได้แก่ โทรศัพท์ และอินเทอร์เน็ต เพื่อนำมาปฏิบัติและประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมในการติดต่อสื่อสาร หาข้อมูลทางสุขภาพจากบุคลากรสุขภาพและแหล่งข้อมูลอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของวินัย ไตรนาทวลย์, วิราพรณ วิโรจน์รัตน์, และดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ (2562) ที่พบว่า พฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลจากสื่อออนไลน์หรือสื่อสังคมสามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างอาจมีข้อจำกัดทางพระธรรมวินัยเนื่องจากบุคลากรสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างสามารถสื่อสารเพื่อขอคำแนะนำได้ตลอดเวลานั้นส่วนใหญ่คือพยาบาล ซึ่งเป็นผู้หญิง ทำให้พระสงฆ์ต้องสำรวม เพื่อไม่ให้เกิดการละเมิดพระวินัยสงฆ์หรือต้องอาบัติ จึงอาจมีผลต่อการติดต่อสื่อสาร การสอบถาม หรือการปรึกษาข้อมูลทางสุขภาพ ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างจึงอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่า พระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจรรณญาณในระดับปานกลาง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น โดยมีอายุเฉลี่ย 66.82 ปี ซึ่งผู้สูงอายุตอนต้นจะมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางจิตตสติปัญญา และการรับรู้ที่ยังไม่ลดลงหรือลดลงน้อย นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังมีการศึกษาทางโลกระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด (ร้อยละ 52.44) ทำให้มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ทำความเข้าใจข้อมูล

และนำข้อมูลไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ดังการศึกษาของวรรณศิริ นิลเนตร (2557) ที่พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในช่วง 1-10 ปี (ร้อยละ 60.98) ซึ่งระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานทำให้มีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากบุคลากรสุขภาพ จึงมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานได้ แต่ยังไม่สามารถใช้ทักษะการวิเคราะห์และการสังเคราะห์เพื่อประมวลผลข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการจัดการโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ซับซ้อนของตนเองได้ เช่น การแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับบิวิจารณ์ของกุ่มตัวอย่างจึงอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่า พระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุเป็นการกระทำในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างพระสงฆ์สูงอายุกับบุคลากรสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีและสามารถควบคุมโรคได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างต้องมีการจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน ตามกรอบแนวคิดของ Lorig and Holman (2003) สอดคล้องกับการศึกษาของอามานี แดมะยู, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และพนิดา จันทโสภีพันธ์ (2563) ที่พบว่า ผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีการจัดการตนเองในระดับปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่า พระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการใช้ยา และด้านเทคนิคการจัดการอาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และการลดความเครียด ในระดับสูง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างต้องเคร่งครัดในการปฏิบัติธรรมตามหลักศาสนา แต่มีพระธรรมวินัย

ในการจัดการตนเองด้านการใช้ยาตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ แม้ว่าจะมีข้อจำกัดในการฉีดยาอาหาร 2 มื้อ แต่พระธรรมวินัยก็มีข้อยกเว้นให้กรณีที่ต้องฉีดยา โดยสามารถฉีดยาน้ำปานะหรือฉีดยาอาหารได้ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังเป็นนักธรรมชั้นเอก ต้องมีการปฏิบัติธรรมโดยการนั่งสมาธิ มีการใช้หลักธรรมต่างๆ ในการจัดการกับอารมณ์ให้มีสติ มีจิตใจที่สงบ ซึ่งตามหลักคำสอนของศาสนาพุทธมีหลักคำสอนกิลานสูตร อันเป็นหลักธรรมที่ช่วยในการบำบัดจิตใจให้แก่พระสงฆ์สูงอายุที่อาพาธให้แข็งแรงและสามารถต่อสู้กับความทุกข์ที่เกิดจากโรคได้ รวมถึงหลักคำสอนโพชฌงค์สูตร ซึ่งให้พระสงฆ์สูงอายุได้เรียนรู้ชีวิตจากความเจ็บป่วย และหาหนทางในการรักษา (พระมหาสาทร ธรรมมาโท, พระมหาวิริยธัมม์ วรินโท, กฤติยา ถ้ำทอง, พระมหาศุภวัฒน์ ฐานวฑฺฒโธ, และพระมหาธาราเชนทร์ เหมาสโร, 2562) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองด้านการใช้ยา และด้านเทคนิคการจัดการอาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และการลดความเครียดในระดับสูง

ผลการวิจัยพบว่า พระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร และด้านความร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพ ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีข้อจำกัดทางพระธรรมวินัยที่ต้องออกกำลังกายในสถานที่ที่มิดชิด การฉีดยาอาหารต้องฉีดยาเพียงมื้อเดียวหรือ 2 มื้อ และฉีดยาอาหารตามที่ได้รับบิณฑบาต รวมถึงไม่สามารถประกอบอาหารได้เอง หากได้รับบิณฑบาตเป็นอาหารประเภทที่ไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะทำให้เป็นปัจจัยเสี่ยงทางโภชนาการได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกณิศันต์ ภูคักศักดิ์สกุล (2561) ที่พบว่า พระสงฆ์ฉีดยาอาหารส่วนใหญ่ที่ได้มาจากการบิณฑบาต ไม่สามารถประกอบอาหารได้เอง รวมถึงไม่สามารถปฏิเสธอาหารที่ได้รับบิณฑบาตเนื่องจากเป็นความตั้งใจของผู้ถวาย สำหรับด้านความร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพ พระสงฆ์

ต้องระมัดระวังการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพที่เป็นผู้หญิง จึงอาจทำให้การจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร และด้านความร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธินันท์ แก่นจันทร์ (2562) ที่พบว่า พระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมที่ดี จะทำให้การจัดการตนเองดีไปด้วย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างใช้ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม ในการเข้าถึงข้อมูล มีการสื่อสาร เพื่อใช้ในการจัดการตนเองได้เหมาะสม โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานนั้น พระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะต้องอาศัยทักษะทางปัญญา เพื่อให้สามารถอ่านข้อมูลพื้นฐานทางสุขภาพได้ เช่น การอ่านฉลากยา ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ เป็นการใช้ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมร่วมกัน เป็นความสามารถในการสอบถามข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพหรือโรคที่ตนเองเป็นอยู่จากบุคลากรสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ เป็นการใช้ทักษะทางปัญญาที่จะช่วยให้มีการวิเคราะห์ เปรียบเทียบ และแปลผลข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพหรือโรคได้ รวมทั้งสามารถตัดสินใจเลือกประยุกต์ใช้ข้อมูลให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเอง ดังนั้นพระสงฆ์สูงอายุจึงจำเป็นที่จะต้องให้ทักษะทางสังคมขั้นสูงเพื่อติดต่อสื่อสาร และมีบทบาทมากขึ้นในการจัดการสุขภาพของตนเองร่วมกับบุคลากรสุขภาพ ซึ่งจะทำให้พระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการจัดการตนเองที่ดีขึ้น สามารถตัดสินใจและวางแผนในการรักษาร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ สามารถ

เลือกชนิดอาหารที่เหมาะสมกับโรคได้ รวมถึงสามารถเลือกออกกำลังกายบางประเภทที่ไม่ขัดต่อพระธรรมวินัย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจริยา นพเคราะห์ และคณะ (2563) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพควรมีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะระดับปฏิสัมพันธ์และระดับวิจารณ์ญาณ เพื่อให้พระสงฆ์สูงอายุมีการจัดการตนเองที่เหมาะสม รวมทั้งส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยเฉพาะการออกกำลังกายและการฉันทาอาหารที่ไม่ละเมิดพระธรรมวินัยและเหมาะสมกับโรค

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน และควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

เอกสารอ้างอิง

กณิศัตร์ วุฒิสักดิ์สกุล. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอลำปาง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ*, 24(1), 71-83.
จริยา นพเคราะห์, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และทศพร คำผลศิริ. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *พยาบาลสาร*, 47(2), 251-261.

- ชนัญญา ปัญจพล. (2558). *การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง)* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เบญจมาศ สุรมิตริไมตรี. (2556). *การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทย เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน*. สืบค้นจาก <http://www.mfa.go.th/dvifa/contents/filemanager/files/nbt/nbt5/IS/IS5073.pdf>
- พระมหาสาทร ธมฺมาโท, พระมหาวิรัชชัย วรินโท, กฤติยา ถ้ำทอง, พระมหาศุภวัฒน์ ฐานวุฑฺโฒ, และพระมหาธาเซนทร์ เขมาสโก. (2562). การอุปถัมภ์สุขภาพอาหาร: บทวิเคราะห์ในมิติพระพุทธศาสนา. *วารสารมหาจุฬานาครธรรมสาร*, 6(10), 4686–4696.
- พระราชวรมณี, พระมงคลวิจิตร, พระมงคลธรรมวิธาน, และวีระศักดิ์ พุทธาศรี. (บ.ก.). (2560). *ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560*. กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พรินติ้ง เฮ้าส์.
- พัชรี อ่างบุญตา, ลินจง โปธิบาล, และณัฐพงศ์ โฆษชุมชนนท์. (2555). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและระดับฮิโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *พยาบาลสาร*, 39(3), 93–104.
- โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์. (2561). *เผยพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น*. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2018/05/15876>
- ลีอรัตน์ อนุรัตน์พานิช, ปริญญา พิธีธรรมานนท์, มนทยา สุนันทีวัฒน์, ภนิดา สรรพกิจภิญโญ, ภัณฑิลา สุภัทรศักดิ์, และศรัณย์ กอสนาน. (2561). ความแตกฉานทางสุขภาพของพระภิกษุสูงอายุในโรงพยาบาลสงฆ์. *Veridian E-Journal Silpakorn University*, 11(1), 2643–2656.
- วรรณศิริ นิลเนตร. (2557). *ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัฒนพล ดิ่งช้อยกุล บัวแก้ว, วารี กังใจ, และพรชัย จุลเมตต์. (2555). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร และค่าดัชนีมวลกายของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(1), 92–108.
- วินัย ไตรนาทถวัลย์, วิราพรณ วิโรจน์รัตน์, และดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 13(2), 41–51.
- สุทธินันท์ แก่นจันทร์. (2562). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อามานี แดมะยู, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และพนิดา จันทโสภีพันธ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 35(3), 87–107.
- Amarya, S., Singh, K., & Sabharwal, M. (2018). *Ageing process and physiological changes*. Retrieved from www.researchgate.net/publication/326215802_Ageing_Process_and_Physiological_Changes

- 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
- Kanan, P., Piaseu, N., Malathum, P., & Belza, B. (2019). Predictors of diabetes self-management in older adults with poorly controlled type 2 diabetes mellitus. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, *23*(4), 357–367. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/158994/150340>
- Lee, P. G., & Halter, J. B. (2017). The pathophysiology of hyperglycemia in older adults: Clinical considerations. *Diabetes Care*, *40*(4), 444–452. doi:10.2337/dc16-1732
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcome, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, *26*(1), 1–7. doi:10.1207/S15324796ABM2601_01
- 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
-

**ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ
โดยประยุกต์ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง***
**Effectiveness of Health Promotion Program
Applied Pender's Health Promotion Model
for Pregnant Women with High Blood Sugar Level***

จินตนา ชานงสูงเนิน, ส.ม. (การจัดการสร้างเสริมสุขภาพ)¹

Jintana Chansoongnern, M.P.H. (Health Promotion Management)¹

ธนกอร์ ปัญญาไสโสภณ, ปร.ด. (การจัดการสร้างเสริมสุขภาพ)²

Thanakorn Panyasaisopon, Ph.D. (Health Promotion Management)²

พัทธนันท์ พุดหล้า, ปร.ด. (วัฒนธรรม)³

Phatthanant Phudla, Ph.D. (Cultural Science)³

Received: November 10, 2020 Revised: December 17, 2022 Accepted: December 20, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ

คณะสาธารณสุขศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ วิทยาลัยนครราชสีมา

¹ Master's Thesis of Public Health Program in Health Promotion Management, Faculty of Public Health and Health Technology, Nakhonratchasima College

¹ มหำบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ วิทยาลัยนครราชสีมา

¹ Master, Program in Health Promotion Management, Faculty of Public Health and Health Technology, Nakhonratchasima College

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

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ วิทยาลัยนครราชสีมา: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Assistant Professor, Faculty of Public Health and Health Technology, Nakhonratchasima College: Major Advisor

³ อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ วิทยาลัยนครราชสีมา: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

³ Instructor, Faculty of Public Health and Health Technology, Nakhonratchasima College: Co-advisor

ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ และโรงพยาบาลหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ รวมจำนวน 40 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .86 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .84 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .85 แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .76 และแบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนกรกฎาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.630, p < .001$; $t = 6.560, p < .001$; $t = 2.590, p < .05$ และ $t = 4.500, p < .001$ ตามลำดับ) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 81.000, p < .001$; $t = 76.360, p < .001$; $t = 65.070, p < .001$ และ $t = 48.700, p < .001$ ตามลำดับ) 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย FBS ค่าเฉลี่ย 100 gm 1 h OGTT ค่าเฉลี่ย 100 gm 2 h OGTT และค่าเฉลี่ย 100 gm 3 h OGTT ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และ 3) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์น้อยกว่ากลุ่มควบคุม

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพควรนำโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์นี้ ไปใช้ในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง

คำสำคัญ: โปรแกรมป้องกันโรคเบาหวาน โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผลการวินิจฉัยโรคเบาหวาน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of health promotion program applied Pender's Health Promotion Model for pregnant women with high blood sugar level. The samples consisted of 40 pregnant women with high blood sugar level who attended the anti-natal clinic of Bamnet Narong Hospital and Nong Bua Daeng Hospital, Chaiyaphum Province and were divided into the experimental group ($n = 20$) and the control group ($n = 20$). The research instruments included the health promotion program

applied Pender's Health Promotion Model, the personal information questionnaire, the perceived benefits of health promotion questionnaire with reliability of .86, the perceived barriers of health promotion questionnaire with reliability of .84, the perceived self-efficacy of health promotion questionnaire with reliability of .85, the health promoting behaviors questionnaire with reliability of .76, and the laboratory results and diabetes diagnosis record form. The implementation and data collection were conducted from April to July, 2020. 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 higher mean scores of perceived benefits of health promotion, perceived barriers of health promotion, perceived self-efficacy of health promotion, and health promoting behaviors than those of before the experiment ($t = 6.630, p < .001$; $t = 6.560, p < .001$; $t = 2.590, p < .05$; and $t = 4.500, p < .001$, respectively) and those of the control group ($t = 81.000, p < .001$; $t = 76.360, p < .001$; $t = 65.070, p < .001$; and $t = 48.700, p < .001$, respectively); 2) after the experiment, the experimental group had the means of FBS, 100 gm 1 h OGTT, 100 gm 2 h OGTT, and 100 gm 3 h OGTT lower than those of the control group; and 3) after the experiment, the experimental group were diagnosed as diabetes less than the control group.

This research suggests that health care providers should adopt this health promotion program applied Pender's Health Promotion Model to prevent the occurrence of gestational diabetes mellitus among pregnant women with high blood sugar level.

Keywords: Diabetes prevention program, Gestational diabetes mellitus, Diabetes diagnosis

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก จากผลการสำรวจภาวะเบาหวานของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ พบแนวโน้มการเกิดภาวะเบาหวานเพิ่มขึ้น โดยในปี ค.ศ. 2015 มีผู้หญิงเป็นเบาหวานจำนวน 199.50 ล้านคน และในปี ค.ศ. 2017 เพิ่มขึ้นเป็น 204 ล้านคน อีกทั้งคาดว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 313.30 ล้านคน โดยมีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจำนวน 20.90 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.20 ในจำนวนนี้

ร้อยละ 85.10 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus) และร้อยละ 7.40 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะเบาหวานชนิดอื่นที่มาตรวจพบขณะตั้งครรภ์ (International Diabetes Federation, 2017) ส่วนประเทศไทยในปี พ.ศ. 2559 พบอุบัติการณ์ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 6.20 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2559) โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเป็นซ้ำได้อีกในครรภ์ต่อไปถึงร้อยละ 35-80 (ประภัทร วานิชพงษ์พันธุ์, 2560)

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่อันตรายและมีแนวโน้มการเกิดเพิ่มขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เช่น การทำงานของตับอ่อนผิดปกติ โรคของต่อมไร้ท่อ มีอายุมากกว่า 35 ปี ดัชนีมวลกายมากกว่า 27 กก./ม.² มีประวัติครรภ์ก่อนเป็นเบาหวาน เคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม (กนกวรรณ ฉันทะมณฑล, 2559) โดยสาเหตุมาจากขณะตั้งครรภ์ รกมีการสร้างฮอร์โมน human placental lactogen ก่อให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน ซึ่งมักเกิดในช่วงอายุครรภ์ 24–28 สัปดาห์ และเพิ่มสูงสุดในช่วงอายุครรภ์ 34–36 สัปดาห์ ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญของร่างกาย ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดของทารกจะเท่ากับระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดของมารดา (มณีภรณ์ โสมานุสรณ์, ดวงหทัย ศรีสุจริต, ปราชญาวดี ยมานันตกุล, ปราณี แสดคง, และวัจมี สุขวนวัฒน์, 2551) โดยภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้านมารดา ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ครรภ์แฝดน้ำ การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะและในช่องคลอด ภาวะคลอดยาก ภาวะตกเลือดหลังคลอด และภาวะคลอดก่อนกำหนด ส่วนภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้านทารก ได้แก่ ทารกพิการแต่กำเนิด ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะบิลิรูบินในเลือดสูง และภาวะตายคลอด (อุ้นใจ กอนันตกุล, 2551) ซึ่งการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ทำได้โดยการดื่มสารละลายน้ำตาลกลูโคส 50 กรัม (50 gm glucose challenge test [GCT]) แล้วตรวจเลือดหลังดื่มสารละลาย 1 ชั่วโมง หากผลการตรวจผิดปกติ (ระดับน้ำตาลในเลือด ≥ 140 mg/dl) จะได้รับการตรวจเลือดหลังดื่มน้ำและอาหาร (FBS) และการดื่มสารละลายน้ำตาลกลูโคส 100 กรัม (100 gm oral glucose tolerance test [OGTT]) แล้วตรวจเลือดหลังดื่มสารละลาย 1 ชั่วโมง 2 ชั่วโมง และ 3 ชั่วโมง ตามลำดับ หากค่า FBS ปกติ และค่า OGTT ผิดปกติ 2 ค่าขึ้นไป จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิด A1

และหากค่า FBS ผิดปกติ และค่า OGTT ผิดปกติ 1 ค่าขึ้นไป จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิด A2 โดยอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยของกลุ่มข้อมูลเบาหวานแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (National Diabetes Data Group) ที่ระบุว่า ค่าปกติของ FBS คือ < 105 mg/dl และค่าปกติของ OGTT ที่ 1, 2 และ 3 ชั่วโมง คือ < 190 mg/dl, < 165 mg/dl และ < 145 mg/dl ตามลำดับ (กนกวรรณ ฉันทะมณฑล, 2559) ทั้งนี้ในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ต้องมีการจัดการตนเองที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณี สุวรรณรัตน์, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์ (2562) ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นกระบวนการที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987) กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่ผสมผสานระหว่างการให้ความรู้กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อให้บุคคลเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต นำไปสู่เป้าหมายของการมีสุขภาพดี และให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน การที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นเป็นสิ่งที่กระทำได้ยาก และมีแนวโน้มที่บุคคลจะไม่สามารถกระทำได้อย่างต่อเนื่อง ปัจจัยสำคัญที่เป็นสิ่งจูงใจให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ ปัจจัยด้านความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้บุคคลเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต นำไปสู่เป้าหมายของการมีสุขภาพดี

โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์เป็นโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดชัยภูมิ พบอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์ในช่วงปี พ.ศ. 2558-2561 คิดเป็นร้อยละ 1.80, 1.56, 1.60 และ 4.10 ตามลำดับ (โรงพยาบาล บำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ, 2561) ซึ่งมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้น และพบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น การคลอด ติดไหล่ ทารกเสียชีวิต มารดาตกเลือดหลังคลอด ทารก ตัวเหลือง จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงประเมินสภาพ ปัญหาของหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดย การสัมภาษณ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีรสหวาน ดื่มน้ำอัดลม และมีภาวะ เครียดจากการปรับตัว จากสภาพปัญหาดังกล่าว ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยต่างๆ และทฤษฎีการส่งเสริม สุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987) พบว่า ปัจจัย สำคัญที่เป็นสิ่งจูงใจให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ ปัจจัยด้านความคิด ความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อ พฤติกรรม ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดย เชื่อว่า หากหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพในด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม จะสามารถ ป้องกันการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ อันนำไปสู่ ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีทั้งของหญิงตั้งครรภ์และทารก ในครรภ์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ของการ สร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริม สุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการสร้างเสริม สุขภาพ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ของการ สร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริม

สุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการสร้างเสริม สุขภาพ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ระหว่าง กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

3. เพื่อศึกษาผลการวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะ ตั้งครรภ์โดยสูติแพทย์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

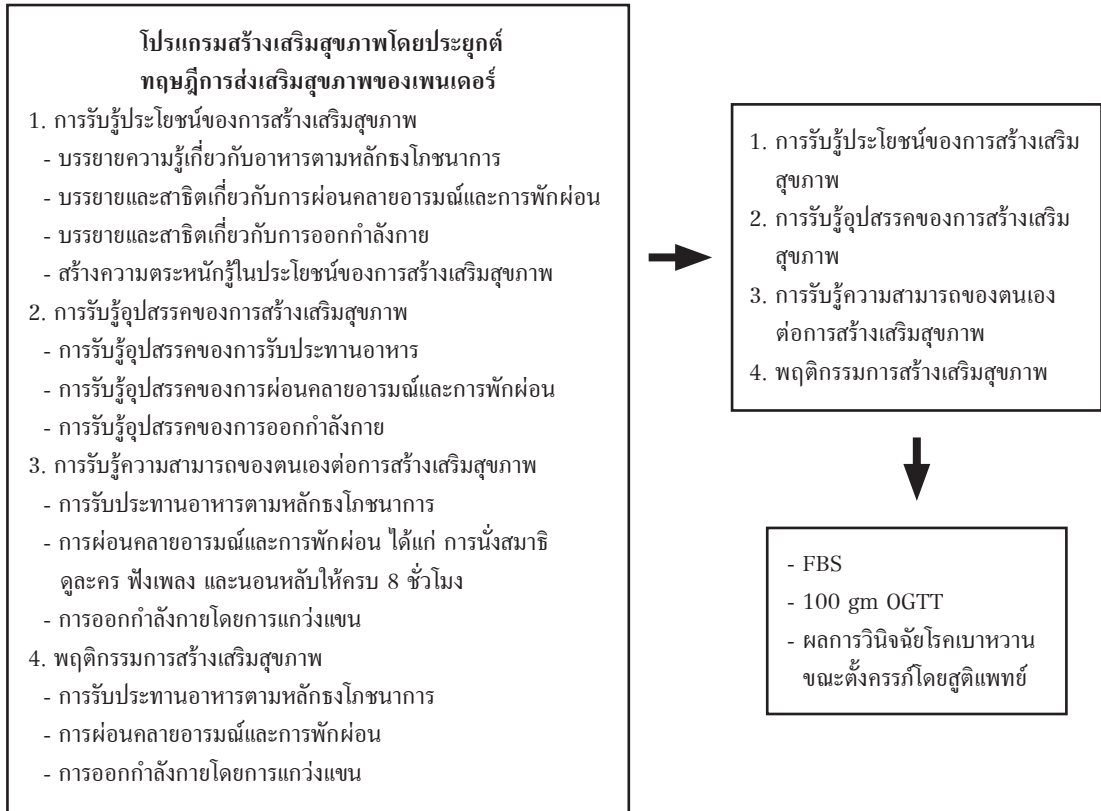
1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ คะแนน เฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ คะแนน เฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการสร้างเสริม สุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ คะแนน เฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ คะแนน เฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการสร้างเสริม สุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับการวินิจฉัย โดยสูติแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์น้อยกว่า กลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดการดูแลสร้างเสริม สุขภาพและทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987) มาประยุกต์ในการพัฒนาโปรแกรม สร้างเสริมสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาล ในเลือดสูง ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ที่ส่งเสริมให้ หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกิดการรับรู้ ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรค ของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถ ของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการ สร้างเสริมสุขภาพ โดยเป็นกิจกรรมสนทนาเพื่อ

หาปัญหาและแนวทางแก้ไขให้ตรงกับปัญหาของหญิงตั้งครรภ์ มีการให้ความรู้ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ โดยมีการติดตามกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัวผ่านทางโทรศัพท์ทุก 3 วัน เป็นเวลา 4 สัปดาห์ เพื่อนำไปสู่

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง อันจะช่วยป้องกันการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ต่อไป สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (GCT \geq 140 mg/dl) ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์

และโรงพยาบาลหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีภาวะอ้วน (BMI $>$ 28 กก./ม.²) หรือตั้งครรภ์แฝด หรือมีพันธุกรรมโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง/โรคต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ หรือมีอายุเกิน 35 ปี และ 2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมเกิน 1 ครั้ง 2) ย้ายภูมิลำเนา

หรือย้ายสถานที่ฝากครรภ์ 3) ได้รับการยุติการตั้งครรภ์ จากสูติแพทย์ และ 4) ขอดอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณตามสหสัมพันธ์ที่มี ผลการทดลองขนาดใหญ่ โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน รวม จำนวน 40 คน โดยกำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ที่มารับ บริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ เป็นกลุ่มทดลอง และหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลหนองบัวแดง เป็นกลุ่ม ควบคุม ทั้งนี้ เลือกลุ่มตัวอย่างโดยการจับคู่ตามดัชนี มวลกาย อายุ และอายุครรภ์ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ทฤษฎีการส่งเสริม สุขภาพของเพนเดอร์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิด การดูแลสร้างเสริมสุขภาพและทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ ของเพนเดอร์ (Pender, 1987) มีส่วนประกอบดังนี้

1.1 การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริม สุขภาพ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที กิจกรรมประกอบด้วย การบรรยายประโยชน์ของการรับประทานอาหารที่มี ประโยชน์ตามหลักธงโภชนาการ การบรรยายและสาธิต เกี่ยวกับการผ่อนคลายอารมณ์และการพักผ่อน ได้แก่ การนั่งสมาธิ การดูละคร การฟังเพลง และการนอนหลับ ให้ครบ 8 ชั่วโมง การบรรยายและสาธิตเกี่ยวกับการออก กกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์โดยการแกว่ง แขน และการสร้างความตระหนักรู้ในประโยชน์ของ การสร้างเสริมสุขภาพ สื่อที่ใช้ ได้แก่ เอกสารแผ่นพับ และ PowerPoint โดยมีการกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัว ผ่านทางโทรศัพท์ทุก 3 วัน เป็นเวลา 4 สัปดาห์

1.2 การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริม สุขภาพ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที กิจกรรมประกอบด้วย การซักถาม ให้แสดงความคิดเห็น และบรรยายถึงอุปสรรค

ของการรับประทานอาหาร การผ่อนคลายอารมณ์และ การพักผ่อน และการออกกำลังกาย มีการซักถามถึง อุปสรรคของแต่ละคนเพื่อให้ทราบปัญหาในการไม่ปฏิบัติ กิจกรรม และหาแนวทางในการจัดการแก้ไขปัญหาเพื่อ ให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ได้อย่างต่อเนื่อง สื่อที่ ใช้ ได้แก่ เอกสารแผ่นพับ และ PowerPoint โดยมีการกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัวผ่านทางโทรศัพท์ทุก 3 วัน เป็นเวลา 4 สัปดาห์

1.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการสร้างเสริมสุขภาพ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที กิจกรรมประกอบด้วย การซักถาม ให้แสดงความคิดเห็น และบรรยายถึงความสามารถของหญิงตั้งครรภ์ใน การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ตามหลักธงโภชนาการ การผ่อนคลายอารมณ์และการพักผ่อน ได้แก่ การนั่ง สมาธิ การดูละคร การฟังเพลง และการนอนหลับให้ ครบ 8 ชั่วโมง และการออกกำลังกายโดยการแกว่งแขน สื่อที่ใช้ ได้แก่ PowerPoint โดยมีการกระตุ้นเตือน การปฏิบัติตัวผ่านทางโทรศัพท์ทุก 3 วัน เป็นเวลา 4 สัปดาห์

1.4 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ใช้ เวลาประมาณ 30 นาที กิจกรรมประกอบด้วย การให้ คำแนะนำในการรับประทานอาหารตามหลักธงโภชนาการ โดยยกตัวอย่างรายการอาหารแนะนำตามท้องถิ่น การไม่ ดื่มน้ำอัดลม และการงดอาหารรสหวาน การผ่อนคลาย อารมณ์และการพักผ่อน ได้แก่ การนั่งสมาธิ การดูละคร การฟังเพลง และการนอนหลับให้ครบ 8 ชั่วโมง หากมี ความเครียดให้มาพบพยาบาล และการออกกำลังกาย โดยการแกว่งแขนครั้งละ 30 นาที จำนวน 4-5 ครั้งต่อ สัปดาห์ สื่อที่ใช้ ได้แก่ เอกสารแผ่นพับ และ YouTube โดยมีการกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัวผ่านทางโทรศัพท์ ทุก 3 วัน เป็นเวลา 4 สัปดาห์

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล มี 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ

ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ประวัติพันธุกรรมโรคเบาหวาน ประวัติการคลอดบุตรที่มีน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม ประวัติทารกเสียชีวิตในครรภ์ และการมีอาการปัสสาวะบ่อย จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ประโยชน์ฯ ในระดับปรับปรุง (1.00-2.00 คะแนน) ในระดับพอใช้ (2.01-3.00 คะแนน) ในระดับปานกลาง (3.01-4.00 คะแนน) และในระดับดี (4.01-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 7 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้อุปสรรคฯ ในระดับปรับปรุง (1.00-2.00 คะแนน) ในระดับพอใช้ (2.01-3.00 คะแนน) ในระดับปานกลาง (3.01-4.00 คะแนน) และในระดับดี (4.01-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน

10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองฯ ในระดับปรับปรุง (1.00-2.00 คะแนน) ในระดับพอใช้ (2.01-3.00 คะแนน) ในระดับปานกลาง (3.01-4.00 คะแนน) และในระดับดี (4.01-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 7 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติประจำ ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับปรับปรุง (1.00-2.00 คะแนน) ในระดับพอใช้ (2.01-3.00 คะแนน) ในระดับปานกลาง (3.01-4.00 คะแนน) และในระดับดี (4.01-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 6 แบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 1) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ FBS และ 100 gm OGTT ของห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ และโรงพยาบาลหนองบัวแดง ที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องวิเคราะห์ผลโดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 9 นครราชสีมา และ 2) ผลการวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์โดยสูติแพทย์ โดยใช้เกณฑ์ คือ หากค่า FBS ปกติ และค่า OGTT ผิดปกติ 2 ค่าขึ้นไป จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิด A1 และหากค่า FBS ผิดปกติ และค่า OGTT ผิดปกติ 1 ค่าขึ้นไป จะวินิจฉัยว่าเป็นโรค

เบาะหวนขณะตั้งครุฑชนิด A2

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ทฤษฎี การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์มหาวิทยาลัยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล สุนัขศาสตร์ อาจารย์มหาวิทยาลัยผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย และสุนััขแพทย์ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ในช่วง .76-.86 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ฯ แบบสอบถาม การรับรู้อุปสรรคฯ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถ ของตนเองฯ และแบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริม สุขภาพ ไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครุฑที่มารับบริการที่ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยใหญ่ จังหวัดชัยภูมิ ที่มี คุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่า เท่ากับ .86, .84, .85 และ .76 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยนครราชสีมา (เอกสารรับรอง เลขที่ NMCEC- 0002/2562 วันที่ 15 ธันวาคม 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและ เก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจาก การวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็น ความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะ นำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหนองบัวแดง ประสานงานกับพยาบาล วิชาชีพแผนกฝากครรภ์ และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ห้อง ฝากครรภ์ โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ เป็นรายบุคคลใน ขณะที่ยอดตรวจ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่ม ตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ แบบสอบถาม การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ แบบสอบถาม การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ก่อน การทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 30-40 นาที

3. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่ห้อง ฝากครรภ์ โรงพยาบาลหนองบัวแดง เป็นรายบุคคลใน ขณะที่ยอดตรวจ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่ม ตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ ประโยชน์ฯ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคฯ แบบสอบถาม การรับรู้ความสามารถของตนเองฯ และแบบสอบถาม พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 30-40 นาที

4. ในสัปดาห์ที่ 1-4 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่มุม ด้านหนึ่งของแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ เป็นรายบุคคลในขณะที่ยอดตรวจ ให้เข้าร่วมกิจกรรมตาม โปรแกรมทั้งการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ ความสามารถของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีการกระตุ้นเตือน การปฏิบัติตัวผ่านทางโทรศัพท์ทุก 3 วัน เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมให้ปฏิบัติตามแนวทางการฝาก ครรภ์ของโรงพยาบาลหนองบัวแดง โดยนักโภชนาการ

ให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร ประเมินภาวะขาดสารอาหาร และแนะนำวิธีการควบคุมอาหาร พร้อมยกตัวอย่างรายการอาหารที่เหมาะสมกับโรค ส่วนพยาบาลเน้นย้ำเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในทุกครั้งที่มาพบแพทย์ พร้อมตรวจดูน้ำหนักและระดับน้ำตาลในเลือดก่อนพบแพทย์ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ประกอบการให้คำแนะนำ

5. ในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลแม่เหล็กนครศรี เป็นรายบุคคลในขณะที่รอตรวจ ให้ตอบแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ฯ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคฯ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองฯ และแบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยให้เวลา 30 นาที จากนั้นให้กลุ่มทดลองได้รับการตรวจ FBS และ 100 gm OGTT (ซึ่งจะแปลผลการวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์โดยสูติแพทย์) และผู้วิจัยบันทึกผลลงในแบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หลังการทดลอง (post-test)

6. ในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลหนองบัวแดง เป็นรายบุคคลในขณะที่รอตรวจ ให้ตอบแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ฯ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคฯ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองฯ และแบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยให้เวลา 30 นาที จากนั้นให้กลุ่มควบคุมได้รับการตรวจ FBS และ 100 gm OGTT (ซึ่งจะแปลผลการวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์โดยสูติแพทย์) และผู้วิจัยบันทึกผลลงในแบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หลังการทดลอง (post-test)

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนกรกฎาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการสร้างเสริม

สุขภาพ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ การเปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ฯ การรับรู้อุปสรรคฯ การรับรู้ความสามารถของตนเองฯ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลผลการวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์โดยสูติแพทย์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 15-39 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 28.25 ปี ($SD = 6.62$) มีการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส. มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 28 กก./ม.² มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55 ทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีประวัติพันธุกรรมโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 70 ไม่มีประวัติการคลอดบุตรที่มีน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม คิดเป็นร้อยละ 85 ไม่มีประวัติทารกเสียชีวิตในครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 85 และมีอาการปัสสาวะบ่อยตั้งแต่ 8 ครั้งขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่ามีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 17-41 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 30.95 ปี ($SD = 6.75$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส. คิดเป็นร้อยละ 60 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง

5,000–10,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45 ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 28 กก./ม.² คิดเป็นร้อยละ 60 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 80 มีประวัติพันธุกรรมโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 80 ทั้งหมดไม่มีประวัติการคลอดบุตรที่มีน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม คิดเป็นร้อยละ 100 ไม่มีประวัติทารกเสียชีวิตในครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 100 และมีอาการปัสสาวะบ่อยตั้งแต่ 8 ครั้งขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 65

2. การเปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.630, p < .001$; $t = 6.560, p < .001$; $t = 2.590, p < .05$ และ $t = 4.500, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคฯ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองฯ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p
	M	SD	M	SD		
กลุ่มทดลอง (n = 20)						
การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ	3.70	.37	4.25	.23	6.630	< .001
การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ	3.58	.22	3.84	.22	6.560	< .001
การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ	4.33	.33	4.44	.30	2.590	.018
พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	3.15	.33	3.30	.30	4.500	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 20)						
การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ	3.55	.44	3.85	.38	3.010	.070
การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ	3.34	.73	3.69	.62	2.400	.260
การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ	4.03	.69	4.28	.58	1.670	.110
พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	2.88	.65	3.23	.49	2.510	.210

3. การเปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($t = 44.730, p < .001$; $t = 69.880, p < .001$; $t = 58.060, p < .001$ และ $t = 41.870, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ฯ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคฯ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองฯ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 81.000, p < .001$; $t = 76.360, p < .001$; $t = 65.070, p < .001$ และ $t = 48.700, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง						
การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ	3.70	.37	3.55	.44	44.730	< .001
การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ	3.58	.22	3.34	.73	69.880	< .001
การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ	4.33	.33	4.03	.69	58.060	< .001
พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	3.15	.33	2.88	.65	41.870	< .001
หลังการทดลอง						
การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ	4.25	.23	3.85	.38	81.000	< .001
การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ	3.84	.22	3.69	.62	76.360	< .001
การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ	4.44	.30	4.28	.58	65.070	< .001
พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	3.30	.30	3.23	.49	48.700	< .001

4. ระดับน้ำตาลในเลือดจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง

มีค่าเฉลี่ย FBS ค่าเฉลี่ย 100 gm 1 h OGTT ค่าเฉลี่ย 100 gm 2 h OGTT และค่าเฉลี่ย 100 gm 3 h OGTT ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	กลุ่มทดลอง (n = 20)			กลุ่มควบคุม (n = 20)		
	min-max	M	SD	min-max	M	SD
FBS (mg/dl)	68-100	78.20	8.03	61-132	86.80	16.70
100 gm 1 h OGTT (mg/dl)	107-213	156.75	24.26	107-278	177.90	43.71
100 gm 2 h OGTT (mg/dl)	100-172	135.95	19.79	81-260	147.30	43.55
100 gm 3 h OGTT (mg/dl)	88-163	123.80	20.41	69-239	126.80	41.43

5. ผลการวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์โดยสูติแพทย์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับ

การวินิจฉัยโดยสูติแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์โดยสูติแพทย์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ผลการวินิจฉัย	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ	19	95.00	14	70.00
โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิด A1	1	5.00	4	20.00
โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิด A2	-	-	2	10.00

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริม

สุขภาพ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์

ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง อันเป็นการตัดสินใจในความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเฉพาะเรื่องภายใต้สภาวะต่างๆ เมื่อบุคคลรับรู้ถึงทักษะหรือความสามารถของตนก็จะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อการมีสุขภาพที่ดี (Pender, 1987) ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาปัญหาและความต้องการของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลอง นำปัญหามาวิเคราะห์ และสังเคราะห์กิจกรรมภายใต้แนวคิดการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อพัฒนากิจกรรมให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดย 1) กิจกรรมตามแนวคิดการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วย การบรรยายประโยชน์ของการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ตามหลักธงโภชนาการ การบรรยายและสาธิตเกี่ยวกับการผ่อนคลายอารมณ์และการพักผ่อน การออกกำลังกายที่เหมาะสมโดยการแกว่งแขน และการสร้างความตระหนักรู้ในประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ โดยให้ดูวีดิทัศน์เกี่ยวกับผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ส่งผลต่อมารดาและทารกในครรภ์ 2) กิจกรรมตามแนวคิดการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วย การซักถามให้แสดงความคิดเห็น และบรรยายถึงอุปสรรคของการรับประทานอาหาร การผ่อนคลายอารมณ์และการพักผ่อน และการออกกำลังกาย มีการซักถามถึงอุปสรรคของแต่ละคนเพื่อให้ทราบปัญหาในการไม่ปฏิบัติกิจกรรม และหาแนวทางในการจัดการแก้ไขปัญหาเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้อย่างต่อเนื่อง 3) กิจกรรมตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ในการสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วย การซักถามให้แสดงความคิดเห็น และบรรยายถึงความสามารถของหญิงตั้งครรภ์ในการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ตามหลักธงโภชนาการ การผ่อนคลายอารมณ์และการพักผ่อน และการออกกำลังกายโดยการแกว่งแขน และ 4) กิจกรรมตามแนวคิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วย การให้คำแนะนำในการรับประทานอาหารตามหลักธงโภชนาการ โดยยกตัวอย่างรายการอาหารแนะนำตามท้องถิ่น การไม่ดื่มเครื่องดื่ม และการงดอาหารรสหวาน การผ่อนคลายอารมณ์และการพักผ่อน หากมีความเครียดให้มาพบพยาบาล และการออกกำลังกายโดยการแกว่งแขนครั้งละ 30 นาที จำนวน 4-5 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยมีการกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัวผ่านทางโทรศัพท์ทุกวัน เป็นเวลา 4 สัปดาห์

เมื่อกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมข้างต้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ เช่น รับประทานอาหารตามหลักธงโภชนาการอย่างต่อเนื่อง งดอาหารที่มีรสหวาน ไม่ดื่มเครื่องดื่ม ประกอบอาหารรับประทานเอง ทำสมาธิ ดูละคร ดูตลก ฟังเพลง หากมีความวิตกกังวลหรือความเครียดจะมาปรึกษาและพูดคุยกับพยาบาล มีการพักผ่อนในเวลากลางคืนครบ 8 ชั่วโมง ออกกำลังกายโดยการแกว่งแขน ส่งผลให้หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย FBS ค่าเฉลี่ย 100 gm 1 h OGTT ค่าเฉลี่ย 100 gm 2 h OGTT และค่าเฉลี่ย 100 gm 3 h OGTT ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และได้รับการวินิจฉัยโดยสูติแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์น้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณี สุวรรณรัตน์ และคณะ (2562) ที่พบว่า หญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร วัฒนเรืองโกวิท และอมรรัตน์ สุนทรพุทธศาสตร์ (2563) ที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยเบาหวาน

ชนิดที่ 2 มีน้ำตาลสะสมในเลือดน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของจันทรา สุวรรณอยู่ศิริ และรักชนก จันทร์เพ็ญ (2562) ที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น และค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของรัชฎักษณ์ ตั้งธรรมพิทักษ์ (2562) ที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีขึ้น และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ลดลง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณรัชช ปัญญาไส, พิชามณูชู้ ภูเจริญ, และณิชกมล เปียอยู่ (2560) ที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
บุคลากรสุขภาพควรนำโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์นี้ ไปใช้ในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของหญิงตั้งครรภ์ และเพิ่มระยะเวลาดำเนินการเป็นอย่างน้อย 3 เดือน
2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป
ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติอื่น ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน

เอกสารอ้างอิง

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

กรรณรัชช ปัญญาไส, พิชามณูชู้ ภูเจริญ, และณิชกมล เปียอยู่. (2560). การประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 28(1), 51–62.

กฤษฎี สุวรรณรัตน์, ดติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์. (2562). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 30(2), 1–13.

จันทรา สุวรรณอยู่ศิริ, และรักชนก จันทร์เพ็ญ. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จ.ราชบุรี. *วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล*, 4(1), e0049.

ดวงพร วัฒนเรืองโกวิท, และอมรรัตน์ สุนทรพุทธศาสตร์. (2563). การพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลยโสธร. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(1), 78–86.

รัชฎักษณ์ ตั้งธรรมพิทักษ์. (2562). ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนบ้านหนองนาสร้าง จังหวัดร้อยเอ็ด. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 34(3), 243–248.

ประภัทร วานิชพงษ์พันธุ์. (2560). *บทบาทพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์*. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.

มณีภรณ์ โสมานุสรณ์, ดวงหทัย ศรีสุจริต, ประชาญาวดี ยมานันตกุล, ปราณี แสดคง, และวัจมาย์ สุขวนวัฒน์. (2551). *การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์: ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์*. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.

- โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ. (2561). รายงานสถิติประจำปี 2561. ชัยภูมิ: ผู้แต่ง.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2559). อัตราการคลอดมีชีพในมารดาหลังคลอด พ.ศ. 2559. สืบค้นจาก http://rh.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=152
- อุ๋นใจ กอนันตกุล. (บ.ก.). (2551). การตั้งครรรภ์ ความเสี่ยงสูง (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- International Diabetes Federation. (2017). *Care & prevention: Gestational diabetes*. Retrieved from <https://www.idf.org/our-activities/care-prevention/gdm>
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). New York: Appleton & Lange.
-

**ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม
และการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ในสตรีครรภ์แรก
สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว***
**Pregnancy-specific Stress, Social Support,
and Prenatal Coping among Primigravid Women,
the Lao People's Democratic Republic***

ไสโสดา ฟองภักดี, พย.ม. (การผดุงครรภ์)¹

Saisoda Fongphakdy, M.N.S. (Midwifery)¹

ฉวี เมาทรวง, พย.ด. (การพยาบาล)²

นันทพร แสนศิริพันธ์, พย.ด. (การพยาบาล)³

Chavee Baosoung, Ph.D. (Nursing)²

Nantaporn Sansiriphun, Ph.D. (Nursing)³

Received: August 30, 2022

Revised: November 14, 2022

Accepted: November 16, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม กับการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ในสตรีครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลแม่และเด็กแรกเกิดแขวงนครหลวงเวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว จำนวน 85 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ มีค่าความเชื่อมั่น .82 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .92 และแบบสอบถามการเผชิญความเครียดขณะ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: saisoda.larnoy@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

ตั้งครรภ์ มีค่าความเชื่อมั่น .93 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า สตรีครรภ์แรกมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์โดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 69.65, SD = 14.41$) ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ของสตรีครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .282, p < .01$ และ $r = .652, p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลผดุงครรภ์ควรมีการส่งเสริมการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ในสตรีครรภ์แรก โดยคำนึงถึงปัจจัยความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

คำสำคัญ: ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ สตรีครรภ์แรก

Abstract

This descriptive correlational research aimed to explore the relationships of pregnancy-specific stress, social support, and prenatal coping among primigravid women. The samples consisted of 85 primigravid women who received antenatal care at the Maternal and Newborn Hospital, Vientiane Province, the Lao People's Democratic Republic. The research instruments included the demographic data questionnaire, the pregnancy-specific stress questionnaire with reliability of .82, the social support questionnaire with reliability of .92, and the prenatal coping questionnaire with reliability of .93. Data were collected from May to July, 2020. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation.

The research results revealed that the primigravid women demonstrated overall mean score of prenatal coping at a moderate level ($M = 69.65, SD = 14.41$). Pregnancy-specific stress and social support were positively statistically significantly related to prenatal coping among primigravid women ($r = .282, p < .01$ and $r = .652, p < .001$, respectively).

This research suggests that the nurse-midwives should promote prenatal coping among primigravid women by considering pregnancy-specific stress and social support factors for better health outcomes of both pregnant women and their fetuses.

Keywords: Pregnancy-specific stress, Social support, Prenatal coping, Primigravid women

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์เป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติของสตรี ซึ่งเป็นช่วงของการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียด เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและความต้องการทั้งด้านสรีระและจิตสังคมของการตั้งครรภ์ไปพร้อม ๆ กัน (Lederman & Weis, 2009) โดยเฉพาะในสตรีครรภ์แรกจะเกิดความเครียดแตกต่างจากสตรีครรภ์หลัง เนื่องจากต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงและความต้องการที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน (Rieger & Heaman, 2016) ความเครียดขณะตั้งครรภ์มีความสำคัญ เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่า กระบวนการที่ร่างกายถูกกระตุ้นหรือถูกความจนเกิดความเครียดจะทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงและขาดสมดุลทางสรีรวิทยา ชีววิทยา และชีวเคมี โดยพบว่า ความเครียดขณะตั้งครรภ์ระดับสูงมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ และการคลอดที่ไม่พึงประสงค์ ที่สำคัญได้แก่ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย และทารกเกิดภาวะแทรกซ้อน (Alderdice & Lynn, 2009)

ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ (pregnancy-specific stress) ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) หมายถึง การรับรู้ความตึงเครียดตามการประเมินทางสติปัญญาของสตรีตั้งครรภ์ต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเนื่องจากการตั้งครรภ์ โดยสตรีตั้งครรภ์ประเมินขั้นปฐมภูมิว่า การตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดมากน้อยเพียงใด หากประเมินว่าการตั้งครรภ์นั้นคุกคามต่อสวัสดิภาพหรือความผาสุกของตนเอง สตรีตั้งครรภ์ก็จะเกิดความเครียด และต่อมาสตรีตั้งครรภ์จะประเมินขั้นทุติยภูมิว่ามีแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลและแหล่งประโยชน์ด้านสิ่งแวดล้อมเพียงพอที่จะจัดการกับความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ได้หรือไม่ หากมีแหล่งประโยชน์เพียงพอจะประเมินว่าไม่มีความเครียด หากมีแหล่งประโยชน์ไม่เพียงพอจะประเมินว่ามีความเครียด (Lobel et al., 2008)

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ เริ่มโดย Yali and Lobel (1999) ได้ศึกษาความตึงเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ โดยพัฒนาแบบสอบถามความตึงเครียดขณะตั้งครรภ์ (Prenatal Distress Questionnaire) และศึกษาในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีความตึงเครียดในระดับสูงเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด อาการไม่สบายทางกาย การเจ็บครรภ์และการคลอด การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว และการมีบุตรที่สุขภาพไม่แข็งแรง ต่อมา Lobel et al. (2008) ได้ศึกษาต่อเนื่องเพิ่มเติม โดยให้ชื่อเป็น ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ และได้ปรับปรุงแบบสอบถามขึ้นใหม่ (Revised Prenatal Distress Questionnaire) และศึกษาในสตรีตั้งครรภ์พบว่า ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูบบุหรี่ การดื่มกาแฟ และการรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการออกกำลังกาย การใช้วิตามินเสริม และการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ

การเผชิญความเครียด (coping) ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) หมายถึง ความพยายามทางสติปัญญาหรือทางพฤติกรรมในการจัดการหรือควบคุมความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างเฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ที่เป็นต้นเหตุของความเครียด ในการเผชิญความเครียดนั้นจะมีผลให้เกิดอารมณ์สืบเนื่องตามมา ซึ่งการเผชิญความเครียดที่เป็นการปรับตัวที่ดี (adaptive coping) หรือการเผชิญความเครียดทางบวก หมายถึง การเผชิญความเครียดที่สัมพันธ์กับการเกิดอารมณ์ตึงเครียดตามมาน้อย ในขณะที่การเผชิญความเครียดที่เป็นการปรับตัวที่ไม่ดี (maladaptive coping) หรือการเผชิญความเครียดทางลบ หมายถึง การเผชิญความเครียดที่สัมพันธ์กับการเกิดอารมณ์ตึงเครียดตามมามาก โดยการเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต เปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ ความเครียดและตามลักษณะบุคลิกภาพของบุคคล ซึ่งหน้าที่ของการเผชิญความเครียดแบ่งออกเป็น 2 แบบ

คือ 1) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา (problem-focused coping) หมายถึง วิธีการเผชิญความเครียดที่มุ่งเน้นไปที่การแก้ไขหรือจัดปัญหาหรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยการพยายามกำหนดขอบเขตของปัญหา หาทางเลือก ตัดสินใจเลือก และลงมือแก้ไขปัญหานั้น โดยบุคคลจะใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ความเครียดที่บุคคลสามารถกำหนดขอบเขตหรือควบคุมสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้นได้ และ 2) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ (emotion-focused coping) หมายถึง วิธีการเผชิญความเครียดที่บุคคลพยายามจัดการหรือบรรเทาอารมณ์หรือความรู้สึกทางลบที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากสถานการณ์ความเครียด โดยบุคคลจะใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์เมื่อมองว่าสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้นไม่สามารถกำหนดขอบเขตหรือควบคุมได้ ซึ่งบุคคลจะใช้รูปแบบหรือวิธีการเผชิญความเครียดที่หลากหลายในการตอบสนองต่อสถานการณ์ความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984)

Hamilton and Lobel (2008) ได้ให้นิยามของการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ โดยอธิบายตามแนวคิดการเผชิญความเครียด ของ Lazarus and Folkman (1984) หมายถึง การแสดงออกทางความคิดและพฤติกรรมที่สตรีตั้งครรภ์พยายามใช้ในการบรรเทาควบคุม และจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 1) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบวางแผน-เตรียมพร้อม และ 2) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงแบบประเมินทางบวก และแบบสวดอธิษฐาน ทั้งนี้ การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ได้แก่ การศึกษาของ Yali and Lobel (1999) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงในช่วงไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ พบว่า สตรีตั้งครรภ์

ใช้การเผชิญความเครียดแบบสวดอธิษฐานบ่อยและสม่ำเสมอ ร้อยละ 86 และใช้การเผชิญความเครียดแบบประเมินทางบวกบ่อยและสม่ำเสมอ ร้อยละ 64 และพบว่า การเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยง และแบบเตรียมสำหรับการเป็นมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตึงเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ และการเผชิญความเครียดแบบประเมินทางบวกมีความสัมพันธ์ทางลบกับความตึงเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ ส่วนการศึกษาของ Hamilton and Lobel (2008) ที่ศึกษาเกี่ยวกับชนิดและรูปแบบของการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีการเผชิญความเครียด 3 แบบ ได้แก่ แบบวางแผน-เตรียมพร้อม (planning-preparation) แบบหลีกเลี่ยง (avoidance) และแบบความเชื่อทางจิตวิญญาณทางบวก (spiritual-positive coping) พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีการเผชิญความเครียดแบบความเชื่อทางจิตวิญญาณทางบวกมากที่สุด รองลงมา คือ แบบวางแผน-เตรียมพร้อม และที่น้อยที่สุด คือ แบบหลีกเลี่ยง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์แรกทีเป็น การตั้งครรภ์ปกติ พบการศึกษา 2 เรื่อง คือ การศึกษาในสตรีตั้งครรภ์แรกที่มีความเสี่ยงปกติ พบว่า ในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์น้อยกว่าแบบมุ่งแก้ไขปัญหา ในช่วงไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ใช้การเผชิญความเครียดทั้งสองแบบบ่อยใกล้เคียงกัน และในช่วงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์น้อยกว่าแบบมุ่งแก้ไขปัญหาเล็กน้อย (Huizink, de Medina, Mulder, Visser, & Buitelaar, 2002) และการศึกษาในสตรีครรภ์แรกที่มีสุขภาพดี พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีการเผชิญความเครียดแบบสวดอธิษฐานบ่อยที่สุด รองลงมา คือ แบบเตรียมสำหรับการเป็นมารดา และแบบการประเมินทางบวก ตามลำดับ ซึ่งจัดเป็นวิธีการเผชิญความเครียดทางบวก โดยใช้บ่อยกว่าแบบหลีกเลี่ยง และแบบใช้

อารมณ์ทางลบ ซึ่งจัดเป็นวิธีการเผชิญความเครียดทางลบ (Borcherding, 2009)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของบุคคลในการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล โดยเป็นแหล่งประโยชน์ที่ส่งผลให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมและคงไว้ซึ่งสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความเครียดและการเผชิญความเครียด เมื่อบุคคลมีความเครียดเกิดขึ้น บุคคลจะจัดการกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับการที่บุคคลนั้นได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และเครือข่ายทางสังคม ซึ่งผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพอธิบายได้ 2 กระบวนการ คือ ผลโดยตรงต่อสุขภาพและผลโดยอ้อมต่อสุขภาพ หรือมีผลเป็นตัวบรรเทาหรือเป็นตัวกำกั้นที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Thoits, 1982) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อบุคคลในการลดความเครียด และส่งเสริมการปรับตัวต่อภาวะเครียด โดยการสนับสนุนทางสังคมมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินเปรียบเทียบ (House, 1981)

สตรีตั้งครรภ์มีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมตลอดการตั้งครรภ์ โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล ความเครียด ภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตที่ดี และผลลัพธ์การคลอดที่ดี โดยการสนับสนุนทางสังคมมีผลเป็นตัวบรรเทาความเครียด และมีผลส่งเสริมการเผชิญความเครียด (Cohen & Wills, 1985) จากการศึกษาในสตรีครรภ์เสี่ยงสูงพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดแบบเตรียมสำหรับการเป็นมารดา และแบบประเมิน

ทางบวก และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยง (Giurgescu, Penckofer, Maurer, & Bryant, 2006)

พยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้ที่มีโอกาสมากที่สุดในการประเมินการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์และเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมวิธีการเผชิญความเครียดทางบวกซึ่งจะส่งผลดีต่อสุขภาพทั้งของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ รวมถึงการเสนอแนะให้หลีกเลี่ยงวิธีการเผชิญความเครียดทางลบซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ อีกทั้งงานวิจัยเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดที่ผ่านมาทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยยังมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยมาใช้อ้างอิงในสตรีครรภ์แรกที่มีสุขภาพดี ชาวลาว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ในสตรีครรภ์แรก และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากเป็นปัจจัยที่พยาบาลผดุงครรภ์สามารถให้ความช่วยเหลือหรือปรับเปลี่ยนให้เกิดผลดีต่อการตั้งครรภ์ได้ ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ในสตรีครรภ์แรก เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ในสตรีครรภ์แรก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม กับ การเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ในสตรีครรภ์แรก

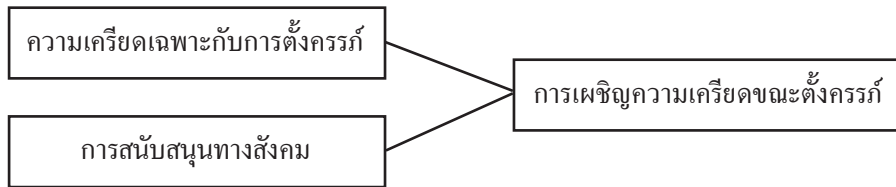
สมมติฐานการวิจัย

ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ในสตรีครรภ์แรก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) โดยการเผชิญความเครียดเป็นความพยายามทางสติปัญญาและทางพฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์ในการจัดการกับปัญหาหรือความต้องการของการตั้งครรภ์ โดยสตรีตั้งครรภ์มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา คือ การเผชิญความเครียดแบบวางแผน-เตรียมพร้อม และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ คือ การเผชิญความเครียด

แบบหลีกเลี่ยง แบบประเมินทางบวก และแบบสวดอธิษฐาน ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ ตามแนวคิดของ Lobel et al. (2008) และการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ House (1981) โดยคาดว่าความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม จะมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ในสตรีครรภ์แรก สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นสตรีครรภ์แรกที่ตั้งครรภ์ปกติชาวลาว ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลแม่และเด็กแรกเกิดแขวงนครหลวงเวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2563 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 20–35 ปี 2) อายุครรภ์ 28–41 สัปดาห์ 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมหรือสูติกรรมระหว่างตั้งครรภ์ 4) ไม่มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช 5) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาลาวได้ และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณค่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาความสัมพันธ์ตามอำนาจการทดสอบทางสถิติ (power analysis) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล

(effect size) เท่ากับ .30 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 85 คน (Polit & Beck, 2017)

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว และอายุครรภ์ จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความตึงเครียดขณะตั้งครรภ์ที่ปรับปรุงใหม่ (Revised Prenatal Distress Questionnaire) ของ Lobel et al. (2008) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยรุ่งนภา โพธิ์แสน, จันทรัตน์ เจริญสันติ,

และบ่งออร์ ศุภวิทิตพัฒนา (2562) จำนวน 17 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 0-2 ได้แก่ ไม่มีเลย บางครั้ง และมาก ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ในระดับน้อย (0-11 คะแนน) ในระดับปานกลาง (11.01-22.00 คะแนน) และในระดับมาก (22.01-34.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของ จิราวรรณ นิรมิตภาย (2551) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิด การสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินเปรียบเทียบ จำนวน ด้านละ 5 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 17 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่มีเลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย (20-47 คะแนน) ในระดับปานกลาง (48-74 คะแนน) และในระดับมาก (75-100 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการเผชิญความเครียด ขณะตั้งครรภ์ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการเผชิญความเครียด ขณะตั้งครรภ์ ของสุกัญญา ม่วงเลี้ยง, จวี เบาทรวง, และนันทพร แสนศิริพันธ์ (2562) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Hamilton and Lobel (2008) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา คือ แบบวางแผนเตรียมพร้อม จำนวน 8 ข้อ และ 2) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ คือ แบบหลีกเลี่ยง จำนวน 8 ข้อ แบบประเมินทางบวก จำนวน 5 ข้อ และแบบสวดอธิษฐาน จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวน 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน

0-4 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติ บางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ส่วน เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ในระดับน้อย (0-50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (50.01-75.00 คะแนน) และในระดับมาก (75.01-100.00 คะแนน)

การแปลแบบสอบถามเป็นภาษาลาว ผู้วิจัย นำแบบสอบถามทั้ง 4 ชุด มาแปลเป็นภาษาลาวโดยใช้ เทคนิคการแปลย้อนกลับ (back translation) ซึ่งเป็นการตรวจสอบคุณภาพของการแปล (นันทกา สวัสดิพานิช และสุจิตรา เทียนสวัสดิ์, 2554) โดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 2 ภาษา คือ ภาษาไทยและภาษาลาว จำนวน 2 คน

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถาม การเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ ไปทดลองใช้กับ สตรีครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ในโรงพยาบาล แม่และเด็กแรกเกิด แขวงนครหลวงเวียงจันทน์ ที่มี คุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่า เท่ากับ .82, .92 และ .93 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 017/2020 วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2563) และคณะกรรมการจริยธรรม การค้นคว้า สถาบันสาธารณสุขศาสตร์และการแพทย์ เสดร้อน กระทรวงสาธารณสุข สาธารณรัฐประชาธิปไตย ประชาชนลาว (เอกสารรับรอง เลขที่ 030/2563 วันที่ 30 เมษายน 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่ คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิ ในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่และเด็กแรกเกิด สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหน่วยฝากครรภ์ และพยาบาลในหน่วยฝากครรภ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกฝากครรภ์ในขณะที่ยังไม่พบแพทย์ แนะนำตัว ดำเนินการพิกัดสิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิกัดสิทธิ์ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลา 25-30 นาที ทั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกรกฎาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม กับการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีครรภ์แรก พบว่า สตรีครรภ์แรกมีอายุอยู่ในช่วง 20-25 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.06 โดยมีอายุเฉลี่ย 26.41 ปี ($SD = 4.04$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่/อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 98.82 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.76 มีอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.47 ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 68.24 มีความเพียงพอของรายได้ คิดเป็นร้อยละ 82.35 มี

ลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 54.12 และมีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 33-36 สัปดาห์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.18

2. ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ของสตรีครรภ์แรก พบว่า สตรีครรภ์แรกมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ในระดับปานกลาง ($M = 17.28, SD = 5.78$)

3. การสนับสนุนทางสังคมของสตรีครรภ์แรก พบว่า สตรีครรภ์แรกมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับมาก ($M = 83.07, SD = 9.65$)

4. การเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ของสตรีครรภ์แรก พบว่า สตรีครรภ์แรกมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์โดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 69.65, SD = 14.41$) เมื่อจำแนกเป็นรายแบบ พบว่า สตรีครรภ์แรกมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ในระดับมาก 1 แบบ คือ แบบประเมินทางบวก ($M = 16.35, SD = 2.37$) และมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ในระดับปานกลาง 3 แบบ ได้แก่ แบบวางแผน-เตรียมพร้อม ($M = 22.66, SD = 5.24$) แบบหลีกเลี่ยง ($M = 20.66, SD = 5.66$) และแบบสวดอธิษฐาน ($M = 10.14, SD = 3.75$)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม กับการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ของสตรีครรภ์แรก พบว่า ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ของสตรีครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .282, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ของสตรีครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .652, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม
กับการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ของสตรีครรภ์แรก (n = 85)

ตัวแปร	การเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์	
	r	p
ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์	.282	.009
การสนับสนุนทางสังคม	.652	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า สตรีครรภ์แรกมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์โดยรวมในระดับปานกลาง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีครรภ์แรกซึ่งจะมีความเครียดเนื่องจากต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงและความต้องการด้านสรีระและจิตสังคมที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน (Rieger & Heaman, 2016) ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์จะเป็นแรงผลักดันและกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์มีการตอบสนองออกมาเป็นการเผชิญความเครียด (Borcherding, 2009) คือ การแสดงออกทางความคิดหรือการกระทำที่สตรีครรภ์แรกพยายามใช้ในการบรรเทา ควบคุม และจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น โดยการเผชิญความเครียดแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ 1) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญห ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ คือ การเผชิญความเครียดแบบวางแผน-เตรียมพร้อม และ 2) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ คือ การเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยง แบบประเมินทางบวก และแบบสวดอธิษฐาน ทั้งนี้ ในบริบทของการเผชิญความเครียดในสถานการณ์เดียวกัน บุคคลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 2 รูปแบบ ซึ่งบุคคลมักเริ่มต้นด้วยการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ และตามด้วยการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา (Hamilton & Lobel, 2008)

การที่สตรีครรภ์แรกมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์โดยรวมในระดับปานกลางนั้น อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีแหล่งประโยชน์ด้านปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งเสริมการเผชิญความเครียด ได้แก่ การที่กลุ่มตัวอย่างทุกคนอยู่ในวัยผู้ใหญ่ โดยมีอายุเฉลี่ย 26.41 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 98.82) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด (ร้อยละ 31.76) มีอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มากที่สุด (ร้อยละ 36.47) ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 68.24) และมีความเพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 82.35) โดยบุคคลผู้ใหญ่จะมีทักษะในการแก้ไขปัญหา สามารถเลือกวิธีการเผชิญความเครียดได้เหมาะสม บุคคลที่มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกันจะได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากคู่สมรส ซึ่งจะช่วยส่งเสริมในการเผชิญความเครียด และบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง มีอาชีพที่ดี และมีรายได้เพียงพอ จะมีทางเลือกในการเผชิญความเครียดได้หลายวิธี ซึ่งแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมจะส่งผลให้บุคคลสามารถบรรเทา จำกัดขอบเขต ควบคุม และจัดการสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแบบที่เป็นการเผชิญความเครียดที่ดี (Lazarus & Folkman, 1984) ดังการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่พบว่า ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียด โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อย และสตรีตั้งครรภ์แรก มีการเผชิญ

ความเครียดแบบเตรียมสำหรับการเป็นมารดา ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาน้อย และสตรีตั้งครรภ์ที่มีรายได้น้อย มีการเผชิญความเครียดแบบใช้สารเสพติด (Yali & Lobel, 1999)

ผลการวิจัยพบว่า ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ของสตรีครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ หากกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์มากจะมีการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์มาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์เป็นการรับรู้ความตึงเครียดที่เกิดขึ้นตามการประเมินทางสติปัญญาของสตรีตั้งครรภ์ต่อการเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์และสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นเนื่องจากการตั้งครรภ์ (Lobel et al., 2008) โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีครรภ์แรกซึ่งจะเกิดความเครียดแตกต่างจากสตรีครรภ์หลัง เนื่องจากต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงและมีความต้องการด้านสรีระและจิตสังคมที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน (Rieger & Heaman, 2016) ซึ่ง Lazarus and Folkman (1984) อธิบายว่า ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจะนำไปสู่การตอบสนองต่อความเครียด ซึ่งบุคคลจะมีการตอบสนองหรือมีการเผชิญความเครียดหลากหลายรูปแบบ โดยบุคคลที่มีความเครียดมากจะมีการตอบสนองหรือมีการเผชิญความเครียดมาก ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์กับการเผชิญความเครียดในสตรีครรภ์แรกที่ตั้งครรภ์ปกติ พบเพียงการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง และเป็นการศึกษาการเผชิญความเครียดรายด้าน ดังการศึกษาของ Yali and Lobel (1999) ที่พบว่า ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดแบบการประเมินทางบวก และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยง และการศึกษาของ Hamilton and Lobel (2008) ที่พบว่า ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดแบบวางแผน และการเผชิญ

ความเครียดแบบหลีกเลี่ยง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา โพธิ์แสน และคณะ (2562) ที่พบว่า ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ของสตรีครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ หากกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์มาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล โดยเป็นแหล่งประโยชน์ที่ส่งผลให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมและคงไว้ซึ่งสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี (House, 1981) การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความเครียดและการเผชิญความเครียด โดยส่งผลในการลดความเครียด และเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของการเผชิญความเครียด โดยบุคคลจะสามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับคนที่บุคคลนั้นได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนมากหรือน้อย นั่นคือ บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก มีแนวโน้มที่จะมีการเผชิญความเครียดในทางบวกมาก (House, 1981) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการเผชิญความเครียดในสตรีครรภ์แรกที่ตั้งครรภ์ปกติ พบเพียงการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง และเป็นการศึกษาการเผชิญความเครียดรายด้าน ดังการศึกษาของ Giurgescu et al. (2006) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยง แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดแบบเตรียมสำหรับการเป็นมารดา ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา โพธิ์แสน และคณะ (2562) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลผดุงครรภ์ควรมีการส่งเสริมการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ในสตรีครรภ์แรก โดยคำนึงถึงปัจจัยความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม กับการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง และสตรีครรภ์หลัง และควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมีส่วนร่วมของบิดา

เอกสารอ้างอิง

จิราวรรณ นิรมิตถาย. (2551). *ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวด้านจิตสังคมของสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมาก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

นันทกา สวัสดิพานิช, และสุจิตรา เทียนสวัสดิ์. (2554). การแปลเครื่องมือเพื่อใช้ในงานวิจัยข้ามวัฒนธรรม: เทคนิคและประเด็นที่ต้องพิจารณา. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(1), 19–28.

รุ่งนภา โพธิ์แสน, จันทรรัตน์ เจริญสันติ, และบังอร สุภวิทพัฒนา. (2562). ความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ*, 35(1), 59–70.

สุกัญญา ม่วงเลี้ยง, นวี เมาทรวง, และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2562). ความรู้สึกไม่แน่นอนและการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ช่วงรอผลวินิจฉัยการเจาะน้ำคร่ำ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 11(1), 181–196.

Alderdice, F., & Lynn, F. (2009). Stress in pregnancy: Identifying and supporting women. *British Journal of Midwifery*, 17(9), 552–559. doi:10.12968/bjom.2009.17.9.43787

Borcherding, K. E. (2009). Coping in healthy primigravidae pregnant women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 38(4), 453–462. doi:10.1111/j.1552-6909.2009.01041.x

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. doi:10.1037/0033-2909.98.2.310

Giurgescu, C., Penckofer, S., Maurer, M. C., & Bryant, F. B. (2006). Impact of uncertainty, social support, and prenatal coping on the psychological well-being of high-risk pregnant woman. *Nursing Research*, 55(5), 356–365. doi:10.1097/00006199-200609000-00008

Hamilton, J. G., & Lobel, M. (2008). Types, patterns, and predictors of coping with stress during pregnancy: Examination of the Revised Prenatal Coping Inventory in a diverse sample. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(2), 97–104. doi:10.1080/01674820701690624

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

- Huizink, A. C., de Medina, P. G., Mulder, E. J., Visser, G. H., & Buitelaar, J. K. (2002). Coping in normal pregnancy. *Annals of Behavioral Medicine, 24*(2), 132–140. doi:10.1207/s15324796abm2402_10
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lederman, R., & Weis, K. (2009). *Psychosocial adaptation to pregnancy: Seven dimensions of maternal role development* (3rd ed.). New York: Springer.
- Lobel, M., Cannella, D. L., Graham, J. E., DeVincent, C., Schneider, J., & Meyer, B. A. (2008). Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Health Psychology, 27*(5), 604–615. doi:10.1037/a0013242
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health.
- Rieger, K. L., & Heaman, M. I. (2016). Factors associated with high levels of perceived prenatal stress among inner-city women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 45*(2), 180–195. doi: 10.1016/j.jognn.2015.12.005
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior, 23*(2), 145–159.
- Yali, A. M., & Lobel, M. (1999). Coping and distress in pregnancy: An investigation of medically high risk women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 20*(1), 39–52. doi:10.3109/01674829909075575
-

การพัฒนาแบบการจัดการทางการแพทย์เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท

Development of a Nursing Management Model for Preventing Pressure Ulcers among Neurosurgical Critical Patients

วไลพร ปักกระกา, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ¹

Walaiporn Pukkaeraka, M.N.S. (Adult Nursing) ¹

วุฒิชัย สมกิจ, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ² นิสากอร์ วิบูลชัย, Ph.D. (Nursing) ³

Wuttichai Somgit, M.N.S. (Adult Nursing) ² Nisakorn Vibulchai, Ph.D. (Nursing) ³

สุชญ์ณัฐา เดชศิริ, พย.บ. ⁴

Suchanya Dejsiri, B.N.S. ⁴

Received: October 5, 2022

Revised: December 3, 2022

Accepted: December 13, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาแบบและศึกษาประสิทธิผลของแบบการจัดการทางการแพทย์เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลมหาสารคาม ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการทางการแพทย์เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ระยะที่ 3 นำรูปแบบการจัดการทางการแพทย์เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับไปใช้ เพื่อตรวจสอบประสิทธิผล ในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท จำนวน 120 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 18 คน และระยะที่ 4 ประเมินผลปรับปรุงแก้ไข และยืนยันคุณภาพรูปแบบ เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลแผลกดทับ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบประเมินโครงสร้างรูปแบบการจัดการทางการแพทย์ แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีค่าความเชื่อมั่น 1 แบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีค่าความเชื่อมั่น .82 และแบบสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบ

^{1, 2, 4} พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาสารคาม

^{1, 2, 4} Registered Nurse, Mahasarakham Hospital

³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³ Instructor, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: nisakorn1@smnc.ac.th

การจัดการทางการพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่น .87 ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนมีนาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Mann-Whitney U test และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ปัจจัยนำเข้า มี 5 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ นโยบายและแผนพัฒนางาน โครงสร้างการบริหารการพยาบาล บทบาทและหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้นิเทศทางการพยาบาล สมรรถนะทางการพยาบาลของพยาบาล และการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการปฏิบัติการพยาบาล (2) กระบวนการ ประกอบด้วย การดำเนินการตามกรอบกระบวนการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ P-PECS Framework ได้แก่ การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ (participation) การดูแลแบบผู้ป่วย เป็นศูนย์กลาง (patients center) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาล (evidence based practice) การพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาล (nursing competency enhancement) และการนิเทศทางการพยาบาล (nursing supervision) และ (3) ผลลัพธ์ เป็นการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการบริการพยาบาลในการประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ 2) หลังการใช้รูปแบบ พบว่า ผู้ป่วยมีอัตราการเกิดแผลกดทับ ต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 100 ปฏิบัติตาม แนวปฏิบัติการพยาบาลที่กำหนด พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อคุณภาพของรูปแบบในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 86.54 และมีคะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมในระดับมาก ($M = 4.35, SD = .87$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า สถานบริการสุขภาพอื่นควรมานำรูปแบบการจัดการทางการพยาบาล ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท

คำสำคัญ: รูปแบบการจัดการทางการพยาบาล แผลกดทับ ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท

Abstract

This research and development aimed to develop and study the effectiveness of a nursing management model for preventing pressure ulcers among neurosurgical critical patients, Mahasarakham Hospital. Four steps in the development of a model were: 1) situational analysis; 2) model development; 3) implementation to determine a model's effectiveness with 120 neurosurgical critical patients and 18 registered nurses; and 4) model evaluation, improvement, and confirmation. The research instruments consisted of the pressure ulcer record form, the questions for a focused group discussion, the questionnaire of model's structure, the nursing care observation checklist with reliability of 1, the questionnaire of nurses' competency on pressure ulcer prevention with reliability of .82,

and the questionnaire of nurses' opinions on the developed model with reliability of .87. The implementation and data collection were conducted from October, 2020 to March, 2022. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Mann-Whitney U Test, and content analysis.

The research results revealed that 1) the nursing management model for preventing pressure ulcers consisted of three elements as following: (1) inputs, including policy and improvement plan, structure, job description of head ward and nursing supervisor, nursing competency, and facilities; (2) process, P-PECS Framework for implementation of pressure ulcer prevention, including participation, patients center, evidence based practice, nursing competency enhancement, and nursing supervision; and (3) outcomes, including key performance indicators about structures, processes, and outcomes. 2) After implementing the model, the patients had statistical significance lower incidence of pressure ulcer than before implementing the model ($p < .001$). All nurses had practiced following the guideline and they had statistical significance perceived patient care competency to prevent pressure ulcers higher than before implementing the model ($p < .001$). 86.54% of the nurses highlighted that the model improvement was good at quality with a high satisfaction level of the model ($M = 4.35, SD = .87$).

This research suggests that other healthcare facilities should adopt this nursing management model to prevent pressure ulcers among neurosurgical critical patients.

Keywords: Nursing management model, Pressure ulcer, Neurosurgical critical patient

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผลกดทับ (pressure ulcer/ pressure sore/ pressure injury) ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ยังคงพบอยู่เสมอในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางระบบประสาท โดยเฉพาะในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท (Osis & Diccini, 2020) แผลกดทับที่เกิดขึ้นในขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลถือเป็น 1 ใน 10 ตัวชี้วัดสำคัญที่บ่งบอกถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลโดยตรง (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) จากการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศ พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบ

ประสาทร้อยละ 16.00–18.80 (Dhandapani, Dhandapani, Agarwal, & Mahapatra, 2014; Osis & Diccini, 2020) สำหรับในบริบทของประเทศไทย พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยดังกล่าวสูงถึงร้อยละ 28 (อุบลรัตน์ วิสุทธิพันธ์ และกฤตพัทธ์ ฝึกฝน, 2559)

แผลกดทับเกิดจากการมีแรงกดที่ผิวหนังมากกว่าแรงดันในหลอดเลือดฝอย (มากกว่า 16–33 mmHg) ร่วมกับแรงเฉือนและแรงเสียดทานที่กระทำต่อผิวหนัง ทำให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณดังกล่าวไม่เพียงพอเกิดภาวะขาดออกซิเจนและเกิดภาวะเนื้อตาย (Tran, McLaughlin, Li, & Phillips, 2016) ตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับส่วนใหญ่เป็นบริเวณปุ่มกระดูกตามส่วน

ต่าง ๆ ของร่างกาย โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต และผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท ได้แก่ อายุ ระดับความรู้สึกตัว การรับรู้ความรู้สึก การเคลื่อนไหวร่างกาย การปฏิบัติกิจกรรม ความชื้น การมีโรคร่วมคือโรคเบาหวานและโรคระบบหลอดเลือด การสูบบุหรี่ ระดับโปรตีนอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า 3.30 g/dL การใช้เครื่องช่วยหายใจภาวะบวม และระยะเวลาการได้รับอาหารทางสายยาง (สุชาติ นิลบรรพต, อัมพรพรรณ ชีรานูตร, และปณิศา ลิมปะวัฒน์, 2562; Dhandapani et al., 2014; Edsberg et al., 2016; Krupp & Monfre, 2015; Nassaji, Askari, & Ghorbani, 2014; Osis & Diccini, 2020; Yoon & Cho, 2022) ผลกระทบจากการเกิดแผลกดทับมีหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ด้านจิตใจ ก่อให้เกิดความเครียด และสูญเสียภาพลักษณ์ (สังวาลย์ ธนะแก้ว และศศิธร พิชัยพงศ์, 2557; Alderden, Rondinelli, Pepper, Cummins, & Whitney, 2017) ด้านค่าใช้จ่าย พบว่า ผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับระดับ 3-4 มีวันนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น 1.70 เท่า ของผู้ป่วยที่ไม่เกิดแผลกดทับ ส่งผลให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น 1.25 เท่า (ศศิธร พิชัยพงศ์, 2557) และด้านสถานพยาบาลและวิชาชีพ การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลแสดงถึงคุณภาพการพยาบาลที่จำเป็นต้องพัฒนาปรับปรุง ซึ่งในปัจจุบัน แผลกดทับได้ถูกกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ความปลอดภัยที่สำคัญของระบบการประกันและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) และเป็นส่วนหนึ่งของ Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2561)

โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 580 เตียง ที่เปิดให้บริการด้านต่างๆ แก่ประชาชนทุกช่วงวัยในเขตจังหวัดมหาสารคามและจังหวัดใกล้เคียง สำหรับด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทาง

ศัลยกรรมระบบประสาทด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพนั้น พบอัตราการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาสารคาม มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในช่วงปีงบประมาณ 2561-2563 พบจำนวน 9.10 ครั้ง 12.70 ครั้ง และ 15.50 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ (กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมหาสารคาม, 2564) ซึ่งมีแนวโน้มส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ด้านลบทั้งความปลอดภัยและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย การใช้ทรัพยากรต่าง ๆ และค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้น ความเสี่ยงของโรงพยาบาลในการถูกฟ้องร้อง และมีโอกาสไม่บรรลุเป้าหมายผู้ป่วยปลอดภัย (Patient and Personnel Safety Goals, 2 P Safety Goals) ตามที่กำหนดไว้ (กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมหาสารคาม, 2564)

จากสถานการณ์ปัญหาและความเสี่ยงดังกล่าว จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลจากเดิมที่มีการดำเนินการอยู่แล้วโดยการประกันคุณภาพผลลัพธ์บริการพยาบาล ใช้มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์, 2551) และการประกันคุณภาพการพยาบาล (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์, 2554) อย่างไรก็ตาม จากการสังเกตการปฏิบัติงาน ร่วมกับการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท พบว่า แม้กลุ่มการพยาบาลได้มีการถ่ายทอดนโยบายในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยให้พยาบาลทุกหอผู้ป่วยนำไปปฏิบัติ แต่ยังไม่ได้สร้างความรู้ ความเข้าใจ และพัฒนาทักษะที่จำเป็นแก่พยาบาลทุกคนเกี่ยวกับการป้องกันและดูแลแผลกดทับให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน การมอบหมายงาน นิเทศ กำกับ ติดตาม จากผู้บริหารทางการพยาบาลและ/หรือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านแผลกดทับ ยังไม่เป็นลำดับขั้นตอนตามที่กำหนด ขอบเขตการบริการพยาบาลไม่ชัดเจน การระบุประเด็นสำคัญของการบริการพยาบาลและแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของแต่ละ

หอผู้ป่วยมีในบางประเด็นและไม่ครอบคลุม มีการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลแต่ไม่ครอบคลุม และยังขาดการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับอย่างต่อเนื่อง (กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมหาสารคาม, 2564)

ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ศึกษาและติดตามอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับมาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในฐานะหัวหน้างานผู้ป่วยหนักศัลยกรรม เห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล จึงต้องการพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลมหาสารคาม อันจะส่งผลต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ การพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลและสมรรถนะทางการพยาบาล เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายผู้ป่วยปลอดภัย ลดระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการและเป้าหมายของหน่วยงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลมหาสารคาม
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลมหาสารคาม

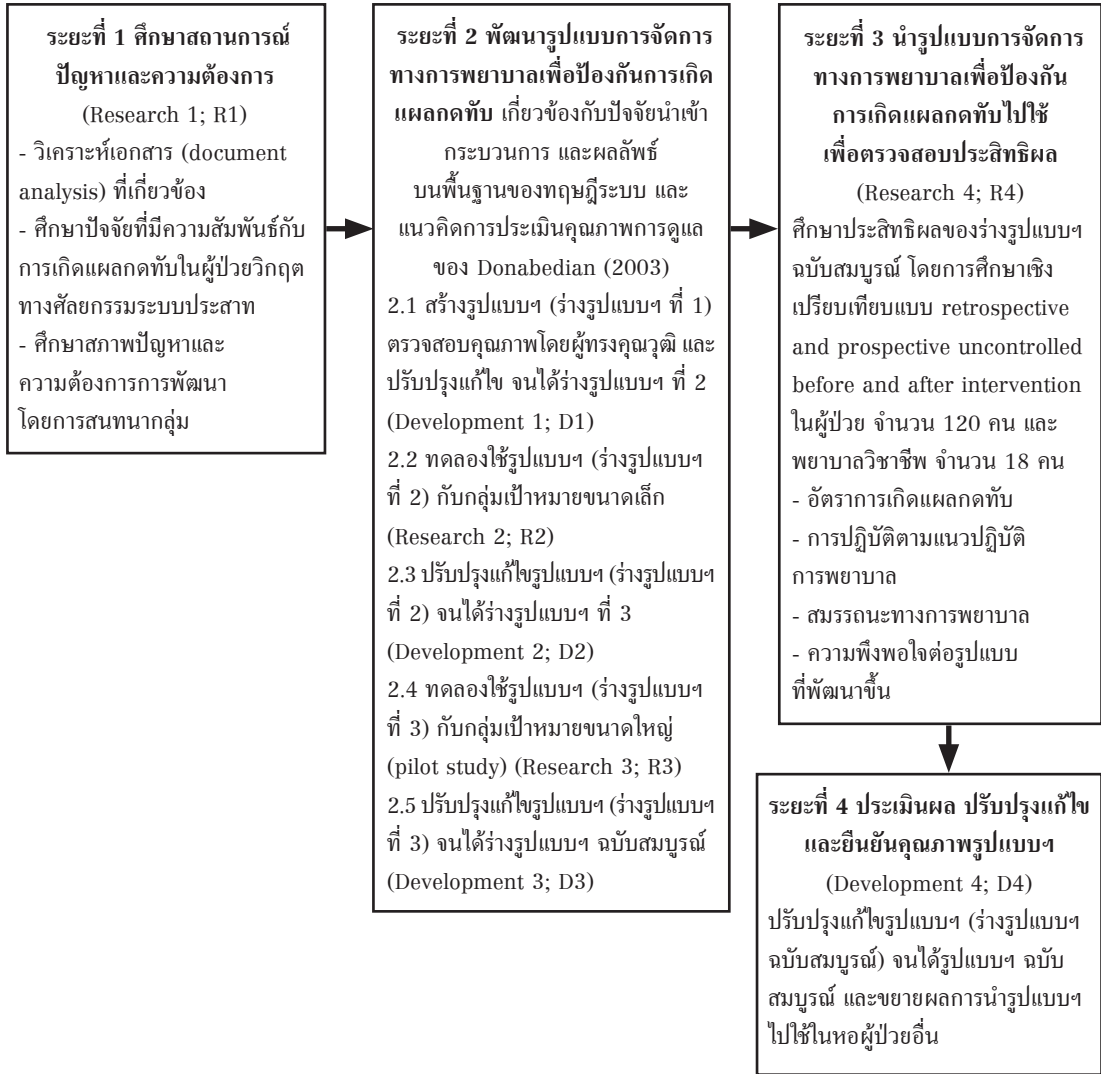
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทางพยาธิสรีรวิทยาการเกิดแผลกดทับจากการทบทวนวรรณกรรม

และประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบที่ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต รวมถึงข้อมูลป้อนกลับ เพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Anderson, 2016; von Bertalanffy, 1969) เป็นฐานสำหรับการพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยนำข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการพัฒนา มากำหนดเป็นองค์ประกอบปัจจัยนำเข้า ส่วนองค์ประกอบของกระบวนการ เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาล การพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาลและการนิเทศทางการพยาบาล สำหรับองค์ประกอบของผลลัพธ์นั้น ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการประเมินคุณภาพการดูแล ของ Donabedian (2003) มาใช้ในการกำหนดผลลัพธ์ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) มาเป็นกรอบกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการบริการพยาบาล โดยกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการบริการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development [R & D]) ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ระยะที่ 3 นำรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับไปใช้ เพื่อตรวจสอบประสิทธิผล และระยะที่ 4 ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไข และยืนยันคุณภาพรูปแบบฯ สรุปได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและพัฒนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) เวชระเบียนผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทที่นอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาสารคาม ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2563 จำนวน 125 ฉบับ และ 2) พยาบาลวิชาชีพประจำ

หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 12 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทอย่างน้อย 5 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ระยะที่ 2 ในการทดลองใช้รูปแบบฯ (ร่างรูปแบบฯ ที่ 2) กับกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก กลุ่มตัวอย่าง

ประกอบด้วยผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท และพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวนกลุ่มละ 5 คน ส่วนในการทดลองใช้รูปแบบฯ (ร่างรูปแบบฯ ที่ 3) กับกลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ (pilot study) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ 1) ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่ามีภาวะโรคทางศัลยกรรมระบบประสาท ได้แก่ ภาวะบาดเจ็บสมอง ภาวะหลอดเลือดสมองแตก และภาวะเนื้องอกในสมองและความผิดปกติของเซลล์ โดยใช้การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-scan) หรือใช้เครื่องตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) 2) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) Barden score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน ในผู้ที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 69 ปี และน้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 คะแนน ในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป 4) ไม่มีผลกดทับที่บริเวณต่างๆ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยยินยอมด้วยตนเอง หรือได้รับการยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีไม่รู้สีกตัว ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัยคือ 1) นอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักไม่ครบ 24 ชั่วโมง 2) เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรก และ 3) ขอดอนตัวจากการวิจัย และกลุ่มที่ 2 พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 10 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทอย่างน้อย 5 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ระยะที่ 3 ในการศึกษาประสิทธิผลของร่างรูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเช่นเดียวกับการทดลองใช้รูปแบบฯ (ร่างรูปแบบฯ ที่ 3) กับกลุ่ม

เป้าหมายขนาดใหญ่ (pilot study) กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ระยะเวลาที่ศึกษาเป็นตัวกำหนด โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนการใช้รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับที่พัฒนาขึ้น (retrospective group) ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง 6 เดือน ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน และกลุ่มหลังการใช้รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับที่พัฒนาขึ้น (prospective group) ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 6 เดือน ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน

กลุ่มที่ 2 พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 18 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทอย่างน้อย 5 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ระยะที่ 4 กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 18 คน (กลุ่มเดียวกับในระยะที่ 3)

เครื่องมือการวิจัย

ระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1.1 แบบบันทึกข้อมูลผลกดทับ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางการป้องกันการเกิดผลกดทับในโรงพยาบาล ใช้สำหรับการศึกษาการเกิดผลกดทับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ปัจจัยเสี่ยง ความเสี่ยงต่อการเกิดผลกดทับ การเกิดผลกดทับ ระดับของผลกดทับ และบริเวณการเกิดผลกดทับ จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

1.2 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกระบวนการดูแลและป้องกันการเกิดผลกดทับในผู้ป่วย ใช้สำหรับการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการพัฒนา

ประกอบด้วยแนวคำถามเกี่ยวกับสภาพปัญหาและความต้องการการพัฒนา จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

ระยะที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบประเมินโครงสร้างรูปแบบการจัดการทางการแพทย์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพของโครงสร้างรูปแบบฯ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การประเมินความเหมาะสมของโครงสร้างรูปแบบ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนที่ 2 การประเมินความสอดคล้องของโครงสร้างรูปแบบ จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกรับตอบ 3 ระดับ ได้แก่ มีความเห็นว่าเป็นแบบให้เลือกรับตอบ (ให้คะแนน -1) มีความเห็นว่าเป็นแบบไม่สนใจ (ให้คะแนน 0) และมีความเห็นว่าเป็นแบบสอดคล้อง (ให้คะแนน +1) และส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

ระยะที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

3.1 แบบบันทึกข้อมูลผลกตทัต เป็นแบบบันทึกชุดเดียวกับข้อ 1.1

3.2 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดผลกตทัต ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการประเมินความเสี่ยง ด้านการป้องกันแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน ด้านการดูแลสภาพผิวหนัง ด้านการดูแลภาวะโภชนาการ ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม และด้านการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ รวมจำนวน 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกรับตอบว่าปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ

3.3 แบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดผลกตทัต ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านเจตคติ และด้านทักษะปฏิบัติการ รวมจำนวน 30 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตร

ประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

3.4 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการทางการแพทย์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 2 มิติ คือ 1) มิตินคุณภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกรับตอบว่า ระดับดก ระดับไม่ดี ระดับดี ระดับดีมาก หรือระดับดีเยี่ยม และ 2) มิตินความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านบริหารการจัดการระบบการดูแล ด้านการให้ความรู้ และด้านการสนับสนุนการปฏิบัติงาน รวมจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

ระยะที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแนวคำถามการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ใช้สำหรับการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมอุบัติเหตุ ประกอบด้วยแนวคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการทางการแพทย์ และส่วนที่ 2 ใช้สำหรับการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ (connoisseurship) เพื่อการตรวจสอบและยืนยันคุณภาพรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น จำนวนส่วนละ 3 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลผลกตทัต แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดผลกตทัต แบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดผลกตทัต และแบบสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการทางการแพทย์ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์ด้านการบริหารทางการแพทย์ (2 คน) พยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (2 คน) และพยาบาลวิชาชีพ

ผู้มีประสบการณ์ด้านการพัฒนาเครื่องมือวิจัย ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 จากนั้นนำแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ แบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาลฯ และแบบสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบฯ ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหนักที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ด้วยวิธี interrater reliability ได้ค่าเท่ากับ 1 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาลฯ และแบบสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบฯ (เฉพาะมิติความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น) ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .82 และ .87 ตามลำดับ

ส่วนแบบประเมินโครงสร้างรูปแบบการจัดการทางการพยาบาล ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (ชุดเดิม) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ และคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตั้งแต่ .50 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามที่สามารถประเมินความเหมาะสมของโครงสร้างรูปแบบ จำนวน 10 ข้อ และประเมินความสอดคล้องของโครงสร้างรูปแบบ จำนวน 20 ข้อ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม (เอกสารรับรอง เลขที่ MSKH_REC 63-01-063 วันที่ 1 ตุลาคม 2563) และได้รับอนุญาตให้เข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วย วันที่ 1 ตุลาคม 2563 ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (R1) ดำเนินการในช่วงเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2563 ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกดทับ การจัดการทางการพยาบาลมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหนัก แนวคิดผู้ป่วยปลอดภัย และการพัฒนารูปแบบที่ตีพิมพ์เผยแพร่แบบสื่อสิ่งพิมพ์และสื่ออินเทอร์เน็ต จากนั้นศึกษาการเกิดผลกดทับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทที่นอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาสารคาม ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2563 จำนวน 125 ฉบับ แล้วบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลผลกดทับ

1.2 ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ จำนวน 12 คน เกี่ยวกับกระบวนการดูแลและปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ และขออนุญาตบันทึกเทปการสนทนา จากนั้นทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลกับผู้ช่วยผู้วิจัย และตรวจสอบคุณภาพข้อมูลโดยการฟังเสียงสะท้อนจากกลุ่มที่ศึกษา (playback method) ซึ่งได้ตรวจสอบและรับรองความถูกต้องโดยการอ่านข้อมูลที่ผู้วิจัยบันทึกไว้ แก้ไขและลงชื่อรับรอง ใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม 45 นาที

ระยะที่ 2 (D1, R2, D2, R3, D3) ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน 2564 ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยสร้างรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต

ทางศัลยกรรมระบบประสาท (ร่างรูปแบบฯ ที่ 1) โดยนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 มาจัดทำร่างองค์ประกอบและรายละเอียดของรูปแบบ และนำรูปแบบฯ (ร่างรูปแบบฯ ที่ 1) ที่สร้างขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (ชุดเดิม) ตรวจสอบคุณภาพเกี่ยวกับความเหมาะสมและความสอดคล้องของโครงสร้างรูปแบบ โดยใช้แบบประเมินโครงสร้างรูปแบบการจัดการทางการแพทย์ ผลการตรวจสอบคุณภาพของโครงสร้างรูปแบบ พบว่ามีความเหมาะสมโดยรวมในระดับมาก จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ (ร่างรูปแบบฯ ที่ 1) ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จนได้ร่างรูปแบบฯ ที่ 2

2.2 ผู้วิจัยทดลองใช้รูปแบบฯ (ร่างรูปแบบฯ ที่ 2) กับกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก ได้แก่ ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท และพยาบาลวิชาชีพ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม จำนวนกลุ่มละ 5 คน เพื่อประเมินคุณภาพเบื้องต้นของรูปแบบฯ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพหุทัศนียภาพกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพหุทัศนียภาพด้วย

2.3 ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ (ร่างรูปแบบฯ ที่ 2) จนได้ร่างรูปแบบฯ ที่ 3

2.4 ผู้วิจัยทดลองใช้รูปแบบฯ (ร่างรูปแบบฯ ที่ 3) กับกลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ ได้แก่ ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท และพยาบาลวิชาชีพ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม จำนวน 30 คน และ 10 คน ตามลำดับ เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบฯ ไปใช้จริง ผลการประเมินพบว่ามีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพหุทัศนียภาพกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพหุทัศนียภาพด้วย

2.5 ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ (ร่างรูปแบบฯ ที่ 3) จนได้ร่างรูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์

ระยะที่ 3 (R4) ดำเนินการในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนธันวาคม 2564 โดยผู้วิจัยศึกษาประสิทธิผลของร่างรูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์ โดยการศึกษาเชิงเปรียบเทียบ

แบบ retrospective and prospective uncontrolled before and after intervention ในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โดยผู้วิจัยบันทึกข้อมูลการเกิดแผลกดทับลงในแบบบันทึกข้อมูลแผลกดทับ ในผู้ป่วยกลุ่มก่อนการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น จำนวน 60 คน และกลุ่มหลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น จำนวน 60 คน รวมจำนวน 120 คน นอกจากนี้ ผู้วิจัยประเมินพยาบาลวิชาชีพ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ จำนวน 18 คน เกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติฯ และประเมินสมรรถนะทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยใช้แบบประเมินสมรรถนะฯ แล้วให้พยาบาลวิชาชีพตอบแบบสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการทางการแพทย์ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพหุทัศนียภาพกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพหุทัศนียภาพด้วย

ระยะที่ 4 (D4) ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม 2565 โดยผู้วิจัยทำการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ จำนวน 18 คน โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่ม เพื่อถอดบทเรียนเกี่ยวกับการใช้ร่างรูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพหุทัศนียภาพกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพหุทัศนียภาพด้วย จากนั้นนำร่างรูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไข และยืนยันคุณภาพรูปแบบฯ โดยการสัมมนาอิงผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่ม จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ (ร่างรูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์) จนได้รูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์ และขยายผลการนำรูปแบบฯ ไปใช้ในหอผู้ป่วยอื่น

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) ข้อมูลการเกิดแผลกดทับ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ และร้อยละ 2) การหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด

แผลกดทับ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test 3) ข้อมูลคุณภาพของโครงสร้างรูปแบบฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4) การเปรียบเทียบอัตราการเกิดแผลกดทับ ระหว่างก่อนกับหลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test 5) ข้อมูลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ 6) ข้อมูลสมรรถนะทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7) การเปรียบเทียบสมรรถนะทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ระหว่างก่อนกับหลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ และ 8) ข้อมูลความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการทางการพยาบาล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยผู้วิจัยใช้การบรรยายเหตุการณ์ในลักษณะพรรณนาความ (description) แล้วสร้างเป็นข้อสรุป

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการพัฒนา รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท

1.1 การเกิดแผลกดทับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทที่นอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ จำนวน 125 คน พบว่า ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ คิดเป็นร้อยละ 24.80 มีความรุนแรงของแผลกดทับระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 67.74 และระดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 25.81 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ โรคร่วมเบาหวาน ($\chi^2 = 6.300, p < .05$)

โรคร่วมเกี่ยวกับหลอดเลือด ($\chi^2 = 21.490, p < .001$) การสูบบุหรี่ ($\chi^2 = 8.770, p < .01$) อุดหนุมิกายสูง ($\chi^2 = 5.460, p < .05$) ระดับโปรตีนอัลบูมินในเลือด ($\chi^2 = 5.060, p < .05$) ภาวะซีด ($\chi^2 = 8.020, p < .01$) ปัญหาการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ($\chi^2 = 4.360, p < .05$) และการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด ($\chi^2 = 17.230, p < .001$)

1.2 กระบวนการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท พบว่า ตัวแทนกลุ่มพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทเห็นพ้องร่วมกัน และสนับสนุนให้นำการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ (participation) การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patients center) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาล (evidence based practice) การพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาล (nursing competency enhancement) และการนิเทศทางการพยาบาล (nursing supervision) มาใช้เป็นกรอบกระบวนการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท หรือเรียกว่า P-PECS Framework

1.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท พบว่ามี 5 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) นโยบายและแผนพัฒนางานด้านการป้องกันการเกิดแผลกดทับขององค์กรพยาบาล 2) โครงสร้างการบริหารการพยาบาล 3) บทบาทและหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้นิเทศทางการพยาบาล 4) สมรรถนะทางการพยาบาลของพยาบาล และ 5) การสนับสนุนด้านต่างๆ ที่เอื้อต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ ด้านทรัพยากร เครื่องมือเครื่องใช้ ด้านการจัดสรรอัตรากำลังและการมอบหมายงาน ด้านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ด้านการพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาล และด้านการสร้างขวัญกำลังใจและแรงจูงใจ

2. การพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาล

เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทาง ศัลยกรรมระบบประสาท พบว่าได้รูปแบบการจัดการทาง การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย วิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้

2.1 องค์ประกอบปัจจัยนำเข้า มี 5 ประเด็น สำคัญ ได้แก่ 1) นโยบายและแผนพัฒนางานด้าน การป้องกันการเกิดแผลกดทับขององค์กรพยาบาล 2) โครงสร้างการบริหารการพยาบาล 3) บทบาทและ หน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้นิเทศทางการพยาบาล 4) สมรรถนะทางการพยาบาลของพยาบาล และ 5) การสนับสนุนด้านต่างๆ ที่เอื้อต่อการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ ด้านทรัพยากร เครื่องมือเครื่องใช้ ด้านการจัดสรรอัตรากำลังและ การมอบหมายงาน ด้านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ด้าน การพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาล และด้านการสร้าง ขวัญกำลังใจและแรงจูงใจ

2.2 องค์ประกอบกระบวนการ ประกอบด้วย การดำเนินการตามกรอบกระบวนการดูแลเพื่อป้องกันการ เกิดแผลกดทับ P-PECS Framework ได้แก่ การมี ส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ (participation) การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patients center) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาล (evidence based practice) การพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาล (nursing competency enhancement) และการนิเทศ ทางการพยาบาล (nursing supervision) โดยมี 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การส่งเสริมการปฏิบัติตามแนว ปฏิบัติการพยาบาล 2) การส่งเสริมการนำนวัตกรรม ทางการพยาบาลไปใช้กับผู้ป่วย 3) การให้ข้อมูลแก่ ผู้ป่วยและญาติ และ 4) การนิเทศทางการพยาบาล ประกอบด้วย 4.1) กระบวนการ PI Nurse (pressure injury nurse) 4.2) กระบวนการ PI Record (pressure injury record) และ 4.3) กระบวนการ PI Morning talk (pressure injury morning talk)

2.3 องค์ประกอบผลลัพธ์ เป็นการกำหนด

ตัวชี้วัดคุณภาพการบริการพยาบาลในการป้องกัน การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบ ประสาท ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) ตัวอย่างตัวชี้วัดคุณภาพการบริการพยาบาล ด้านโครงสร้าง เช่น ร้อยละของพยาบาลที่มีสมรรถนะ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละของพยาบาลได้รับการสนับสนุน ด้านต่างๆ จากผู้บริหารการพยาบาล (การสนับสนุน ด้านวัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณ การเพิ่มพูนความรู้ และทักษะปฏิบัติการพยาบาล ฯลฯ) ตัวชี้วัดคุณภาพ การบริการพยาบาลด้านกระบวนการ เช่น ร้อยละของ พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบการดูแล P-PECS Framework ตัวชี้วัดคุณภาพผลลัพธ์การบริการพยาบาล ด้านผลลัพธ์ เช่น อัตราการเกิดแผลกดทับตามเกณฑ์ที่ กำหนด ร้อยละความพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาล ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับของพยาบาล

3. ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการทางการ พยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต ทางศัลยกรรมระบบประสาท

3.1 การเปรียบเทียบอัตราการเกิดแผลกดทับ ของผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท ระหว่าง ก่อนกับหลังการใช้รูปแบบการจัดการทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่พัฒนาขึ้น จำนวน กลุ่มละ 60 คน พบว่า อัตราการเกิดแผลกดทับหลัง การใช้รูปแบบฯ เท่ากับ 2 ครั้ง (.50 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน) เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการเกิดแผลกดทับ ก่อนการใช้รูปแบบฯ เท่ากับ 17 ครั้ง (12.71 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน) และพบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วย มีอัตราการเกิดแผลกดทับต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

3.2 การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ ($n = 18$) พบว่า พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดมีการปฏิบัติ ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผล กดทับ คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

(มากกว่าร้อยละ 80)

3.3 การเปรียบเทียบสมรรถนะทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ ($n = 18$) ระหว่างก่อนกับหลังการใช้รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่พัฒนาขึ้น พบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในระดับดี ($M = 4.22, SD = .44$) และมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

3.4 ความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ($n = 18$) พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อคุณภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 86.54 และมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยรวมในระดับมาก ($M = 4.35, SD = .87$)

4. การประเมินผล ปรับปรุงแก้ไข และยืนยันคุณภาพรูปแบบฯ

จากการประเมินผลการนำรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท (ร่างรูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์) ไปใช้ พบว่า ทุกองค์ประกอบของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมและสอดคล้องกัน ผลจากการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ พยาบาลวิชาชีพสะท้อนว่า รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น สามารถส่งเสริมการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทได้ และผลจากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่ามีเพียงการให้ปรับปรุงแก้ไขความถูกต้องและความสมบูรณ์ของการเขียนและการใช้ภาษาเท่านั้น ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ (ร่างรูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์) ตามคำแนะนำ จนได้รูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์ และขยายผลการนำรูปแบบฯ ไปใช้กับผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบ

ประสาทในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและหอผู้ป่วยอื่น

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า อัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทสูงถึงร้อยละ 24.80 ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยทางศัลยกรรมระบบประสาทและผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 16–28 (อุบลรัตน์ วิสุทธินันท์ และกฤตพัทธ์ ฝึกฝน, 2559; Dhandapani et al., 2014; Osis & Diccini, 2020) และพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดแผลกดทับที่บริเวณปุ่มกระดูก ได้แก่ กระดูกก้นกบ กระดูกท้ายทอย สันเท้า และบริเวณสะโพก เมื่อวิเคราะห์ตามหลักพยาธิสรีรวิทยาพบว่า ตำแหน่งดังกล่าวเป็นตำแหน่งที่รับแรงกดจากร่างกายเมื่อผู้ป่วยนอนพักบนเตียง ร่วมกับผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทมีปัญหาด้านระบบประสาทสั่งการ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ (Osis & Diccini, 2020) ประกอบกับการวิจัยครั้งนี้พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ โรคร่วมเบาหวาน โรคร่วมเกี่ยวกับหลอดเลือด การสูบบุหรี่ อุณหภูมิกายสูง ระดับโปรตีนอัลบูมินในเลือด ภาวะซีด ปัญหาการควบคุมการขับถ่าย ปัสสาวะและอุจจาระ และการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท สอดคล้องกับการศึกษาของ Nassaji et al. (2014) ที่พบว่า การสูบบุหรี่ ปัญหาการควบคุมการขับถ่าย อุจจาระ โรคร่วมเบาหวาน และภาวะซีด มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yoon and Cho (2022) ที่พบว่า การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด และอุณหภูมิกายสูง มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท

นอกจากนี้ จากข้อมูลการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ พบประเด็นปัญหาการจัดการทางการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน ทั้งในด้านนโยบาย โครงสร้าง บทบาทหน้าที่ การมอบหมายงาน สมรรถนะทางการพยาบาล และการสนับสนุนด้านต่างๆ ที่เอื้อต่อการปฏิบัติการพยาบาล แสดงให้เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยใช้การจัดการทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท สอดคล้องกับการศึกษาของกึ่งกาญจน์ ทรัพย์เย็น, กนกทอง จาตุรงค์โชค, และกฤตยา ตันติวรสกุล (2562) และการศึกษาของมณีนุช สุทธิสนธิ และกาญจนา ปัญญาธร (2562) ที่พบว่าปัญหาด้านสมรรถนะของพยาบาล คุณภาพของรูปแบบการดูแล และความต่อเนื่องในการติดตามนิเทศประเมินผล เป็นปัญหาสำคัญของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต และส่งผลถึงระบบบริหารจัดการภายในองค์กรซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพการพยาบาลโดยรวม

การวิจัยครั้งนี้ได้รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ รวมถึงข้อมูลป้อนกลับเพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีการดำเนินการพัฒนารูปแบบอย่างเป็นขั้นตอนและต่อเนื่อง ตั้งแต่การศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ พัฒนาร่างรูปแบบ การทดลองใช้ การปรับปรุง และการประเมินผลป้อนกลับเป็นระยะตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดและหลักการของทฤษฎีระบบที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ของ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (output) โดยปัจจัยนำเข้าเกี่ยวข้องกับ การนำทรัพยากร ได้แก่ คน วัสดุอุปกรณ์ เทคโนโลยีงบประมาณ และการจัดการ มาใช้ในระบบโดยนำเข้าสู่กระบวนการเพื่อให้ได้ผลผลิตที่ต้องการ ส่วนกระบวนการ

เป็นการดำเนินการที่เป็นลำดับขั้นตอน โดยอาศัยปัจจัยนำเข้ามาเป็นแหล่งประโยชน์เพื่อให้ได้ผลตามที่กำหนด ซึ่งในแต่ละระบบอาจมีกระบวนการมากกว่า 1 กระบวนการสำหรับผลผลิต เป็นความสำเร็จหรือผลที่เกิดขึ้นจากการนำปัจจัยนำเข้ามาผ่านกระบวนการดำเนินงาน ทั้งนี้ในระบบจำเป็นต้องมีการป้อนกลับ (feedback) ซึ่งหมายถึง การสะท้อนกลับโดยอาศัยข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผลผลิตกับเป้าหมาย เพื่อนำมาปรับปรุงปัจจัยนำเข้ามาและกระบวนการต่อไป (Anderson, 2016; von Bertalanffy, 1969) สำหรับองค์ประกอบผลลัพธ์ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการบริการพยาบาลในการประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินโครงสร้าง ซึ่งมีความสอดคล้องกับองค์ประกอบปัจจัยนำเข้า ได้แก่ นโยบายและแผนพัฒนางานด้านการป้องกันการเกิดแผลกดทับขององค์กรพยาบาล โครงสร้างการบริหารการพยาบาล บทบาทและหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้นิเทศทางการพยาบาล สมรรถนะทางการพยาบาลของพยาบาล และการสนับสนุนด้านต่างๆ ที่เอื้อต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ 2) การประเมินกระบวนการ เป็นการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบกระบวนการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท P-PECS Framework ที่มีความสอดคล้องกับองค์ประกอบกระบวนการ และ 3) การประเมินผลลัพธ์ เป็นการประเมินผลลัพธ์การเกิดแผลกดทับ การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล สมรรถนะทางการพยาบาล ความคิดเห็นและความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น จะเห็นได้ว่า องค์ประกอบด้านผลลัพธ์ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้มีความสอดคล้องตามแนวคิดการประเมินคุณภาพการดูแล ของ Donabedian (2003) ซึ่งวงการแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุข นิยมใช้ในการกำหนดผลลัพธ์/ตัวชี้วัดของงาน ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) โดยโครงสร้าง

ได้แก่ ทรัพยากรเครื่องมือ (material resources) ทรัพยากรบุคคล (human resources) และลักษณะขององค์กร (organization characteristics) ซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบงานต่าง ๆ ส่วนกระบวนการ เป็นกิจกรรมการให้บริการแก่ผู้รับบริการด้านการรักษาพยาบาล ป้องกันโรค ฟันผุ และการสอนแนะนำผู้ป่วยสำหรับผลลัพธ์ เป็นผลที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการและเป็นผลที่มาจาการดูแล

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้รูปแบบการจัดการทางการแพทย์เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผู้ป่วยมีอัตราการเกิดแผลกดทับต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า รูปแบบการจัดการทางการแพทย์เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับนี้ มีเนื้อหาและกิจกรรมที่ได้จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ครอบคลุมทุกมิติของการพยาบาล และทุกปัญหาการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ แผลกดทับจากแรงกดของร่างกาย แผลกดทับจากการใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ และภาวะผิวหนังอักเสบเนื่องจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (incontinence associated dermatitis) ซึ่งได้จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความสอดคล้องกับบริบทการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก และสอดคล้องกับแนวคิดผู้ป่วยปลอดภัย (patient safety) ซึ่งมุ่งเน้นกระบวนการจัดการในการลดความเสี่ยงจากภัยหรืออันตรายที่ไม่ควรเกิดขึ้นจากการบริการสุขภาพหรือเกิดขึ้นน้อยที่สุดเท่าที่จะสามารถยอมรับได้ โดยแผลกดทับเป็นอีกตัวชี้วัดหนึ่งของเป้าหมายผู้ป่วยปลอดภัย (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2561) ซึ่งโรงพยาบาลมหาสารคามได้ให้ความสำคัญและกำหนดเป็นประเด็นยุทธศาสตร์สำคัญ (flagship) ในการขับเคลื่อนเพื่อบรรลุเป้าหมาย Patient Safety Goals: SIMPLE ประเด็น P 4: Preventing Common Complications, P 4.1: Preventing Pressure Ulcers ซึ่งระบุให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับตามแนวทางที่กำหนด (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2561)

นอกจากนี้ ภายใต้อุปกรณ์ประกอบปัจจัยนำเข้าของรูปแบบการจัดการทางการแพทย์เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับนี้ ผู้วิจัยได้นำกรณีศึกษาทางการแพทย์และการพัฒนาสมรรถนะทางการแพทย์ มาใช้ในการเสริมสร้างทักษะปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล และติดตามกำกับคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีกับผู้ป่วย อัตราการเกิดแผลกดทับต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น พยาบาลมีสมรรถนะทางการแพทย์ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ดีขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Guzman, McClanahan, and Vaughn (2019) ที่พบว่า การจัดการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพจะช่วยส่งเสริมให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของกิงกาญจน์ ทรัพย์เย็น และคณะ (2562) ที่พบว่า หลังการใช้รูปแบบการแพทย์ทางพยาบาลในคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีจำนวนการเกิดแผลกดทับลดลง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของอุบลรัตน์ วิสุทธินันท์ และกฤตพัทธ์ ฝักฝน (2559) ที่พบว่า การนำแนวปฏิบัติทางการแพทย์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยหนักทางศัลยกรรมระบบประสาท สามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สถานบริการสุขภาพอื่นควรมีรูปแบบการจัดการทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ในรูปแบบ หรือปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยอื่น นอกจากนี้ในการนำรูปแบบไปใช้ ควรมีการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้และการปฏิบัติการพยาบาล และมีการประเมินผลลัพธ์ด้วยวิธีการที่หลากหลาย สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานจริง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการคงอยู่ของการจัดการทางการแพทย์เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยการติดตามประเมินในลักษณะเปรียบเทียบระยะเวลาที่แตกต่างกัน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการจัดการทางการแพทย์ต่อไป รวมทั้งควรมีการศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในการนำรูปแบบการจัดการทางการแพทย์มาใช้นี้ไปขยายผลใช้กับผู้ป่วยอื่น

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมหาสารคาม.

(2564). รายงานตัวชี้วัดประจำปี 2563 และ การวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน. มหาสารคาม: โรงพยาบาลมหาสารคาม.

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

(2562). แนวทางการจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ประจำปีงบประมาณ 2563. สืบค้นจาก https://skko.moph.go.th/dward/document_file/qa/common_form_upload_file/20191113141226_578732059.pdf

กึ่งกาญจน์ ทรัพย์เย็น, กนกทอง จาตุรงค์โชค, และ กฤตยา ตันติวรสกุล. (2562). การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการแพทย์ในคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โรงพยาบาลบ้านโป่ง. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 38(4), 300-317.

มณีนุช สุทรสนธิ์, และกาญจนา ปัญญาธร. (2562). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอาการหนัก โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(4), 80-89.

ศศิธร พิชัยพงศ์. (2557). การวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ อดเจ็บสมองที่ได้รับการผ่าตัด หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลลำพูน. สืบค้นจาก <http://cmuir.cmu.ac.th/bitstream/6653943832/39897/1/ABSTRACT.pdf>

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2561). เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ. 2561 Patient safety goals: SIMPLE Thailand 2018. กรุงเทพฯ: เฟมัส แอนด์ ซัคเซสฟูล.

สังวาลย์ ธนะแก้ว, และศศิธร พิชัยพงศ์. (2557). การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลลำพูน. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 10(3), 173-182.

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์. (2551). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2) (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์. (2554). *การประกันคุณภาพการพยาบาล: การประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ).

สุชาดา นิลบรรพต, อัมพรพรรณ ธีรานุตร, และปณิศา ลิ้มปะวัฒนะ. (2562). ปัจจัยทำนายการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 42(3), 1-10.

อุบลรัตน์ วิสุทธินันท์, และกฤตพัทธ์ ฝีกฝน. (2559). ผลการใช้แนวปฏิบัติดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางและรุนแรงต่อการเกิดแผลกดทับและภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 17(3), 33-41.

- Alderden, J., Rondinelli, J., Pepper, G., Cummins, M., & Whitney, J. (2017). Risk factors for pressure injuries among critical care patients: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, *71*, 97–114. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.03.012
- Anderson, B. R. (2016). Improving health care by embracing Systems Theory. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, *152*(2), 593–594. doi:10.1016/j.jtcvs.2016.03.029
- Dhandapani, M., Dhandapani, S., Agarwal, M., & Mahapatra, A. K. (2014). Pressure ulcer in patients with severe traumatic brain injury: Significant factors and association with neurological outcome. *Journal of Clinical Nursing*, *23*(7–8), 1114–1119. doi:10.1111/jocn.12396
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press.
- Edsberg, L. E., Black, J. M., Goldberg, M., McNichol, L., Moore, L., & Sieggreen, M. (2016). Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System: Revised Pressure Injury Staging System. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, *43*(6), 585–597. doi:10.1097/WON.0000000000000281
- Guzman, J. L., McClanahan, R., & Vaughn, S. (2019). Development of guidelines for pressure ulcer prevention. *Wounds Middle East*, *6*(1), 12–16. Retrieved from <https://www.woundsinternational.com/uploads/resources/c40fc56577a0be24d26da79c1c18dc0f.pdf>
- Krupp, A. E., & Monfre, J. (2015). Pressure ulcers in the ICU patient: An update on prevention and treatment. *Current Infectious Disease Reports*, *17*(3), 468. doi:10.1007/s11908-015-0468-7
- Nassaji, M., Askari, Z., & Ghorbani, R. (2014). Cigarette smoking and risk of pressure ulcer in adult intensive care unit patients. *International Journal of Nursing Practice*, *20*(4), 418–423. doi:10.1111/ijn.12141
- Osis, S. L., & Diccini, S. (2020). Incidence and risk factors associated with pressure injury in patients with traumatic brain injury. *International Journal of Nursing Practice*, *26*(3), e12821. doi:10.1111/ijn.12821
- Tran, J. P., McLaughlin, J. M., Li, R. T., & Phillips, L. G. (2016). Prevention of pressure ulcers in the acute care setting: New innovations and technologies. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *138*(Suppl. 3), 232–240. doi:10.1097/PRS.0000000000002644

von Bertalanffy, L. (1969). *General system theory: Foundations, development, applications (revised edition)*. New York: George Braziller.

Yoon, J. E., & Cho, O. H. (2022). Risk factors associated with pressure ulcers in patients with traumatic brain injury admitted to the intensive care unit. *Clinical Nursing Research, 31*(4), 648–655. doi:10.1177/10547738211050489

ความอ่อนล้า การสนับสนุนของครอบครัว และคุณภาพการนอนหลับในมารดาที่มีบุตรคนแรก* Fatigue, Family Support, and Sleep Quality among First-time Mothers*

ธณัชฌ์กรณ ปะทะดวง, พย.ม. (การผดุงครรภ์)¹

Thanatchakorn Pataduang, M.N.S. (Midwifery)¹

พรรณพิไล ศรีอารณ, พย.ด.²

จิราวรรณ ดีเหลือ, วท.ด. (ระบาดวิทยาคลินิก)³

Punpilai Sriarporn, Ph.D. (Nursing)²

Jirawan Deeluea, Ph.D. (Clinical Epidemiology)³

Received: September 20, 2022 Revised: October 31, 2022 Accepted: November 1, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความอ่อนล้าและการสนับสนุนของครอบครัว กับคุณภาพการนอนหลับในมารดาที่มีบุตรคนแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรคนแรกที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ จำนวน 85 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความอ่อนล้า มีค่าความเชื่อมั่น .93 แบบประเมินการสนับสนุนของครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่น .97 และแบบวัดคุณภาพการนอนหลับ มีค่าความเชื่อมั่น .82 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกันยายน 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ มหำบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: tawankk73@gmail.com

² ศาสตราจารย์คลินิก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Clinical 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

ผลการวิจัยพบว่า มารดาที่มีบุตรคนแรกส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 77.65 โดยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับอยู่ในกลุ่มมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ($M = 7.81, SD = 2.82$) คะแนนความอ่อนล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนคุณภาพการนอนหลับในมารดาที่มีบุตรคนแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .541, p < .001$) ส่วนคะแนนการสนับสนุนของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพการนอนหลับในมารดาที่มีบุตรคนแรก

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางการพยาบาลควรประเมินความอ่อนล้าและคุณภาพการนอนหลับในมารดาที่มีบุตรคนแรก เพื่อให้ในการวางแผนการพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพการนอนหลับ ความอ่อนล้า การสนับสนุนของครอบครัว มารดาที่มีบุตรคนแรก

Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine the relationships among fatigue and family support with sleep quality among first-time mothers. The samples consisted of 85 first-time mothers who attended Chiang Mai Health Promotion Center Region 1 Hospital. The research instruments were composed of the demographic data questionnaire, the Modified Fatigue Symptoms Checklist with reliability of .93, the Family Support Questionnaire with reliability of .97, and the Pittsburgh Sleep Quality Index with reliability of .82. Data were collected from May to September, 2020. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation.

The research results revealed that 77.65% of first-time mothers had poor sleep quality. The mean score of sleep quality was 7.81 ($SD = 2.82$) that showed poor sleep quality. Fatigue score was positively statistically significantly related to sleep quality score among first-time mothers ($r = .541, p < .001$), whereas family support score was not related to sleep quality score among first-time mothers.

This research suggests that nursing personnel should assess fatigue and sleep quality among first-time mothers in order to implement effective nursing care to promote good sleep quality.

Keywords: Sleep quality, Fatigue, Family support, First-time mothers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มารดาหลังคลอดที่มีบุตรคนแรกต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เริ่มตั้งแต่ภายหลังทารกคลอดและรกคลอดครบ จนถึงการกลับคืนสู่สภาพเดิมเหมือนก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งใช้เวลา 6–8 สัปดาห์ (Blackburn, 2013; Cunningham et al., 2018) มารดาหลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และการปรับตัวเพื่อบรรเทาบทบาทการเป็นมารดา เนื่องจากมารดาที่มีบุตรคนแรกต้องทำหน้าที่ในการดูแลบุตร การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และการทำกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลบุตร ทำให้ต้องใช้เวลามากกว่ามารดาที่เคยมีประสบการณ์ ดังนั้น มารดาที่มีบุตรคนแรกบางคนอาจไม่มีความพร้อมในการเป็นมารดา ต้องใช้เวลาในการปรับบทบาทหน้าที่ใหม่ และรู้สึกว่าการตนเองขาดความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการดูแลบุตร (Lowdermilk, Perry, Cashion, Alden, & Olshansky, 2016) รวมทั้งอาจประสบความเหน็ดเหนื่อยจากภาระหน้าที่ที่มากขึ้นภายหลังคลอด ทำให้เวลาในการพักผ่อนนอนหลับลดลง ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอดได้

การฟื้นฟูสุขภาพร่างกายของมารดาที่มีบุตรคนแรกเป็นความต้องการพื้นฐานเพื่อให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาวะปกติ โดยการได้รับอาหารที่มีคุณค่า มีประโยชน์อย่างครบถ้วน และการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยทั่วไป สตรีวัยผู้ใหญ่ควรมีการนอนหลับอย่างน้อย 7 ชั่วโมงต่อคืน เป็นประจำ เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี (Watson et al., 2015) สถาบันการนอนหลับแห่งชาติในประเทศสหรัฐอเมริกา (National Sleep Foundation, 2012) สำรวจพบว่า มารดาหลังคลอดร้อยละ 84 ประสบปัญหาการนอนหลับในช่วงกลางคืนอย่างน้อย 2–3 คืนต่อสัปดาห์ และมารดาหลังคลอดมีการตื่นในช่วงกลางคืนมากกว่าสตรีทั่วไปถึงร้อยละ 68 การนอนหลับของมารดาที่มีบุตรคนแรกและมารดาที่มีบุตรมากกว่า 1 คน ในระยะ 1–6 สัปดาห์หลังคลอด มารดามีประสิทธิภาพการนอนหลับและระยะเวลาที่ตื่นหลังจากเวลาที่เข้านอน

ที่ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะมารดาที่มีบุตรคนแรก มีการเปลี่ยนแปลงการนอนหลับมากที่สุดในช่วงสัปดาห์แรกหลังคลอด โดยมีระยะเวลาทั้งหมดที่นอนหลับได้ในเวลากลางคืนน้อยที่สุด 5.83 ชั่วโมง (Signal et al., 2007) จากการศึกษาของ Creti et al. (2017) พบว่า การนอนหลับในเวลากลางคืนของมารดาที่มีบุตรคนแรกในระยะหลังคลอด 2 เดือน มีค่าเฉลี่ยเวลานอนรวมเท่ากับ 6.29 ชั่วโมง ในขณะที่เวลานอนกลางคืนของทารกเฉลี่ยเท่ากับ 7.76 ชั่วโมง ในระยะหลังคลอด มารดาส่วนใหญ่โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดาที่มีบุตรคนแรก จะประสบปัญหาการนอนหลับที่ไม่เพียงพอส่งผลถึงคุณภาพการนอนหลับของมารดาหลังคลอด

คุณภาพการนอนหลับ ตามแนวคิดของ Buysse, Reynolds, Monk, Berman, and Kupfer (1989) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อความเพียงพอในการนอนหลับเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยการนอนหลับเชิงคุณภาพเป็นความรู้สึกของบุคคลตามการบอกเล่าเกี่ยวกับ ความลึกของการนอนหลับ ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย การใช้ยานอนหลับ และผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมในเวลากลางวัน ส่วนการนอนหลับเชิงปริมาณเป็นระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ และจำนวนครั้งของการตื่นระหว่างหลับในแต่ละคืนหรือการถูกรบกวนการนอนหลับสามารถวัดโดยใช้ดัชนีคุณภาพการนอนหลับ (Pittsburgh Sleep Quality Index [PSQI]) จึงกล่าวได้ว่า คุณภาพการนอนหลับประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ การนอนหลับเชิงคุณภาพ และการนอนหลับเชิงปริมาณ

การนอนหลับของมารดาหลังคลอดเป็นการนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งของมารดาและทารก ผลกระทบจากการนอนหลับที่ไม่เพียงพอและไม่มีความเหมาะสมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านทารกและครอบครัว ผลกระทบด้านร่างกายนั้น การมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีส่งผลให้เกิดความอ่อนล้า (Badr & Zauszniewski, 2017) หากมารดาหลังคลอดถูกรบกวน

การนอนหลับจะทำให้เกิดอาการง่วงนอน เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ (Filtness, MacKenzie, & Armstrong, 2014) และมีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ การตอบสนองทางภูมิคุ้มกันที่เปลี่ยนแปลง มีการเพิ่มระดับของ cytokines proinflammatory ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่แสดงถึงการอักเสบและการติดเชื้อ (Ranjbaran, Keefer, Stepanski, Farhadi, & Keshavarzian, 2007) ในระยะยาวพบว่า การนอนหลับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ชั่วโมงในระยะ 1 ปีแรกหลังคลอด ส่งผลต่อภาวะน้ำหนักกึ่งค้างในช่วงหลังคลอด และมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะอ้วนที่สูงขึ้นในระยะ 3 ปีหลังคลอด (Taveras et al., 2011) และระยะเวลาการนอนหลับที่สั้นมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ของโรคอ้วนในอนาคต (Christian, Carroll, Teti, & Hall, 2019) ที่อาจนำไปสู่โรคเรื้อรังอื่นๆ ได้ ส่วนผลกระทบต่อด้านจิตใจ การมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในมารดาที่มีบุตรคนแรกก่อให้เกิดอารมณ์แปรปรวนจากการตื่นในเวลากลางคืน (Swain, O'Hara, Starr, & Gorman, 1997) การนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอเป็นสาเหตุหนึ่งของความเครียดในมารดาหลังคลอด (Horowitz & Damato, 1999) และความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นในมารดาหลังคลอดเป็นผลจากการที่ร่างกายจิตใจ และอารมณ์ถูกกระตุ้นให้ตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา ส่งผลให้นอนหลับได้สั้นลง (Okun, Mancuso, Hobel, Schetter, & Coussons-Read, 2018) รวมทั้งเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Lawson, Murphy, Sloan, Uleryk, & Dalfen, 2015) สำหรับผลกระทบต่อทารกและครอบครัว มารดาหลังคลอดที่การนอนหลับถูกรบกวนอย่างต่อเนื่องในช่วงหลังคลอด อาจส่งผลเสียต่อการปฏิบัติกิจกรรมในเวลากลางวันของมารดา ความผิดปกติของการนอนหลับเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการกระทบกระเทือนและอารมณ์แปรปรวนซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ทางลบระหว่างมารดากับทารก ที่ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว (Montgomery-Downs, Stremler, & Insana, 2013) และมีความเชื่อมโยงกับ

สุขภาพจิตของบิดาและมารดา ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมระหว่างวันลดลง ส่งผลถึงความใส่ใจในการเลี้ยงดูและการกระตุ้นพัฒนาการของทารก (Mindell, Sadeh, Kwon, & Goh, 2015)

คุณภาพการนอนหลับในมารดาที่มีบุตรคนแรกมีความสำคัญทั้งต่อมารดาและทารก จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในมารดาหลังคลอด ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุของมารดาหลังคลอด และกลุ่มสมรสหรือผู้ที่นอนร่วมกับมารดาหลังคลอด 2) ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ ความอ่อนล้า ภาวะโรคหรือความผิดปกติอื่น ๆ ความไม่สุขสบายทางร่างกายในมารดาหลังคลอด และการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการนอนหลับ 3) ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้า และ 4) ปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ การสนับสนุนของครอบครัว การดูแลทารก และการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในมารดาหลังคลอด และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพของมารดาที่มีบุตรคนแรก ผู้วิจัยตระหนักถึงคุณภาพการนอนหลับในมารดาที่มีบุตรคนแรก และสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความอ่อนล้า และการสนับสนุนของครอบครัว

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มารดาหลังคลอดร้อยละ 63.80 ได้รับผลกระทบจากความอ่อนล้าในระยะหลังคลอด ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุดของมารดาหลังคลอด (Schytt, Lindmark, & Waldenström, 2005) ทั้งนี้ ความอ่อนล้าในระยะหลังคลอด ตามแนวคิดของ Pugh and Milligan (1993) เป็นภาวะไม่สุขสบายจากการที่ร่างกายของมารดาผ่านการคลอดบุตร ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้แก่ การสูญเสีย น้ำ เลือด พลังงานจากการคลอด รวมถึงมีภาระในการเลี้ยงดูบุตร จึงส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดความอ่อนล้าได้ มีการศึกษาพบว่า มารดามีอาการอ่อนล้าอย่างรุนแรงที่ระยะ 10 วัน 1 เดือน และ 3 เดือนหลังคลอด โดยพบความอ่อนล้าของมารดาหลังคลอดร้อยละ 38.80, 27.10

และ 11.40 ตามลำดับ (Henderson, Alderdice, & Redshaw, 2019) นอกจากนี้ การที่มารดาหลังคลอดเป็นบุคคลหลักในการดูแลเลี้ยงดูบุตร และยังคงดูแลบุตรในเวลากลางวัน ดูแลบุคคลในครอบครัว และทำงานบ้านต่าง ๆ ส่งผลให้มีการนอนหลับไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความอ่อนล้าได้ (Lee & DeJoseph, 1992) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความอ่อนล้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในมารดาหลังคลอด โดยเฉพาะในช่วงเดือนแรกหลังคลอด มารดาที่มีบุตรคนแรกพบปัญหาการนอนหลับ รวมถึงการนอนหลับที่ไม่ดีทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ และมีความง่วงนอนในเวลากลางวัน (Groër et al., 2005; Lee & Lee, 2007) การนอนหลับที่ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายและคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ส่งผลให้มารดาเกิดความอ่อนล้า (Theerakulchai, 2004) โดยมารดาหลังคลอดที่มีความอ่อนล้ามากขึ้นเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมากขึ้น ส่งผลถึงการฟื้นฟูสุขภาพร่างกายของมารดาหลังคลอด (Pugh, Milligan, Parks, Lenz, & Kitzman, 1999) จากการวิเคราะห์ห่อภิมาพบว่า ความอ่อนล้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของมารดาหลังคลอด (Badr & Zauszniewski, 2017) และการศึกษาของ Rychnovsky and Hunter (2009) ในมารดาหลังคลอดที่มีสุขภาพดี ประเมินความอ่อนล้าและคุณภาพการนอนหลับในวันที่ 2 หลังคลอด สัปดาห์ที่ 2 และ 6 หลังคลอด พบว่า ระดับความอ่อนล้าที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับลดลง

ปัจจัยการสนับสนุนของครอบครัว เป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมที่มีแหล่งสนับสนุนมาจากครอบครัว โดยการสนับสนุนของครอบครัวหมายถึง การที่มารดาที่มีบุตรคนแรกได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ญาติพี่น้อง ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนที่มารดาหลังคลอดต้องการและเชื่อว่าบุคคลในครอบครัวให้ความรัก มีความผูกพันซึ่งกันและกัน ให้การดูแลเอาใจใส่ และให้การยกย่อง มีความรู้สึกว่าคุณเองเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว (Schaefer, Coyne, &

Lazarus, 1981) เพื่อให้มารดาที่มีบุตรคนแรกสามารถดูแลตนเองและให้การเลี้ยงดูบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของ Negron, Martin, Almog, Balbierz, and Howell (2013) พบว่า มารดาหลังคลอดระบุว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ การได้รับการช่วยเหลือเป็นสิ่งจำเป็นต่อการฟื้นตัวด้านร่างกายและอารมณ์ และมารดาที่มีความคาดหวังต่อการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะสามีและญาติ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การสนับสนุนของครอบครัวตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ Schaefer et al. (1981) โดยแหล่งสนับสนุนจากครอบครัวแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการสนับสนุนด้านวัตถุหรือการช่วยเหลือบริการ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนของครอบครัว ดังการศึกษาของ Hung and Chen (2014) ที่พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวที่มากขึ้น การดูแลช่วยเหลือในการทำความสะอาดบ้านเรือน ทำให้มารดาในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด ได้รับการพักผ่อน ส่งผลให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น และการศึกษาของจรัสศรี ธีระกุลชัย (Theerakulchai, 2004) ที่พบว่า การสนับสนุนช่วยเหลือของครอบครัวที่มากขึ้น ทำให้มารดาหลังคลอดมีการรบกวนการนอนหลับที่น้อยลง ส่งผลให้ได้รับการนอนหลับพักผ่อนมากขึ้น

การศึกษาคุณภาพการนอนหลับในมารดาหลังคลอดที่ผ่านมา ส่วนใหญ่พบการศึกษาในต่างประเทศที่มีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ดังการศึกษาในประเทศอุตสาหกรรมแถบตะวันตกเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในการนอนหลับ การดูแลทารก การแยกห้องนอนของทารกกับบิดามารดา ในขณะที่ประเทศแถบตะวันออกให้ความสำคัญกับความใกล้ชิดระหว่างมารดากับทารกในเวลากลางคืน เช่น การนอนร่วมเตียงของมารดากับทารก การทำหน้าที่ดูแลทารกโดยมารดาทั้งเวลากลางวันและกลางคืน จึงส่งผลต่อการนอนหลับของมารดา (Kryger, Roth, & Dement, 2017) สำหรับ

ในประเทศไทย ยังไม่พบการศึกษาคุณภาพการนอนหลับ ในมารดาที่มีบุตรคนแรก ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผดุงครรภ์ มีความตระหนักถึงภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด โดยเฉพาะคุณภาพการนอนหลับในมารดาที่มีบุตรคนแรก จึงสนใจศึกษาคุณภาพการนอนหลับในมารดาที่มีบุตรคนแรกและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีปัจจัยด้านร่างกาย คือ ความอ่อนล้า และปัจจัยสถานการณ์ คือ การสนับสนุนของครอบครัว เพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ ในมารดาที่มีบุตรคนแรกให้มีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

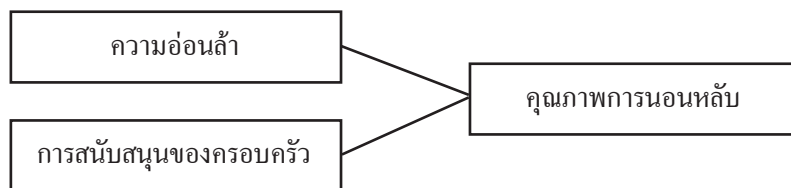
1. เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับในมารดาที่มีบุตรคนแรก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความอ่อนล้า และการสนับสนุนของครอบครัว กับคุณภาพการนอนหลับในมารดาที่มีบุตรคนแรก

สมมติฐานการวิจัย

1. ความอ่อนล้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในมารดาที่มีบุตรคนแรก
2. การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในมารดาที่มีบุตรคนแรก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาคุณภาพการนอนหลับ



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตามแนวคิดของ Buysse et al. (1989) ซึ่งคุณภาพการนอนหลับหมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อความเพียงพอในการนอนหลับเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ อันประกอบด้วย 2 ลักษณะ 7 องค์ประกอบ คือ การนอนหลับเชิงคุณภาพ เป็นการรับรู้ของบุคคลตามการบอกเล่าเกี่ยวกับความลึกของการนอนหลับ ประสิทธิภาพของการนอนหลับ โดยปกติวิสัย การใช้ยานอนหลับ และผลกระทบต่อ การปฏิบัติกิจกรรมในเวลากลางวัน ส่วนการนอนหลับเชิงปริมาณเป็นระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ระยะเวลาตั้งแต่ตื่นนอนจนกระทั่งหลับ และจำนวนครั้งของการตื่นระหว่างหลับในแต่ละคืนหรือการถูกรบกวนการนอนหลับ ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในมารดาที่มีบุตรคนแรกที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา คือ 1) ความอ่อนล้า ผู้วิจัยศึกษาตามแนวคิดของ Pugh and Milligan (1993) โดยความอ่อนล้าเป็นการรับรู้ของบุคคลว่า รู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย อิดโรย ขาดพลังงาน หดแรงแรง ทั้งทางร่างกายและจิตใจ อาจเกิดขึ้นเฉียบพลันหรือเรื้อรัง และ 2) การสนับสนุนของครอบครัว ผู้วิจัยศึกษาตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ Schaefer et al. (1981) โดยแบ่งการสนับสนุนของครอบครัวออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านวัตถุหรือ การช่วยเหลือบริการ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้คาดว่า ความอ่อนล้า และการสนับสนุนของครอบครัวน่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในมารดาที่มีบุตรคนแรก สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นมารดาที่มีบุตรคนแรกในระยะ 4 สัปดาห์หลังคลอด ที่มารับบริการที่หน่วยตรวจหลังคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนอำเภอยี่ 1 เชียงใหม่ ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2563 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) เลี้ยงบุตรด้วยตนเองในระยะหลังคลอดและอาศัยอยู่กับครอบครัว 3) มารดาและทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในระยะคลอดและระยะหลังคลอด 4) สัญชาติไทย และสามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ดี และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางประมาณกลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .30 ซึ่งเป็นค่าในระดับปานกลางที่สามารถใช้ประมาณขนาดตัวอย่างทางการพยาบาลได้ ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 85 คน (Polit & Beck, 2017)

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว และการวางแผนในการมีบุตร จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความอ่อนล้า ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความอ่อนล้า ของ Pugh et al. (1999) ที่ดัดแปลงจากแบบประเมินความอ่อนล้า ของ Yoshitake (1971) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยจรัสศรี ชีระกุลชัย (Theerakulchai, 2004) จำนวน 30 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่รู้สึกเลย รู้สึกเล็กน้อย รู้สึกปานกลาง และรู้สึก

บ่อยมาก ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความอ่อนล้าในระดับน้อย (30-60 คะแนน) ในระดับปานกลาง (61-90 คะแนน) และในระดับมาก (91-120 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนของครอบครัว ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ Schaefer et al. (1981) และการทบทวนวรรณกรรมครอบคลุมการสนับสนุน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุหรือการช่วยเหลือบริการ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วน ก เป็นการสอบถามเกี่ยวกับแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคม โดยให้เขียนตัวเลขเรียงลำดับความสำคัญของบุคคลจากมากไปหาน้อย และส่วน ข เป็นการสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนของครอบครัว จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เป็นความจริงเลย เป็นความจริงเล็กน้อย เป็นความจริงปานกลาง เป็นความจริงเป็นส่วนมาก และเป็นความจริงมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการสนับสนุนของครอบครัวในระดับน้อย (20-46 คะแนน) ในระดับปานกลาง (47-73 คะแนน) และในระดับมาก (74-100 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบวัดคุณภาพการนอนหลับ ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพการนอนหลับ (the Pittsburgh Sleep Quality Index) ของ Buysse et al. (1989) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยตุลยา สิตสุวรรณ, สนทรรศ บุษราทิจ, พิมพ์ รัตนาอัมพวัลย์, และวัฒน์ชัย โชตินัยวัตรกุล (Sitasuwan, Bussaratid, Ruttanaumpawan, & Chotinaiwattarakul, 2014) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับมิติย่อยของการนอนหลับ 7 องค์ประกอบ แบ่งออกเป็น การนอนหลับเชิงคุณภาพ 4 องค์ประกอบ และการนอนหลับเชิงปริมาณ 3 องค์ประกอบ รวมจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด แต่ละองค์ประกอบมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-3 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-21 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน

หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับดี และคะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินการสนับสนุนของครอบครัวไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการผดุงครรภ์ (4 คน) อาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขศาสตร์ และอาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบประเมินความอ่อนล้า แบบประเมินการสนับสนุนของครอบครัว และแบบวัดคุณภาพการนอนหลับ ไปทดลองใช้กับมารดาที่มีบุตรคนแรก ในระยะ 4 สัปดาห์หลังคลอด ที่มารับบริการที่หน่วยตรวจหลังคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .93, .97 และ .82 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 038/2020 วันที่ 13 เมษายน 2563) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 22/2563 วันที่ 21 พฤษภาคม 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนั้นเท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วย

นอกและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่หน่วยตรวจหลังคลอดในขณะที่ยังรอตรวจ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม แบบประเมิน และแบบวัด โดยให้เวลาประมาณ 30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกันยายน 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลคุณภาพการนอนหลับ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความอ่อนล้า และข้อมูลการสนับสนุนของครอบครัว วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างความอ่อนล้า และการสนับสนุนของครอบครัว กับคุณภาพการนอนหลับ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลในมารดาที่มีบุตรคนแรก พบว่า มารดาที่มีบุตรคนแรกส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 78.82 โดยมีอายุเฉลี่ย 26.58 ปี ($SD = 5.07$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่/อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 95.29 มีการศึกษาาระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.88 มีอาชีพเป็นพนักงาน/ลูกจ้างเอกชน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.12 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.65 ส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้ คิดเป็นร้อยละ 81.18 มีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 62.35 และมีการวางแผนในการมีบุตร คิดเป็นร้อยละ 55.29
2. ความอ่อนล้าในมารดาที่มีบุตรคนแรก พบว่า มารดาที่มีบุตรคนแรกมีคะแนนเฉลี่ยความอ่อนล้าในระดับน้อย ($M = 50.11, SD = 11.69$)
3. การสนับสนุนของครอบครัวในมารดาที่มีบุตร

คนแรก พบว่า มารดาที่มีบุตรคนแรกมีคะแนนเฉลี่ย การสนับสนุนของครอบครัวในระดับมาก ($M = 86.44$, $SD = 11.39$)

4. คุณภาพการนอนหลับในมารดาที่มีบุตรคนแรก พบว่า มารดาที่มีบุตรคนแรกส่วนใหญ่มีคุณภาพ การนอนหลับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 77.65 และมีคุณภาพ การนอนหลับดี คิดเป็นร้อยละ 22.35 โดยมีคะแนนเฉลี่ย คุณภาพการนอนหลับอยู่ในกลุ่มมีคุณภาพการนอนหลับ ไม่ดี ($M = 7.81$, $SD = 2.82$)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความอ่อนล้า การสนับสนุน ของครอบครัว และคุณภาพการนอนหลับของมารดาที่มี บุตรคนแรก พบว่า คะแนนความอ่อนล้ามีความสัมพันธ์ ทางบวกกับคะแนนคุณภาพการนอนหลับในมารดาที่มี บุตรคนแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .541$, $p < .001$) ส่วนคะแนนการสนับสนุนของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์ กับคะแนนคุณภาพการนอนหลับในมารดาที่มีบุตร คนแรก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความอ่อนล้า คะแนนการสนับสนุนของครอบครัว และคะแนนคุณภาพการนอนหลับของมารดาที่มีบุตรคนแรก ($n = 85$)

ตัวแปร	คุณภาพการนอนหลับ	
	r	p
ความอ่อนล้า	.541	< .001
การสนับสนุนของครอบครัว	-.096	.382

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า มารดาที่มีบุตรคนแรกส่วนใหญ่ มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีถึงร้อยละ 77.65 และมี คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับอยู่ในกลุ่มมีคุณภาพ การนอนหลับไม่ดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมารดาที่มีบุตรคนแรก มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด จึงเป็นช่วงเวลาในการปรับตัวเพื่อ ฟื้นฟูสุขภาพด้านร่างกายและปรับบทบาทหน้าที่ของ การเป็นมารดา ดังนั้น มารดาที่มีบุตรคนแรกจึงอาจ ประสบความเหน็ดเหนื่อยในการปรับตัวต่อบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้น (Lowdermilk et al., 2016) ทำให้มีเวลาในการพักผ่อนนอนหลับลดลง ส่งผลให้มารดาหลังคลอดที่มีบุตรคนแรกมีการเปลี่ยนแปลง

การนอนหลับและรูปแบบการนอนหลับ ตามแนวคิด คุณภาพการนอนหลับ ของ Buysse et al. (1989) ที่ ประกอบด้วย 2 ลักษณะ 7 องค์ประกอบ คือ การนอนหลับ เชิงคุณภาพ ได้แก่ ความลึกของการนอนหลับ ประสิทธิภาพ ของการนอนหลับโดยปกติวิสัย การใช้นอนหลับ และ ผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมในเวลากลางวัน และ การนอนหลับเชิงปริมาณ ได้แก่ ระยะเวลาการนอนหลับ ในแต่ละคืน ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ และจำนวนครั้งของการตื่นระหว่างหลับในแต่ละคืนหรือ การถูกรบกวนการนอนหลับ แสดงให้เห็นว่า ประสิทธิภาพ ของการนอนหลับที่ลดลงและการถูกรบกวนการนอนหลับ ที่เพิ่มขึ้น เป็นสิ่งที่พบได้ในมารดาที่มีบุตรคนแรก โดยเฉพาะ ในช่วงสัปดาห์แรกถึง 1 เดือนหลังคลอด สอดคล้องกับ การศึกษาของ Signal et al. (2007) ที่พบว่า มารดา หลังคลอดมีระยะเวลาที่นอนหลับได้ในเวลากลางคืน

น้อยที่สุด คือ 5.83 ชั่วโมง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Creti et al. (2017) ที่พบว่า การนอนหลับในเวลากลางคืนของมารดาที่มีบุตรคนแรกในระยะ 2 เดือนหลังคลอด มีเวลานอนรวมเฉลี่ย 6.29 ชั่วโมง

นอกจากนี้ การที่มารดาที่มีบุตรคนแรกส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดียังคงอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงวัยที่มีความพร้อมด้านวุฒิภาวะและฐานะทางเศรษฐกิจ มีความพร้อมในการมีครอบครัว โดยมีการวางแผนในการมีบุตรถึงร้อยละ 55.29 จึงมีความตั้งใจ ความรับผิดชอบ และทุ่มเทในการดูแลบุตรด้วยตนเอง ตลอดเวลาทั้งในเวลากลางวันและเวลากลางคืน จึงอาจส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ประกอบกับมารดาหลังคลอดจะต้องปรับตัวตอบบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้น และมารดาที่มีบุตรคนแรกต้องมีหน้าที่ในการดูแลบุตร การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และการทำกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลบุตร ทำให้ต้องใช้เวลามากกว่ามารดาที่ผ่านการมีบุตรมาแล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของสินาพร วิทยานิพนธ์ (2553) ที่พบว่า มารดาที่ให้นมบุตรในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีถึงร้อยละ 79.20 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ko, Chen, Wang, and Su (2014) ที่พบว่า มารดาหลังคลอดที่มีบุตรคนแรกมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีถึงร้อยละ 87.50 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Wen, Ko, Jou, and Chien (2018) ที่พบว่า มารดาที่มีอายุมากกว่า 35 ปี มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีในช่วง 3 เดือนหลังคลอด ร้อยละ 61.60

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความอ่อนล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนคุณภาพการนอนหลับในมารดาที่มีบุตรคนแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า มารดาที่มีบุตรคนแรกที่มีความอ่อนล้ามากจะมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมาก โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความอ่อนล้าในระดับน้อย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า มารดาที่มีบุตรคนแรกในระยะ 4 สัปดาห์หลังคลอด เป็นช่วงที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงและกลับคืนสู่สภาวะปกติ

เหมือนก่อนตั้งครรภ์ แต่มีบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาที่มีความรับผิดชอบเพิ่มขึ้น ทำให้มารดาเกิดความอ่อนล้าในระยะหลังคลอด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีอายุเฉลี่ย 26.58 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจได้ และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่/อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 95.29) จึงต้องทำหน้าที่ทั้งภรรยาและมารดาในการดูแลครอบครัวและบุตร รวมทั้งการทำงานบ้านต่าง ๆ อาจส่งผลให้มารดาเกิดความอ่อนล้าได้ (Lee & DeJoseph, 1992) โดยมารดาหลังคลอดที่มีความอ่อนล้าจะมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ดังการวิเคราะห์ห่อภิมาณที่พบว่า ความอ่อนล้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของมารดาหลังคลอด (Badr & Zauszniewski, 2017) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Groër et al. (2005) ที่พบว่า ความอ่อนล้าของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรคนแรกในระยะ 4-6 สัปดาห์ มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ ทำให้เกิดอาการง่วงนอนเพิ่มขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนการสนับสนุนของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพการนอนหลับในมารดาที่มีบุตรคนแรก โดยมารดามีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนของครอบครัวในระดับมาก และมีแหล่งสนับสนุน คือ สามีและมารดาของตนเอง ซึ่งบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทยจะมีการดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลกันภายในครอบครัว มีความรักใคร่และผูกพันกันแบบเครือญาติ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายถึงร้อยละ 62.35 และจากการสอบถามพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดูแลบุตรด้วยตนเอง เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และนอนร่วมเตียงกับทารก จึงอธิบายได้ว่า แม้วากกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลช่วยเหลือในทุก ๆ ด้านจากบุคคลในครอบครัว แต่ในระยะหลังคลอดมารดาต้องมีการปรับตัวหลายด้าน มีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้น เวลาส่วนใหญ่จะใช้ในการดูแลบุตร ไม่มีเวลาส่วนตัวในการดูแลตนเอง และการที่มารดานอนร่วมเตียงกับทารกและมีความห่วงกังวลเกี่ยวกับการตื่นของทารก ทำให้เป็นสิ่งรบกวนการนอนหลับของมารดา จึงส่งผล

ต่อคุณภาพการนอนหลับได้ จึงกล่าวได้ว่า การที่มารดาที่มีบุตรคนแรกได้รับการสนับสนุนของครอบครัวในทางบวกหรือทางลบไม่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของมารดา ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Ko et al. (2014) ที่พบว่า มารดาหลังคลอดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น จะมีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทางการพยาบาลควรมีการประเมินความอ่อนล้าในมารดาที่มีบุตรคนแรกโดยใช้แบบประเมินความอ่อนล้า รวมทั้งประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้แบบวัดคุณภาพการนอนหลับ และนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับให้ดียิ่งขึ้น

1.2 ในการจัดการเรียนการสอนด้านการผดุงครรภ์ อาจารย์พยาบาลควรส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพการนอนหลับในมารดาหลังคลอด

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในมารดาที่มีบุตรคนแรก เช่น อายุ ความวิตกกังวล ความเครียด และควรมีการศึกษาคุณภาพการนอนหลับในมารดาหลังคลอดกลุ่มอื่นๆ เช่น มารดาวัยรุ่นหลังคลอด มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด

เอกสารอ้างอิง

สินาวรร วิทยานิชชัย. (2553). *ความหุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในมารดาที่ให้นมทารก ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Badr, H. A., & Zauszniewski, J. A. (2017). Meta-analysis of the predictive factors of postpartum fatigue. *Applied Nursing Research, 36*, 122–127. doi:10.1016/j.apnr.2017.06.010

Blackburn, S. T. (2013). *Maternal, fetal, & neonatal physiology: A clinical perspective* (4th ed.). St. Louis: Saunders.

Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research, 28*(2), 193–213. doi:10.1016/0165-1781(89)90047-4

Christian, L. M., Carroll, J. E., Teti, D. M., & Hall, M. H. (2019). Maternal sleep in pregnancy and postpartum part I: Mental, physical, and interpersonal consequences. *Current Psychiatry Reports, 21*(3), 20. doi:10.1007/s11920-019-0999-y

Creti, L., Libman, E., Rizzo, D., Fichten, C. S., Bailes, S., Tran, D. L., & Zekowitz, P. (2017). Sleep in the postpartum: Characteristics of first-time, healthy mothers. *Sleep Disorders, 2017*, 1–10. doi:10.1155/2017/8520358

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (Eds.). (2018). *Williams Obstetrics* (25th ed.). New York: McGraw-Hill Education.

Filtiness, A. J., MacKenzie, J., & Armstrong, K. (2014). Longitudinal change in sleep and daytime sleepiness in postpartum women. *PLoS One, 9*(7), e103513. doi:10.1371/journal.pone.0103513

- Groër, M., Davis, M., Casey, K., Short, B., Smith, K., & Groër, S. (2005). Neuroendocrine and immune relationships in postpartum fatigue. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing, 30*(2), 133–138. doi:10.1097/00005721-200503000-00012
- Henderson, J., Alderdice, F., & Redshaw, M. (2019). Factors associated with maternal postpartum fatigue: An observational study. *BMJ Open, 9*(7), e025927. doi:10.1136/bmjopen-2018-025927
- Horowitz, J. A., & Damato, E. G. (1999). Mother's perceptions of postpartum stress and satisfaction. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 28*(6), 595–605. doi:10.1111/j.1552-6909.1999.tb02168.x
- Hung, H. M., & Chen, C. H. (2014). Sleep quality in postpartum women: Exploring correlation with childbirth experience and household work. *The Journal of Nursing Research, 22*(1), 20–27. doi:10.1097/jnr.0000000000000015
- Ko, S. H., Chen, C. H., Wang, H. H., & Su, Y. T. (2014). Postpartum women's sleep quality and its predictors in Taiwan. *Journal of Nursing Scholarship, 46*(2), 74–81. doi:10.1111/jnu.12053
- Kryger, M., Roth, T., & Dement, W. C. (Eds.). (2017). *Principles and practice of sleep medicine* (6th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier.
- Lawson, A., Murphy, K. E., Sloan, E., Uleryk, E., & Dalfen, A. (2015). The relationship between sleep and postpartum mental disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 176*, 65–77. doi:10.1016/j.jad.2015.01.017
- Lee, K. A., & DeJoseph, J. F. (1992). Sleep disturbances, vitality, and fatigue among a select group of employed childbearing women. *Birth, 19*(4), 208–213. doi:10.1111/j.1523-536X.1992.tb00404.x
- Lee, S. Y., & Lee, K. A. (2007). Early postpartum sleep and fatigue for mothers after cesarean delivery compared with vaginal delivery: An exploratory study. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 21*(2), 109–113. doi:10.1097/01.JPN.0000270627.73993.b0
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K., Alden, K. R., & Olshansky, E. F. (2016). *Maternity & Women's Health Care* (11th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Mindell, J. A., Sadeh, A., Kwon, R., & Goh, D. Y. T. (2015). Relationship between child and maternal sleep: A developmental and cross-cultural comparison. *Journal of Pediatric Psychology, 40*(7), 689–696. doi:10.1093/jpepsy/jsv008
- Montgomery-Downs, H. E., Stremmler, R., & Insana, S. P. (2013). Postpartum sleep in new mothers and fathers. *The Open Sleep Journal, 6*(Suppl. 1), 87–97. doi:10.2174/1874620901306010087

- National Sleep Foundation. (2012). *2007 Women and sleep*. Retrieved from <http://www.sleepfoundation.org/article/sleepamerica-polls/2007-women-and-sleep>
- Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2013). Social support during the postpartum period: Mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Maternal and Child Health Journal, 17*(4), 616–623. doi:10.1007/s10995-012-1037-4
- Okun, M. L., Mancuso, R. A., Hobel, C. J., Schetter, C. D., & Coussons-Read, M. (2018). Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum women. *Journal of Behavioral Medicine, 41*(5), 703–710. doi:10.1007/s10865-018-9950-7
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health.
- Pugh, L. C., & Milligan, R. (1993). A framework for the study of childbearing fatigue. *Advances in Nursing Science, 15*(4), 60–70. doi:10.1097/00012272-199306000-00007
- Pugh, L. C., Milligan, R., Parks, P. L., Lenz, E. R., & Kitzman, H. (1999). Clinical approaches in the assessment of childbearing fatigue. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 28*(1), 74–80. doi:10.1111/j.1552-6909.1999.tb01967.x
- Ranjbaran, Z., Keefer, L., Stepanski, E., Farhadi, A., & Keshavarzian, A. (2007). The relevance of sleep abnormalities to chronic inflammatory conditions. *Inflammation Research, 56*(2), 51–57. doi:10.1007/s00011-006-6067-1
- Rychnovsky, J., & Hunter, L. P. (2009). The relationship between sleep characteristics and fatigue in healthy postpartum women. *Women's Health Issues, 19*(1), 38–44. doi:10.1016/j.whi.2008.07.015
- 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
- Schytt, E., Lindmark, G., & Waldenström, U. (2005). Physical symptoms after childbirth: Prevalence and associations with self-rated health. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 112*(2), 210–217. doi:10.1111/j.1471-0528.2004.00319.x
- Signal, T. L., Gander, P. H., Sangalli, M. R., Travier, N., Firestone, R. T., & Tuohy, J. F. (2007). Sleep duration and quality in healthy nulliparous and multiparous women across pregnancy and post-partum. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 47*(1), 16–22. doi:10.1111/j.1479-828X.2006.00672.x

- Sitasuwan, T., Bussaratid, S., Ruttanaumpawan, P., & Chotinaiwattarakul, W. (2014). Reliability and validity of the Thai Version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Journal of the Medical Association of Thailand, 97*(Suppl. 3), 57–67. Retrieved from <https://www.thaiscience.info/journals/Article/JMAT/10905931.pdf>
- Swain, A. M., O'Hara, M. W., Starr, K. R., & Gorman, L. L. (1997). A prospective study of sleep, mood, and cognitive function in postpartum and nonpostpartum women. *Obstetrics & Gynecology, 90*(3), 381–386. doi:10.1016/S0029-7844(97)89252-6
- Taveras, E. M., Rifas-Shiman, S. L., Rich-Edwards, J. W., Gunderson, E. P., Stuebe, A. M., & Mantzoros, C. S. (2011). Association of maternal short sleep duration with adiposity and cardiometabolic status at 3 years postpartum. *Obesity, 19*(1), 171–178. doi:10.1038/oby.2010.117
- Theerakulchai, J. (2004). *Factors related to fatigue and fatigue management among Thai postpartum women* (Doctoral dissertation). Chiang Mai University.
- Watson, N. F., Badr, M. S., Belenky, G., Bliwise, D. L., Buxton, O. M., Buysse, D., ... Tasali, E. (2015). Recommended amount of sleep for a healthy adult: A Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. *Sleep, 38*(6), 843–844, doi:10.5665/sleep.4716
- Wen, S. Y., Ko, Y. L., Jou, H. J., & Chien, L. Y. (2018). Sleep quality at 3 months postpartum considering maternal age: A comparative study. *Women and Birth, 31*(6), e367–e373. doi:10.1016/j.wombi.2018.02.004
- Yoshitake, H. (1971). Relations between the symptoms and the feeling of fatigue. *Ergonomics, 14*(1), 175–186. doi:10.1080/00140137108931236
-

การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ Social Network Development for the Elderly Care

ยุวดี รอดจากภัย, ส.ด. (สุขศึกษา) ¹

Yuvadee Rodjarkpai, Dr.P.H. (Health Education) ¹

กุลวดี โรจนไพศาลกิจ, ส.ด. (สุขศึกษา) ²

Kunwadee Rojpaisarnkit, Dr.P.H. (Health Education) ²

Received: October 15, 2020

Revised: December 11, 2022

Accepted: December 12, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาและประเมินผลการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุ จำนวน 150 คน และผู้ให้บริการ จำนวน 45 คน ในจังหวัดชลบุรี ฉะเชิงเทรา สระแก้ว จันทบุรี และตราด เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่น .79 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่น .72 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ แบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ให้บริการ มีค่าความเชื่อมั่น .96 และแบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจของผู้ให้บริการ มีค่าความเชื่อมั่น .90 ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2560 ถึงเดือนสิงหาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired *t*-test และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) เครือข่ายทางสังคมหลักในการดูแลผู้สูงอายุในทุกพื้นที่ศึกษา คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชมรมผู้สูงอายุ และแกนนำชุมชน โดยมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคมและจิตวิญญาณ 2) การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทาง

¹ รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Associate Professor, Faculty of Public Health, Burapha University

² รองศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์

² Associate Professor, Faculty of Science and Technology, Rajabhat Rajanagarindra University

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

สังคม และการสร้างการมีส่วนร่วม ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ ซึ่งทำให้ได้แนวทางการดำเนินงานของเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับพื้นที่ และ 3) หลังการพัฒนาผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 70.083, p < .001$ และ $t = 75.330, p < .001$ ตามลำดับ) และผู้ให้บริการมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.019, p < .001$ และ $t = 13.813, p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุควรมีการติดตามและสนับสนุนการเชื่อมโยงเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการ เครือข่ายทางสังคม การดูแลผู้สูงอายุ

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate the social network development for the elderly care. The participants consisted of 150 elderly people and 45 service providers in Chonburi, Chachoengsao, Sa Kaeo, Chanthaburi, and Trat Provinces. The research instruments were composed of the guideline for focus group discussion, the general information interview form for elderly people, the self-worth interview form for elderly people with reliability of .79, the health behavior interview form for elderly people with reliability of .72, the general information interview form for service provider, the self-worth interview form for service provider with reliability of .96, and the empowerment interview form for service provider with reliability of .90. The implementation and data collection were conducted from September, 2017 to August, 2019. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, paired *t*-test, and content analysis.

The research results revealed that 1) the main social network for the elderly care in all study areas was district health promoting hospital, village health volunteer, local government organization, elderly club, and community leaders. The health promotion activities for elderly people covered physical, mental, and social and spiritual aspects; 2) the results of the social network development for the elderly care using the process of empowerment, social support, and building participation causing the sharing of knowledge, opinions, and experiences which resulting in getting the suitable guidelines for operating social network for the elderly care; and 3) after the development, elderly people had statistically significantly higher mean scores of self-worth and health behaviors than those

of before the development ($t = 70.083, p < .001$ and $t = 75.330, p < .001$, respectively) and service providers had statistically significantly higher mean scores of self-worth and empowerment than those of before the development ($t = 10.019, p < .001$ and $t = 13.813, p < .001$, respectively).

This research suggests that the elderly care agencies should monitor and promote the linkage of social network for the elderly care in order to enhance the continuity of cooperation of the elderly care.

Keywords: Elderly people, Service providers, Social network, Elderly care

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย (Khavinson, Popovich, & Mikhailova, 2020) สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุพบว่า จากปี พ.ศ. 2523 ไปจนถึงปี พ.ศ. 2563 ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 300 โดยมีอายุคาดเฉลี่ย (life expectancy) สูงขึ้น และจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกคาดว่า ในปี ค.ศ. 2050 จะมีประชากรโลกที่เป็นผู้สูงอายุที่อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 395 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 80 (กุลวดี โรจนไพศาลกิจ และยวดี รอดจากภัย, 2561) ปัญหาสำคัญที่พบในผู้สูงอายุไทยคือ ปัญหาทางเศรษฐกิจและสุขภาพ เมื่อพิจารณาจากสุขภาพจากจำนวนปีที่คาดหวังว่าจะมีสุขภาพดี (healthy life expectancy) พบว่า การที่ประชากรไทยมีชีวิตยืนยาวขึ้นจะเป็นช่วงชีวิตที่มีการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นและมีจำนวนปีที่คาดหวังว่าจะมีสุขภาพดีลดลงเป็นลำดับตามอายุที่เพิ่มขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) โดยในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุจำนวน 10,225,322 คน คิดเป็นร้อยละ 15.45 ของประชากรทั้งหมดในประเทศ โดยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้สูงอายุจำนวน 656,732 คน คิดเป็นร้อยละ 13.84 ของประชากรทั้งหมดในภาค สำหรับจังหวัดที่เป็นพื้นที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้พบว่า จังหวัดชลบุรีมีผู้สูงอายุ

จำนวน 184,912 คน คิดเป็นร้อยละ 12.25 จังหวัดฉะเชิงเทรา มีผู้สูงอายุจำนวน 112,387 คน คิดเป็นร้อยละ 15.83 จังหวัดสระแก้วมีผู้สูงอายุจำนวน 75,101 คน คิดเป็นร้อยละ 13.36 จังหวัดจันทบุรีมีผู้สูงอายุจำนวน 87,594 คน คิดเป็นร้อยละ 16.39 และจังหวัดตราดมีผู้สูงอายุจำนวน 36,155 คน คิดเป็นร้อยละ 15.74 (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2560)

ปัจจุบันรัฐบาลให้ความสำคัญกับการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ครอบคลุมจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยคาดว่าในปี พ.ศ. 2570 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (aged society) ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และปัญหาแรงงาน แนวทางหนึ่งในการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ คือ มาตรการด้านสังคมในการสร้างโครงข่ายสังคมผู้สูงอายุในรูปแบบชุมชนภิบาล (community governance) ภายใต้ระบบอภิบาลที่เน้นการเชื่อมโยงหน่วยงานหรือการสร้างเครือข่ายการอภิบาล (network governance) เพื่อให้เกิดการอภิบาลแบบร่วมมือ (collaborative governance) ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ชุมชน และประชาชน เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายที่มีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ไม่พึ่งพิงเฉพาะเครือข่ายภาครัฐ (พลรัฐวิชัย วงษ์พิริยชัย, ชมภูงุช หุ่นนาค,

ศิริพร เข้มนิล, และประกาศ ปันตบแต่ง, 2562) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การสร้างเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุถือเป็นการดำเนินการตามแนวทางของชุมชนกิบาลหรือการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน ซึ่งเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุอาจประกอบด้วยหน่วยงาน บุคคล และกลุ่มบุคคลในชุมชนที่เข้ามามีบทบาทในการหนุนเสริมกระบวนการดำเนินงานในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และวารการ เกรียงไกรศักดิ์, 2560) ตลอดจนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ อันจะช่วยลดอัตราการเกิดผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงที่อาจก่อให้เกิดปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน การส่งเสริมการใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้สูงอายุ การเสริมพลังและใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองในชุมชนได้และนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี (พักัสสรณ์ วรรักษ์ธีระกุล, 2561)

สำหรับความสำคัญของเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุนั้น จากสถานการณ์ในอนาคตที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในลักษณะที่ลดลง กล่าวคือ จำนวนสมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มลดลง ครอบครัวมีขนาดเล็กส่งผลกระทบต่อภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ซึ่งคาดว่าจะเป็ปัจจัยที่ทำให้ครอบครัวอ่อนแอลงจนถึงระดับที่ไม่สามารถรับกับบทบาทการดูแลที่เป็นที่คาดหวังของสังคมได้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2559) ร่วมกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น และความต้องการของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายและยังไม่ได้รับการดูแลที่ทั่วถึง ประกอบกับเครือข่ายทางสังคม ภาครัฐ ภาคเอกชน และชมรมอาสาสมัครที่ทำหน้าที่ดูแลยังดำเนินการได้ไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงและขาดความต่อเนื่อง (กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ, 2561; ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย, 2557)

จากสถานการณ์ปัญหาข้างต้น ผู้วิจัยเห็นว่าการจำเป็นที่จะต้องเร่งดำเนินการแก้ไขโดยการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ (ช่วยเสริมสร้าง

ความสามารถและพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการ) การสนับสนุนทางสังคม (ช่วยสนับสนุนการทำงานของ ผู้ให้บริการ ช่วยลดความเครียดจากการทำงาน) และการสร้างการมีส่วนร่วม (ช่วยส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายการทำงาน) ส่งผลต่อศักยภาพของผู้ให้บริการในการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ (ชนิดา เตชะปັນ, ลิวลิรัตน์ปัญญา, และสามารถ ใจเต็ย, 2562) และส่งผลต่อผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง (กุนนที พุ่มสงวน, 2557) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิลปสวยระวีแสงสุรย์ (2559) ที่ระบุว่า การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ดังนั้น การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุภายใต้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ซึ่งดำเนินการในการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นกลไกที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุไทยมีสุขภาพที่ดีและก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุแบบพดุมพลัง (active aging) ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

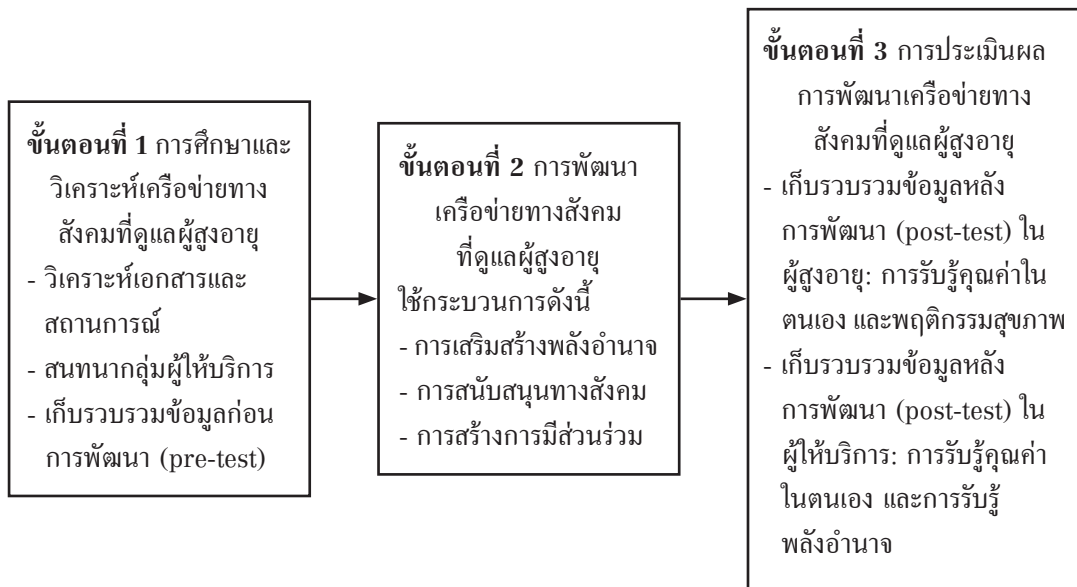
1. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ
2. เพื่อพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการสร้างเครือข่ายทางสังคม โดยเริ่มจากการวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคม การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจและการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และการประเมินผลการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ โดยแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

(empowerment) ประยุกต์จากแนวคิดของ Wallerstein and Bernstein (1988) และแนวคิดของ Minkler, Wallerstein, and Wilson (1990) ในการสร้างพลังให้เกิดการกระทำทางสังคม (social action process) ที่ส่งเสริมให้บุคคล องค์กร และชุมชนสามารถควบคุมตนเอง หรือมีความสามารถในการเลือกกำหนดอนาคตของตน ชุมชน และสังคม และร่วมมือกันกระทำในการเปลี่ยนแปลงชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่ตนอาศัยอยู่ ส่วนการสนับสนุนทางสังคม (social support) ประยุกต์จากแนวคิดของ House (1981) ซึ่งได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคมออกเป็น

4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมิณผล การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านเครื่องมือ สำหรับการสร้างเครือข่ายทางสังคม (social network) ประยุกต์จากแนวคิดที่สรุปโดย Burt (2000) ที่ว่า เครือข่ายทางสังคมประกอบด้วยบุคคลที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันตามบทบาทหรือหน้าที่ของแต่ละคนหรือคู่ความสัมพันธ์ โดยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลขึ้นอยู่กับพื้นฐานของการรับรู้และการตัดสินใจในการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันระหว่างคู่ความสัมพันธ์ทั้งด้านวัตถุและด้านจิตใจ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย และระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาและวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ 2) การพัฒนาเครือข่าย

ทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ และ 3) การประเมินผลการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ โดยดำเนินการในพื้นที่ศึกษา คือ จังหวัดชลบุรี จะเชิงเทรา สระแก้ว จันทบุรี และตราด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุ ประชากรเป็นผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี ฉะเชิงเทรา สระแก้ว จันทบุรี และตราด ในปี พ.ศ. 2560 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับประโยชน์จากเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษา และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างจังหวัดละ 30 คน รวมจำนวน 150 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้ให้บริการ ประชากรเป็นผู้ให้บริการ (ประกอบด้วยอาจารย์ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของเทศบาล พยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ในจังหวัดชลบุรี ฉะเชิงเทรา สระแก้ว จันทบุรี และตราด ในปี พ.ศ. 2560 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นผู้ให้บริการที่มีบทบาทในการดำเนินการพัฒนาผู้สูงอายุในแต่ละเครือข่าย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างจังหวัดละ 9 คน รวมจำนวน 45 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 7 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น สำหรับใช้ในการสนทนากลุ่มผู้ให้บริการ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานของเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ และแนวทางการเชื่อมร้อยการทำงานของเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ การพักอาศัย และโรคประจำตัว จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้คุณค่าในตนเองในระดับไม่ดี (1-13 คะแนน) ในระดับปานกลาง (14-27 คะแนน) และในระดับดี (28-40 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับไม่ดี (1-41 คะแนน) ในระดับปานกลาง (42-83 คะแนน) และในระดับดี (84-125 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา และบทบาทการปฏิบัติงาน จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ให้บริการ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้คุณค่าในตนเองในระดับไม่ดี (1-16 คะแนน) ในระดับปานกลาง (17-33 คะแนน) และในระดับดี (34-50 คะแนน)

ชุดที่ 7 แบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจของผู้ให้บริการ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้พลังอำนาจในระดับไม่ดี (1-5 คะแนน) ในระดับปานกลาง (6-10 คะแนน) และในระดับดี (11-15 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ให้บริการ และแบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจของผู้ให้บริการ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์มหาวิทยาลัยผู้เชี่ยวชาญงานวิจัยด้านผู้สูงอายุ (3 คน) และนักวิชาการสาธารณสุขที่มีประสบการณ์การวิจัยด้านผู้สูงอายุ (2 คน) ได้คำดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุและผู้ให้บริการในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวน อำเภอนมสาร จันทบุรี จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มละ 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .79, .72, .96 และ .90 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ IRB 135/2558 วันที่ 30 สิงหาคม 2560) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ดำเนินการในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน 2560 โดยผู้วิจัยศึกษาผลงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง คัดเลือกหน่วยงานที่มีความพร้อมและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และชี้แจงสร้างความเข้าใจแก่ผู้ประสานงานในพื้นที่ศึกษาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และบทบาทของหน่วย

งานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความร่วมมือและการประสานงานที่ดี

ระยะที่ 2 แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ ดำเนินการในช่วงเดือนธันวาคม 2560 ถึงเดือนกรกฎาคม 2561 โดยผู้วิจัยทำการศึกษาและวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุในหน่วยงานที่คัดเลือกไว้ โดยการวิเคราะห์เอกสารและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการสนทนากลุ่มผู้ให้บริการครั้งละ 9 คน (ตามพื้นที่ศึกษา) เพื่อค้นหาแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้แนวทางการสนทนากลุ่ม ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิด้วย ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มครั้งละ 45-90 นาที จากนั้นดำเนินการให้ผู้สูงอายุและผู้ให้บริการในแต่ละพื้นที่ที่ศึกษาตอบแบบสัมภาษณ์ ก่อนการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ (pre-test) โดยผู้สูงอายุตอบแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้เวลา 35-40 นาที ส่วนผู้ให้บริการตอบแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ แบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ให้บริการ และแบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจของผู้ให้บริการ โดยใช้เวลา 15-20 นาที ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิด้วย

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ ดำเนินการในช่วงเดือนสิงหาคม 2561 ถึงเดือนกรกฎาคม 2562 โดยผู้วิจัยนำผลการศึกษาก่อนหน้า มากำหนดแนวทางและกิจกรรมการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการสร้างการมีส่วนร่วม ดังนี้ 1) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้สูงอายุและผู้ให้บริการในการพัฒนาสุขภาพของตนเอง) ดำเนินการผ่าน

กิจกรรมแต่งแต้มสีสันจินตนาการไว้ขีดจำกัด กิจกรรมเรียนรู้การดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ต้นแบบ และกิจกรรมการเรียนรู้ภูมิปัญญาผู้สูงอายุ 2) การสนับสนุนทางสังคม (การส่งเสริมการสร้างเครือข่ายทางสังคมในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ) ดำเนินการผ่านกิจกรรมการเชื่อมร้อยเครือข่ายทางสังคมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และกิจกรรมในแต่ละพื้นที่ศึกษา เช่น การออกกำลังกายด้วยไม้ตาล การเดินบาสโลบ การทำอาหารสำหรับผู้สูงอายุ และ 3) การสร้างการมีส่วนร่วม (การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและผู้ให้บริการได้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกกระบวนการและขั้นตอนของการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ) ดำเนินการผ่านกิจกรรมการประชุมระดมความคิดเห็น และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินกิจกรรมและการประเมินผล ทั้งนี้มีการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างตัวแทนผู้สูงอายุกับตัวแทนผู้ให้บริการในแต่ละพื้นที่ศึกษา เป็นเวลา 2 วัน จากนั้นตัวแทนผู้สูงอายุและตัวแทนผู้ให้บริการดังกล่าว นำลงไปทำกิจกรรมในพื้นที่ตนเอง โดยผู้วิจัยลงพื้นที่ติดตามหนุนเสริมการดำเนินงานทุก 4 เดือน รวมทั้งสิ้น 3 ครั้ง (กระบวนการในการหนุนเสริมการดำเนินงานประกอบด้วย การทบทวนเป้าหมายการดำเนินการ การติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และการให้ข้อเสนอแนะในกรณีพบปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินการ)

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ ดำเนินการในเดือนสิงหาคม 2562 โดยผู้วิจัยดำเนินการให้ผู้สูงอายุและผู้ให้บริการในแต่ละพื้นที่ศึกษาตอบแบบสัมภาษณ์ หลังการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ (post-test) โดยผู้สูงอายุตอบแบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้เวลา 25-30 นาที ส่วนผู้ให้บริการตอบแบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ให้บริการ และแบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจของผู้ให้บริการ โดยใช้เวลา 10-15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ และข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ วิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ข้อมูลการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ให้บริการ และข้อมูลการรับรู้พลังอำนาจของผู้ให้บริการ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ การเปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และการเปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ให้บริการ และการรับรู้พลังอำนาจของผู้ให้บริการ ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาและวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษาประกอบด้วย 1) หน่วยงานระดับพื้นที่ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชมรมผู้สูงอายุ หน่วยงานเอกชนในพื้นที่ 2) หน่วยงานระดับจังหวัด เช่น องค์กรบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สถาบันอุดมศึกษาในจังหวัด เช่น มหาวิทยาลัยราชภัฏ วิทยาลัยชุมชน และ 3) บุคคลและกลุ่มบุคคล เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แกนนำภาคประชาชน โดยพบว่า เครือข่ายทางสังคมหลักในการดูแลผู้สูงอายุในทุกพื้นที่ศึกษา คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชมรมผู้สูงอายุ และแกนนำชุมชน โดยกิจกรรมที่ดำเนินการในเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุประกอบด้วย 1) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทางกาย เช่น การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร 2) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ทางจิต เช่น การสวดมนต์ การปฏิบัติธรรม และ 3) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทางสังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการดำเนินการให้เกิดสังคมที่เอื้อเพื่อเผื่อแผ่กัน เช่น การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ กิจกรรมทัศนศึกษาแหล่งเรียนรู้ กิจกรรมงานบุญตามประเพณีไทย เช่น กิจกรรมวันสงกรานต์ พิธีรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ

2. ผลการดำเนินการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุทำให้เกิดการเชื่อมโยงเครือข่ายการดำเนินงานและแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานของเครือข่าย

ทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษา เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินการและการสร้างทีมงานของแต่ละพื้นที่ศึกษา โดยเกิดการเชื่อมโยงเครือข่ายการดำเนินงานทั้งในระดับบุคคล ระดับพื้นที่ และระดับจังหวัด ส่งผลต่อการได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานจากหลายภาคส่วน ภายใต้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการสร้างการมีส่วนร่วมทำให้เกิดเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการซึ่งแนวทางการดำเนินงานของเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ แสดงในแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 แนวทางการดำเนินงานของเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ

3. ผลการประเมินผลการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ

3.1 ผลที่เกิดกับผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 74 มีอายุอยู่ในช่วง 67-82 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 โดยมีอายุเฉลี่ย 69.19 ปี ($SD = 7.74$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 66 นับถือศาสนา

พุทธ คิดเป็นร้อยละ 99.30 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.70 ประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ คิดเป็นร้อยละ 54 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,500 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.70 โดยมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 5,239 บาท ($SD = 9,914.50$) มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.30 ส่วนใหญ่พักอาศัยร่วมกับผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ 96.40 และมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง

มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.70

3.1.1 การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุทั้งหมดมีการรับรู้คุณค่าในตนเองในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนหลังการพัฒนา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 82.70 และในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 17.30 เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนา ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 70.083, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

3.1.2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุทั้งหมดมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนหลังการพัฒนา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 88 และในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 12 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนา ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 75.330, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ ($n = 150$)

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
การรับรู้คุณค่าในตนเอง	21.36	2.87	24.29	3.65	70.083	< .001
พฤติกรรมสุขภาพ	59.98	8.46	61.04	7.76	75.330	< .001

3.2 ผลที่เกิดกับผู้ให้บริการ

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ พบว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.10 มีอายุอยู่ในช่วง 37–56 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 โดยมีอายุเฉลี่ย 44.91 ปี ($SD = 11.43$) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.80 และมีบทบาทการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.30

3.2.1 การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ให้บริการ พบว่า ก่อนการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 91.10 และในระดับดี

คิดเป็นร้อยละ 9.90 ส่วนหลังการพัฒนา ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 75.60 และในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 24.40 เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ให้บริการระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนา ผู้ให้บริการมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.019, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

3.2.2 การรับรู้พลังอำนาจของผู้ให้บริการ พบว่า ก่อนการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีการรับรู้พลังอำนาจในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 91.10 และในระดับดี คิดเป็น

ร้อยละ 9.90 ส่วนหลังการพัฒนาฯ ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ มีการรับรู้พลังอำนาจในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 95.60 และในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 4.40 เมื่อเปรียบเทียบ การรับรู้พลังอำนาจของผู้ให้บริการระหว่างก่อนกับหลัง

การพัฒนาฯ พบว่า หลังการพัฒนาฯ ผู้ให้บริการมี คะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจสูงกว่าก่อนการพัฒนาฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.813, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ ของผู้ให้บริการ ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ (n = 45)

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p
	M	SD	M	SD		
การรับรู้คุณค่าในตนเอง	29.04	3.62	36.20	3.67	10.019	< .001
การรับรู้พลังอำนาจ	5.76	2.59	13.38	2.80	13.813	< .001

นอกจากนี้ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ในการประเมินผลเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า เมื่อมีกระบวนการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแล ผู้สูงอายุโดยใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุน ทางสังคม และการสร้างการมีส่วนร่วม ในพื้นที่ศึกษา 5 จังหวัด ได้แก่ ชลบุรี ฉะเชิงเทรา สระแก้ว จันทบุรี และตราด เครือข่ายเหล่านี้ได้ดำเนินการดูแลผู้สูงอายุใน พื้นที่อย่างต่อเนื่อง มีการขยายเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมของเครือข่ายฯ มีการจัดประชุมแลกเปลี่ยน ความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ในประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การนำภูมิปัญญาท้องถิ่น มาใช้ การออกกำลังกายโดยใช้ก้านตาล การส่งเสริม การร่วมคิดและร่วมทบทวนแผนและผลการดำเนินงาน ของชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่จากอดีตถึงปัจจุบัน การค้นหา จุดเด่นและจุดที่ควรพัฒนาของชมรมผู้สูงอายุภายใต้ แนวคิดการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อนำผล มาใช้ในการกำหนดแนวทางการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ และการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุให้มีการดำเนินงานที่มี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น รวมถึงการนำความรู้ที่ได้จาก การเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ

ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ เช่น การประกอบอาหารที่ เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การปลูกผักปลอดสารพิษ การทำ ขนมน้ำเปียะขาววัง

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตาม วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า เครือข่ายทางสังคมหลักใน การดูแลผู้สูงอายุในทุกพื้นที่ศึกษา คือ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชมรมผู้สูงอายุ และแกนนำชุมชน เนื่องจากเป็นเครือข่ายที่มีการดำเนินการ ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และวรากร เกรียงไกรศักดิ์ดา (2560) ที่พบว่า ชมรมผู้สูงอายุและแกนนำผู้สูงอายุ ในชุมชนเป็นกลไกด้านทรัพยากรบุคคลที่สำคัญใน การพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษา ของ Kuhirunyaratn, Pongpanich, Somrongthong, Love, and Chapman (2007) ที่พบว่า เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในชุมชนเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่

คำคัญของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Marcelino, Laza, and Pereira (2016) ที่พบว่า เครื่องช่วยทางสังคมช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ในขณะที่ Morelli, Barello, Mayan, and Graffigna (2019) พบว่า ผู้ที่มีบทบาทพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุ คือ ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregivers) อย่างไรก็ตาม Rath and Panigrahi (2017) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยหน่วยงานมีบทบาทเชิงกลยุทธ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยพบว่า ผู้สูงอายุในชนบทให้ความเชื่อถือผู้ให้บริการจากหน่วยงานในการดูแลด้านสุขภาพในระยะยาว

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุภายใต้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการสร้างการมีส่วนร่วมทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้คุณค่าในตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับที่ดีขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกระบวนการหนุนเสริมการดำเนินการภายใต้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการสร้างการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระหว่างดำเนินการในการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของนิภาพรรณ อธิคมานนท์ (2554) ที่พบว่า การใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโดยใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของกัตติกา ธนะขว้าง, จินตนา รัตนวิฑูรย์, และจามจุรีย์ ทนุรัตน์ (2554) ที่พบว่า การเสริมพลังช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองและนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ส่วนการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุภายใต้กระบวนการสนับสนุนทางสังคมนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Sahin, Özer, and Yanardag (2019) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุจะช่วยเพิ่มความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Goldzweig, Baider, Andritsch, and Rottenberg (2016) ที่พบว่า

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความหวังในการมีชีวิตอยู่ของผู้สูงอายุ ในขณะที่ Ebrahimi, Hosseini, and Rashedi (2018) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถลดความวิตกกังวลในการเสียชีวิตของผู้สูงอายุได้ และ Najafi and Baseri (2018) พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่ออายุขัยของผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนการตระหนักรู้ในตนเองของผู้สูงอายุสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้เป็นไปตามความคาดหวังของผู้สูงอายุได้

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุภายใต้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการสร้างการมีส่วนร่วมทำให้ผู้ให้บริการมีการรับรู้คุณค่าในตนเองและมีการรับรู้พลังอำนาจในระดับที่ดีขึ้น ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่ผู้ให้บริการได้รับการหนุนเสริมการดำเนินการภายใต้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการสร้างการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการได้เรียนรู้การดำเนินงานของเครือข่ายทางสังคมต้นแบบ สอดคล้องกับการศึกษาของวิภา เพ็งเสงี่ยม, พัชรภักดิ์ ไชยสังข์, และปัญญาภรณ์ ยะเกษม (2558) ที่พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้พลังอำนาจสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม และสอดคล้องกับการศึกษาของกมลทิพย์ ทิพย์สังวาลย์, นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ, และประจวบ แผลมหลัก (2561) ที่พบว่า โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของปิยนุช ภิญโย และคณะ (2560) ที่พบว่า หลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงขึ้น ในขณะที่ Charles, Brémault-Phillips, Parmar, Johnson, and Sacrey (2017) พบว่า การสนับสนุนผู้ดูแลให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุอย่าง

เหมาะสมเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ และ Aksoydan et al. (2019) พบว่า การส่งเสริมความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานของเครือข่ายหลัก ในการดูแลผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญกับการสนับสนุน จากครอบครัวและบุคคลในวัยเดียวกันกับผู้สูงอายุด้วย ดังการศึกษาของ Li, Ji, and Chen (2014) ที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนมีบทบาทต่อ ความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ และการศึกษาของ Lee et al. (2017) ที่พบว่า การส่งเสริมความสัมพันธ์ ภายในครอบครัวจะช่วยปกป้องผู้สูงอายุจากภาวะ การทำงานของสมองเสื่อมถอยลง (cognitive decline) รวมทั้งการศึกษาของ Kuhirunyaratn et al. (2007) ที่พบว่า เพื่อนสนิทเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ควรมีการติดตามหนุนเสริมให้เกิดความยั่งยืนของการเชื่อมโยงเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้เกิดการเพิ่มเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ ให้มากขึ้น โดยพิจารณาจากบริบทของเครือข่ายฯ ในแต่ละจังหวัด เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนา เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะ และควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนา การดำเนินงานของเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานและองค์กรในระดับ ชุมชนที่สามารถบูรณาการให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุอย่าง ครบถ้วนในทุกมิติอย่างมีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

กมลทิพย์ ทิพย์สังวาลย์, นิธิพงษ์ ศรีเบญจมาศ, และ ประจวบ แผลมหลัก. (2561). ผลโปรแกรม การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุใน ชุมชน. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม*, 12(1), 275–291.

กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2560). *สถิติ ผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560*. สืบค้นจาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1533055363-125_1.pdf

กัตติกา ณะขว้าง, จินตนา รัตนวิฑูรย์, และจามจุรีย์ ฑนุรัตน์. (2554). การพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วย เพื่อนและศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อการสูงวัย อย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสาร วิจัยระบบสาธารณสุข*, 5(3), 381–391.

กุนนที พุ่มสงวน. (2557). การสร้างเสริมพลังอำนาจ ทางสุขภาพ: บทบาทที่สำคัญของพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 86–90.

กุลวดี โจนไฟศาลกิจ. (2561). สถานการณ์ด้านประชากร ผู้สูงอายุของจังหวัดฉะเชิงเทราระหว่าง ปี พ.ศ. 2550–2559. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 41(1), 154–170.

กุลวดี โจนไฟศาลกิจ, และยุวดี รอดจากภัย. (2561). สุขภาวะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขต ชนบทของประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*, 13(1), 113–127.

กุลวดี โจนไฟศาลกิจ, และวารการ เกียรติไกรศักดิ์ดา. (2560). การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานของ ชุมชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ. *วารสาร สมาคมนักวิจัย*, 22(1), 81–97.

- ชนิดา เตชะปັນ, สิวลี รัตนปัญญา, และสามารถ ใจเตี้ย. (2562). การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย*, 9(1), 17–24.
- นิภาพรรณ อธิคมานนท์. (2554). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปียนุช ภิญโย, กิตติภูมิ ภิญโย, สายสุดา จันทวันนา, วชิรศักดิ์ อภิพัฒนกันต์, ธรมิศ สายวัฒน์, และอมรรัตน์ อัครเศรษฐกุล. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตนเองต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน จังหวัดขอนแก่น. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 37(3), 109–120.
- พัศสรณ์ วรภัทร์ตระกูล. (2561). *ปัญหาแรงงาน: เมื่อประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์*. สืบค้นจาก <https://www.western.ac.th/media/attachments/2017/12/06/7-.pdf>
- พลรัฐวัย วงษ์พิริยชัย, ชมภูษ หนุ่นาค, ศิริพร แยมนิล, และประกาศ ปิ่นตบแต่ง. (2562). รูปแบบการอภิบาลในการจัดการทรัพยากรป่าชายเลน. *วารสารสหศาสตร์*, 19(1), 30–49.
- ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์, และยุวดี รอดจากภัย. (2557). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 9(2), 13–20.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ประจำปี 2560*. สืบค้นจาก <https://thaitgri.org/?p=38607>
- วิภา เพ็งเสงี่ยม, พัชรภรณ์ ไชยสังข์, และปัญญาภรณ์ ยะเกษม. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 8(1), 152–165.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2559). 'ผู้ดูแล' ผู้สูงอายุในครอบครัว. สืบค้นจาก <http://thammapakorn.dop.go.th/wp-content/uploads/2016/02/A7.pdf>
- ศิลปสวย ระวีแสงสุรย์. (2559). *แนวทางการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานครเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร.
- Aksoydan, E., Aytar, A., Blazeveciene, A., van Bruchem-Visser, R. L., Vaskelyte, A., Mattace-Raso, F., ... Kiziltan, G. (2019). Is training for informal caregivers and their older persons helpful? A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 83, 66–74. doi:10.1016/j.archger.2019.02.006
- Burt, R. S. (2000). The network structure of social capital. *Research in Organizational Behavior*, 22, 345–423. doi:10.1016/S0191-3085(00)22009-1
- Charles, L., Brémault-Phillips, S., Parmar, J., Johnson, M., & Sacrey, L. A. (2017). Understanding how to support family caregivers of seniors with complex needs. *Canadian Geriatrics Journal*, 20(2), 75–84. doi:10.5770/cgj.20.252

- Ebrahimi, B., Hosseini, M., & Rashedi, V. (2018). The relationship between social support and death anxiety among the elderly. *Elderly Health Journal*, 4(2), 37–42. Retrieved from https://applications.emro.who.int/imemrf/Elderly_Health_Journal/Elderly_Health_Journal_2018_4_2_37_42.pdf
- Goldzweig, G., Baider, L., Andritsch, E., & Rottenberg, Y. (2016). Hope and social support in elderly patients with cancer and their partners: An actor-partner interdependence model. *Future Oncology*, 12(24), 2801–2809. doi:10.2217/fon-2016-0267
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Khavinson, V., Popovich, I., & Mikhailova, O. (2020). Towards realization of longer life. *Acta Bio-medica*, 91(3), e2020054. doi:10.23750/abm.v9i1i3.10079
- Kuhirunyaratn, P., Pongpanich, S., Somrongthong, R., Love, E. J., & Chapman, R. S. (2007). Social support among elderly in Khon Kean Province, Thailand. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 38(5), 936–946. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18041315/>
- Lee, W. J., Kim, H. G., Kim, H., Yoo, S. R., Jang, S. E., & Oh, M. K. (2017). Tangible social support and cognitive decline in the elderly: The Korean longitudinal study of aging. *Korean Journal of Family Practice*, 7(3), 337–341. doi:10.21215/kjfp.2017.7.3.337
- Li, H., Ji, Y., & Chen, T. (2014). The roles of different sources of social support on emotional well-being among Chinese elderly. *PLoS One*, 9(3), e90051. doi:10.1371/journal.pone.0090051
- Marcelino, I., Laza, R., & Pereira, A. (2016). SSN: Senior social network for improving quality of life. *International Journal of Distributed Sensor Networks*, 12(7), 2150734–2150734. doi:10.1177/155014772150734
- Minkler, M., Wallerstein, N., & Wilson, N. (1990). Improving health through community organization and community building. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 287–312). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Morelli, N., Barello, S., Mayan, M., & Graffigna, G. (2019). Supporting family caregiver engagement in the care of old persons living in hard to reach communities: A scoping review. *Health and Social Care in the Community*, 27(6), 1363–1374. doi:10.1111/hsc.12826
- Najafi, M., & Baseri, A. (2018). Relationship of perceived social support and self-actualization with life expectancy in the elderly in Tehran. *Journal of Education and Community Health*, 4(4), 56–64. doi:10.21859/jech.4.4.56

Rath, T., & Panigrahi, D. (2017). Instrumental social support for the rural elderly: Study of a rural block of a costal district of Odisha. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 4(7), 2320–2326. doi:10.18203/2394-6040.ijcmph20172818

Sahin, D. S., Özer, Ö., & Yanardag, M. Z. (2019). Perceived social support, quality of life and satisfaction with life in elderly people. *Educational Gerontology*, 45(1), 69–77. doi:10.1080/03601277.2019.1585065

Wallerstein, N., & Bernstein, E. (1988). Empowerment education: Freire's idea adapted to health education. *Health Education Quarterly*, 15(4), 379–394. doi:10.1177/109019818801500402

รายงานการวิจัย

ความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างการบริหารตามลักษณะ องค์กรออบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร กับการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”

Predictive Correlation between Administration According to Characteristic of Health Literacy Organization of Elderly Clubs in Bangkok and Elderly Members' Health Promotion 4 Smart “Do not Fall, Do not Forget, Do not Depress, and Deliciously Eating”

วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข) ¹

Vanida Durongrittichai, Dr.P.H. (Public Health Nursing) ¹

กานดาวลี มาลีวงษ์, ส.ด. (โภชนาการ) ² หทัยชนก บัวเจริญ, ป.ร.ด. (การพยาบาล) ³

Kandavasee Maleevong, Dr.P.H. (Nutrition) ² Hataichanok Buajalearn, Ph.D. (Nursing) ³

ชัชวาล วงศ์สารี, ป.ร.ด. (การบริหารการพยาบาล) ⁴

Chutchavarn Wongsaree, Ph.D. (Nursing Management) ⁴

Received: December 11, 2020 Revised: December 4, 2022 Accepted: December 6, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” และศึกษาอำนาจการทำนายของ

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

¹ Assistant Professor, Faculty of Nursing and Allied Health Sciences, Phetchaburi Rajabhat University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: vanida.dur@mail.pbru.ac.th

² นักวิชาการสาธารณสุข สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กรุงเทพมหานคร

² Public Health Technical Officer, Metropolitan Health and Wellness Institution, Bangkok

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

⁴ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

⁴ Instructor, Faculty of Nursing, Pathumthani University

การบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุต่อการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart กลุ่มตัวอย่างเป็นชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร จำนวน 221 ชมรม เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของชมรมผู้สูงอายุ 2) การจัดกิจกรรมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ 3) การบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .96 และ 4) การส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” มีค่าความเชื่อมั่น .97 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2561 ถึงเดือนมกราคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น

ผลการวิจัยพบว่า 1) ชมรมผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 2.23, SD = .41$) 2) ชมรมผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ในระดับปานกลาง ($M = 3.10, SD = 1.30$) และ 3) การสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิก การสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของสมาชิก และการเป็นแบบอย่างของกรรมการชมรมในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพสู่สมาชิกสามารถร่วมกันทำนายการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart ได้ร้อยละ 32.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .327, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า หน่วยงานสุขภาพควรนำองค์ประกอบการบริหารที่มีอำนาจการทำนายการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุ ไปวางแผนพัฒนาทักษะการบริหารแก่กรรมการชมรม เพื่อให้ชมรมสามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกได้มากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ชมรมผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพ องค์การรอบรู้สุขภาพ

Abstract

This predictive correlational research aimed to study the elderly members' health promotion 4 smart “do not fall, do not forget, do not depress, and deliciously eating” and the predictive power of the administration according to characteristic of health literacy organization of elderly clubs on the elderly members' health promotion 4 smart. The samples were 221 elderly clubs in Bangkok. The research instrument was a four-part questionnaire including: 1) general data of elderly clubs, 2) health activities organized by elderly clubs, 3) administration according to characteristic of health literacy organization with reliability of .96, and 4) elderly members' health promotion 4 smart “do not fall, do not forget, do not depress, and deliciously eating” with reliability of .97. Data were collected from November, 2018 to January, 2019. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis.

The research results revealed that 1) the elderly clubs had the total mean score of administration according to characteristic of health literacy organization at a moderate level ($M = 2.23, SD = .41$), 2) the elderly clubs had the mean score of elderly members' health promotion 4 smart "do not fall, do not forget, do not depress, and deliciously eating" at a moderate level ($M = 3.10, SD = 1.30$), and 3) providing accessibility and transferring health information to members, communicating for rights protection, and being role model of club committees in disseminating health information were statistically significantly predicted the elderly members' health promotion 4 smart at 32.70% ($R^2 = .327, p < .001$).

This research suggests that health agencies should take the compositions of administration which could predict the elderly members' health promotion to design a development plan for administrative skills of elderly club committee. This will help elderly clubs increase response to needs of the members.

Keywords: Elderly club, Health promotion, Health literacy organization

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่แห่งสังคมสูงอายุ โดยมีผู้สูงอายุร้อยละ 17.05 ของประเทศ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563; กองยุทธศาสตร์สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม, 2562) โดยเขตที่เป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete-aged society) มีจำนวนมากถึง 25 เขต ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมถึงร้อยละ 92 (อนันต์ อนันตกุล, ม.ป.ป.) ผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ ต้องปรับตัวให้เท่าทันกับความทันสมัยที่หลังไหลเข้ามา เพื่อให้สามารถเป็นผู้สูงอายุยังคุณค่าบนสังคมเมืองหลวง จากการศึกษารูปแบบการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุยังคุณค่าพบว่า ช่วงวัยสูงอายุเป็นเพียงตัวเลขที่แสดงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเกษียณหรือต้องทำงานแบบทางานน้อยลง แม้การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจะทำให้การเคลื่อนไหวและการคิดอ่านช้าลง แต่ผู้สูงอายุยังคุณค่าซึ่งมักเป็นกลุ่มติดสังคมยังคงสนใจดูแลภาพลักษณ์ ทำให้มีอายุใจ (subjective age) ต่ำกว่าอายุจริง (chronological age) ไม่ต้องการพึ่งพาลูกหลานหรือบุคคลอื่น และยังมีเวลามากขึ้นที่จะส่งเสริมสุขภาพของตนเอง รวมทั้งชักชวนผู้สูงอายุอื่นมาทำกิจกรรมเชิงสังคมมากขึ้น (วิทยาลัย

การจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561)

ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่มีความสำคัญ เพราะยังสามารถทำกิจกรรมพื้นฐานและกิจวัตรต่อเนื่องได้อย่างอิสระ แต่หากไม่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ความเสื่อมถอยของวัยจะเร่งให้เข้าสู่ภาวะเปราะบาง (fragile seniors) ที่ทำให้เกิดความบกพร่องเชิงโครงสร้างและหน้าที่ในหลายระบบ ลดความสามารถทางกาย เพิ่มความบกพร่องทางความคิดและจิตใจ เพิ่มความรุนแรงของความเจ็บป่วย มีภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพา และชักนำให้มีปัญหาสุขภาพสะสมต่อเนื่อง กลายเป็นกลุ่มติดบ้านและติดเตียงได้ในที่สุด ความเสื่อมสำคัญที่มีผลให้เกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ ได้แก่ หกล้ม หลงลืม ซึมเศร้า มีปัญหาประสิทธิภาพการบดเคี้ยว ไม่สามารถเลือกอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ส่งผลให้เพิ่มอัตราการพึ่งพิงและอัตราส่วนเกื้อหนุนที่เป็นภาระต่อตนเองและครอบครัว (ชัยรัชต์ องค์กรมีเกียรติ, 2561; Carneiro et al., 2017) และจากการศึกษาระบุว่า อัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตเมืองสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (นิพา ศรีช่าง และลลิตรา กำวี,

ม.ป.ป.) โดยพบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ มีการพลัดตก หกล้มร้อยละ 7.14 ต่อปี (กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์ และผจงจิต ไกรถาวร, 2558) ในช่วงปี พ.ศ. 2557–2559 มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 3,005 คน 3,553 คน และ 3,784 คน ตามลำดับ (ศิริภา นัตรเงิน, อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, และอุมาพร ห่านรุ่งชโรทร, 2561) มีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15.40 โดยแบ่งออกเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 11.70 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 2.90 และภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ .80 (นิรัชรา ศศิธร, 2557) ผู้สูงอายุวัยปลายมากกว่าร้อยละ 70 มีฟันไม่ครบ 20 ซี่ และผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายมากกว่าร้อยละ 50 มีฟันไม่ครบ 20 ซี่ (บรรลุ ศิริพานิช, 2559; สมฤทัย บุญสุธากุล, ม.ป.ป.) ซึ่งความสำคัญดังกล่าว กรมอนามัยจึงดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องด้วยหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” โดยด้าน “ไม่ล้ม (smart walk)” คือ การออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อร่างกายที่แข็งแรง ด้าน “ไม่ลืม (smart brain)” คือ การดูแล ฟักฝนทักษะทางสมอง เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ด้าน “ไม่ซึมเศร้า (smart sleep & emotional)” คือ การนอนหลับอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 7–8 ชั่วโมง การทำจิตใจให้เบิกบาน ไม่เครียด ไม่เศร้าหมอง และด้าน “กินข้าวอร่อย (smart eat)” คือ การกินอาหารอย่างถูกต้องตามหลักโภชนาการ การมีสุขภาพช่องปากที่ดี เพื่อความสามารถในการบดเคี้ยวอาหาร มีฟันอย่างน้อย 20 ซี่ 4 คู่สบ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ความรอบรู้สุขภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพราะช่วยให้คงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง แสวงหาและตรวจสอบข้อมูลที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะโรคที่ป้องกันได้และภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ สามารถวิเคราะห์ผลดีผลเสีย ตัดสินใจกำหนดทางเลือกวิธีปฏิบัติตนด้านสุขภาพ มีทักษะการเลือกรับและประเมินความถูกต้องของข้อมูลจากสื่อต่างๆ ในสังคม

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความรอบรู้สุขภาพในระดับต่ำ เนื่องจากความสามารถในการเรียนรู้ และทักษะต่างๆ ลดลง แต่หากได้รับการฝึกฝนหรือสนับสนุนให้มีทักษะทางการรับรู้และทางสังคมเพียงพอที่จะยังมีประสิทธิภาพในการเข้าถึง เข้าใจ เลือกใช้ข้อมูล และเท่าทันสื่อ เพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ช่วยเหลือตนเองได้เต็มศักยภาพและยาวนานที่สุด ควบคุมปัจจัยกำหนดเพื่อการมีสุขภาพดี รวมทั้งได้รับการคุ้มครองให้สามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง ก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองหรือได้รับการส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น (กานดาวิ มาลิวงษ์ และคณะ, 2561; กิจปพน ศรีธานี, 2560; Ezebuibe & Sigley, 2016)

ชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ จัดตั้งตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข บริหารจัดการโดยผู้สูงอายุและเพื่อผู้สูงอายุ เป็นระบบทางสังคมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุมารวมกลุ่มใช้ศักยภาพและบูรณาการความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ของสมาชิก มาแลกเปลี่ยนกัน เพื่อประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น มีเป้าหมายเพื่อดูแลสมาชิกทุกด้านอย่างเป็นองค์รวม ทำหน้าที่ตอบสนองให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตัวเองให้นานที่สุดด้วยการมีสุขภาพที่ดี เตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณค่าในแต่ละช่วงเวลา ทำให้ผู้สูงอายุมีอิสรภาพทางการเงิน สามารถพบปะสังสรรค์แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นการทำงานเพื่อสังคมหรืองานที่ชอบเพื่อคงไว้หรือพัฒนาศักยภาพ การเป็นชมรมจะมีระเบียบ ข้อบังคับ หรือข้อตกลงของชมรม ที่มีคณะกรรมการบริหารจัดการทำงานแบบบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และจัดกิจกรรมร่วมกับภาคีเครือข่ายแบบหุ้นส่วน (กานดาวิ มาลิวงษ์ และคณะ, 2561) จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า ชมรมผู้สูงอายุเป็นปัจจัยทางบวกที่ทำให้ผู้สูงอายุมีการส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ และสมาชิกมีความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมในระดับมาก (ภาวิณ ทองไชย, 2556) จำนวนและลักษณะกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุมีการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง ดังที่สำนักพัฒนาสังคม รายงานว่ามีชมรมผู้สูงอายุ 395 ชมรม สมาชิก 44,344

คน โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม กิจกรรมเป็นหัวใจ สำคัญที่บ่งชี้ความสำเร็จ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก คือ กิจกรรมเชิงสังคม และกิจกรรมเชิงสุขภาพ ความสำเร็จ ของการดำเนินงานเกิดจากความร่วมมือของสมาชิก ชุมชน และทีมสุขภาพ (ชนนิจพัทธ์ ประเสริฐพรรณ, นพวรรณ เปี้ยเชื้อ, สุจินดา จารุพัฒน์ มารูโอ, และ กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์, 2557)

โดยทั่วไป ชมรมผู้สูงอายุมีโครงสร้างการบริหาร ที่คล้ายกัน ประกอบด้วยประธานชมรม รองประธาน ชมรม เลขานุการ ผู้ช่วยเลขานุการ เภรัญญิก ผู้ช่วย เภรัญญิก และกรรมการกลางไม่เกิน 9 คน ส่วนกิจกรรม มีการกำหนดลักษณะเป็นกิจกรรมทั่วไปและกิจกรรม เชิงพัฒนา (สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ, ม.ป.ป.) แต่ความเข้มแข็งและยั่งยืนจะแตกต่างกัน ตามศักยภาพการบริหารของคณะกรรมการชมรมใน การพัฒนากิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์ เมื่อพิจารณาการบริหารของชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ พบว่าสอดคล้องกับลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพ กล่าวคือ โครงสร้างของชมรมมีคณะกรรมการบริหารที่ทำหน้าที่ เป็นผู้นำองค์กร มีนโยบาย พันธกิจ โครงสร้าง การบริหาร จัดการและการพัฒนาคุณภาพเรื่องการสื่อสารด้านสุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความรอบรู้สุขภาพ รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงและเข้าใจ ข้อมูลสุขภาพและบริการของชมรม ทำให้ตัดสินใจนำ ประโยชน์จากการร่วมกิจกรรมไปจัดการดูแลสุขภาพ ตนเองได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ชมรมยังมีการวางแผน จัดโครงการหรือกิจกรรมเพื่อพัฒนาคณะกรรมการชมรม และสมาชิก โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนองปัญหา หรือความต้องการของสมาชิกที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพ มีการสื่อสารให้สมาชิกรับทราบข้อมูลอย่างเข้าใจง่าย และต่อเนื่อง และประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพที่ เกิดขึ้นกับสมาชิก (Brach et al., 2012)

ชมรมผู้สูงอายุที่ถือว่าเป็นองค์กรรอบรู้สุขภาพ ที่มีการนำองค์กร การวางแผน การประเมินผล การพัฒนา บุคลากร การมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย การสร้าง

การเข้าถึงข้อมูลและบริการ และการส่งเสริมการเรียนรู้ จะต้องเข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุ พัฒนานวัตกรรม การเรียนรู้ จัดทำข้อมูลที่น่าสนใจเข้าถึง สร้างกระแส สังคมหรือแนวโน้มให้สมาชิกเลือกใช้หรือตัดสินใจ ขยาย เครือข่ายให้สมาชิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสร้าง ช่องทางหรือเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การบริหารตาม ลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุจะทำให้ ชมรมจัดระบบงาน ออกแบบโครงการหรือกิจกรรมที่ ให้มีความสำคัญกับความหมายของคำในข้อมูล และส่ง ข้อมูลจำเป็นที่ทำให้สมาชิกชมรมตัดสินใจเลือกข้อมูล ที่เหมาะสม เข้าถึงและสื่อสารข้อมูลในกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพที่เข้าใจง่าย เรียนรู้เป็น เรียนรู้ใหม่ และเรียนรู้ เพิ่มเติมต่อยอดได้เอง จนมีผลลัพธ์ตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” อย่างถูกต้อง (จุฑาทพร คำมณี, 2558; วิมล โรมา, 2561) ซึ่งสอดคล้อง กับยุทธศาสตร์การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุในแผน พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2561-2564) ที่สนับสนุนระบบการดูแลผู้สูงอายุ บนการสร้างความรู้ทั้งระดับบุคคลและระดับองค์กร เพื่อบรรลุการส่งเสริมสุขภาพด้วยหลัก 4 Smart เพิ่ม การสร้างคุณค่าของวัยด้วยความสามารถ ศักยภาพ ผ่านกิจกรรมต่างๆ ในสังคม และการเรียนรู้ตลอดชีวิต ช่วยชะลอการเป็นผู้สูงอายุเปราะบางที่ติดบ้านหรือ ติดเตียง และนำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีแบบองค์รวม อย่างยั่งยืน (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2560)

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบงานวิจัยที่ ค้นหาคำนำทางการทำนวยของการบริหารตามลักษณะ องค์การรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุต่อการส่งเสริม สุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุ พบเพียงการศึกษาปัจจัยที่ทำให้ ชมรมประสบความสำเร็จ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับบทบาท ของคณะกรรมการชมรม และการสังเคราะห์ระบบกลไก องค์การรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ (กานดาวิสิ มาลีวงษ์ และคณะ, 2561; จุฑาทพร คำมณี, 2558; รัชฎาธิญา ทรงวุฒิ, วิราสิริรี วสิริสิริ, และสุธรรม

นันทมงคลชัย, ม.ป.ป.) หากทราบได้ว่าส่วนใดในการบริหารตามลักษณะองค์ประกอบรัฐสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุที่มีผลเชิงทำนายต่อการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุ จะทำให้ชมรมสามารถปรับปรุงการบริหารจัดการ วางแผนพัฒนา หรือยกระดับการทำงานของคณะกรรมการบริหารชมรมและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้เป็นองค์ประกอบรัฐสุขภาพที่เข้าถึงความต้องการของสมาชิกผู้สูงอายุ ออกแบบกระบวนการเพิ่มความสามารถหรือศักยภาพของสมาชิกผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ให้ความรู้ ความเข้าใจ ชักถามข้อมูลเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจปฏิบัติได้ด้วยตนเอง จนถ่ายทอดประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเองสู่บุคคลอื่นจนบรรลุการมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ขยายเครือข่ายให้สมาชิกผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสร้างช่องทางหรือเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การส่งเสริมสุขภาพ อันเป็นการสร้างศักยภาพและการเรียนรู้ตลอดชีวิตแก่สมาชิกผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีแบบองค์รวมอย่างยั่งยืน (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์, วิมล โรมา, และ มุกดา ตำนวนกลาง, 2561; วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2560)

วัตถุประสงค์การวิจัย

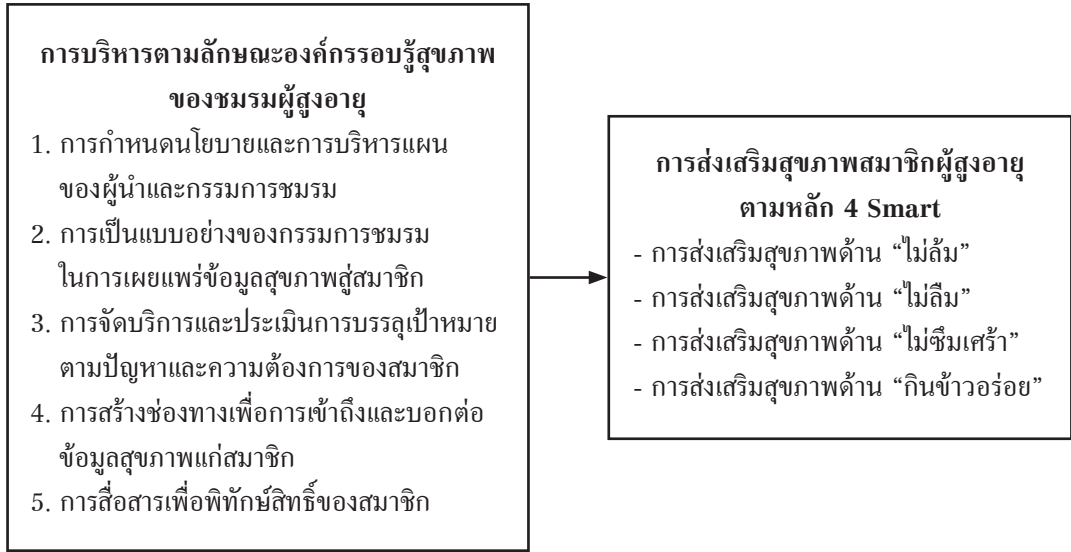
1. เพื่อศึกษาการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ของชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของการบริหารตามลักษณะองค์ประกอบรัฐสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ต่อการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”

สมมติฐานการวิจัย

การบริหารตามลักษณะองค์ประกอบรัฐสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย 1) การกำหนดนโยบายและการบริหารแผนของผู้นำและกรรมการชมรม 2) การเป็นแบบอย่างของกรรมการชมรมในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพสู่สมาชิก 3) การจัดบริการและประเมินการบรรลุเป้าหมายตามปัญหาและความต้องการของสมาชิก 4) การสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิก และ 5) การสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของสมาชิก สามารถร่วมกันทำนายการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดองค์ประกอบรัฐสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2013) มาเป็นกรอบในการศึกษา ซึ่งกล่าวไว้ว่า องค์ประกอบรัฐสุขภาพต้องประกอบด้วยผู้นำและการนำองค์กร การวางแผน การประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ การพัฒนาบุคลากร การมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย การตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ การสื่อสารที่มีประสิทธิผล การเข้าถึงข้อมูลและบริการ การออกแบบสื่อที่ง่ายต่อการเข้าถึง และการสร้างการเรียนรู้ โดยเชื่อว่า ชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ มีการบริหารตามลักษณะองค์ประกอบรัฐสุขภาพ และการบริหารตามลักษณะดังกล่าวมีความสัมพันธ์เชิงทำนายต่อการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร จำนวน 395 ชมรม โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ มีอายุการจัดตั้งไม่น้อยกว่า 2 ปี และมีการจัดกิจกรรมให้แก่สมาชิกผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 221 ชมรม เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเขตพื้นที่ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก ตามสัดส่วนประชากรในแต่ละเขตพื้นที่ ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มกรุงเทพเหนือ จำนวน 81 ชมรม กลุ่มกรุงเทพกลาง จำนวน 32 ชมรม กลุ่มกรุงเทพใต้ จำนวน 26 ชมรม กลุ่มกรุงเทพตะวันออก จำนวน 32 ชมรม กลุ่มกรุงธนเหนือ จำนวน 28 ชมรม และกลุ่มกรุงธนใต้ จำนวน 22 ชมรม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น

4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของชมรมผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุการจัดตั้ง การจดทะเบียน ลักษณะพื้นที่ที่ดำเนินการ และจำนวนสมาชิก จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 การจัดกิจกรรมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบว่ามีหรือไม่มี โดยเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบว่า มี ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่า ไม่มี ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 1-10 คะแนน

ส่วนที่ 3 การบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพ แบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การกำหนดนโยบายและการบริหารแผนของผู้นำและกรรมการชมรม 2) การเป็นแบบอย่างของกรรมการชมรมในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพสู่สมาชิก 3) การจัดบริการและประเมินการบรรลุเป้าหมายตามปัญหาและความต้องการของสมาชิก 4) การสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิก และ 5) การสื่อสารเพื่อพิทักษ์

สิทธิของสมาชิก รวมจำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่มีเลย มีแต่ยังไม่ชัดเจน และมี ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพในระดับน้อย (1.00-1.66 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) และในระดับมาก (2.34-3.00 คะแนน)

ส่วนที่ 4 การส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” จำนวน 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เคยทำ ทำให้สมาชิกรู้จำ ทำให้สมาชิกทำได้ ทำให้สมาชิกทำได้ดี ต่อเนื่อง และทำให้สมาชิกบอกต่อสิ่งที่ทำได้ดี ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุในระดับน้อย (1.00-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และในระดับมาก (3.68-5.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเครื่องมือ ได้คำตัดสินความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .90 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นแบบสอบถามส่วนที่ 3 การบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพ และส่วนที่ 4 การส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” นำไปทดลองใช้กับชมรมผู้สูงอายุในเขตเมืองของจังหวัดในเขตปริมณฑล รวมจำนวน 30 ชมรม หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .96 และ .97 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร (เอกสารรับรองเลขที่ E010h/611 วันที่ 11 กันยายน 2561) ผู้วิจัย

จึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงประธานชมรมผู้สูงอายุหรือผู้แทนถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อประธานชมรมผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นขอความร่วมมือให้แจ้งประธานชมรมผู้สูงอายุในกลุ่มของตนเพื่อนัดทำแบบสอบถามพร้อมๆ กัน ในวันนัดทำแบบสอบถาม ผู้วิจัยพบประธานชมรมผู้สูงอายุหรือผู้แทน ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามโดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2561 ถึงเดือนมกราคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของชมรมผู้สูงอายุ ข้อมูลการจัดกิจกรรมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ ข้อมูลการบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพ และข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างการบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุกับการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุ วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ชมรมผู้สูงอายุมีอายุการจัดตั้งอยู่ในช่วง 11-15 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 28.50 โดยมีอายุการจัดตั้งเฉลี่ย 15.53 ปี ($SD = 8.61$) ส่วนใหญ่จดทะเบียนกับสาขาสมาคมผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 60.20 เป็นชมรมที่ดำเนินการ

ในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 60.20 และมีจำนวนสมาชิกอยู่ในช่วง 51–100 คน และน้อยกว่า 50 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.50 เท่ากัน

2. การบริหารตามลักษณะองค์กรรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ชมรมผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการบริหารตามลักษณะองค์กรรอบรู้สุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 2.23, SD = .41$) เมื่อจำแนกเป็นรายองค์ประกอบ พบว่า ชมรมผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการบริหารตามลักษณะองค์กรรอบรู้สุขภาพในระดับมาก 1 องค์ประกอบ คือ การจัดบริการและประเมินการบรรลุเป้าหมายตามปัญหาและความต้องการของสมาชิก ($M = 2.50, SD = .39$) มีคะแนนเฉลี่ยการบริหารตามลักษณะองค์กรรอบรู้สุขภาพในระดับปานกลาง 3 องค์ประกอบ คือ การกำหนดนโยบายและการบริหารแผนของผู้นำและกรรมการชมรม ($M = 2.21, SD = .52$) การเป็นแบบอย่างของกรรมการชมรมในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพสู่สมาชิก ($M = 2.30, SD = .47$) และการสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิก ($M = 2.11, SD = .50$) และมีคะแนนเฉลี่ยการบริหารตามลักษณะองค์กรรอบรู้สุขภาพในระดับน้อย 1 องค์ประกอบ คือ การสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของสมาชิก ($M = 1.63, SD = .60$)

3. การส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ของชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ชมรมผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart ในระดับปานกลาง ($M = 3.10, SD = 1.30$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการส่งเสริมสุขภาพด้าน “ไม่ซึมเศร้า” มากที่สุด ($M = 3.44, SD = 1.59$) และมีคะแนนเฉลี่ยการส่งเสริมสุขภาพด้าน “ไม่ล้ม” น้อยที่สุด ($M = 2.60,$

$SD = 1.26$) เมื่อพิจารณาการส่งเสริมสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่า ชมรมผู้สูงอายุทำให้สมาชิกผู้สูงอายุปฏิบัติ การส่งเสริมสุขภาพด้าน “ไม่ล้ม” ในระดับเข้าใจ ลองฝึกทำตาม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.08 ทำให้สมาชิกผู้สูงอายุปฏิบัติ การส่งเสริมสุขภาพด้าน “ไม่ลืม” ในระดับเข้าใจ ลองฝึกทำตาม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.24 ทำให้สมาชิกผู้สูงอายุปฏิบัติ การส่งเสริมสุขภาพด้าน “ไม่ซึมเศร้า” ในระดับตัดสินใจและทำได้เอง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24.43 และทำให้สมาชิกผู้สูงอายุปฏิบัติ การส่งเสริมสุขภาพด้าน “กินข้าวอร่อย” ในระดับเข้าใจ ลองฝึกทำตาม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 22.62

4. อำนาจการทำนายของการบริหารตามลักษณะองค์กรรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุต่อการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”

4.1 อำนาจการทำนายของการบริหารตามลักษณะองค์กรรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุต่อการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “ไม่ล้ม” พบว่า การสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิก และการสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของสมาชิก สามารถร่วมกันทำนายการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “ไม่ล้ม” ได้ร้อยละ 18.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .184, p < .05$) โดยการสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิกสามารถทำนายการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “ไม่ล้ม” ได้มากที่สุด ($Beta = -.307, p < .001$) รองลงมา คือ การสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของสมาชิก ($Beta = -.168, p < .05$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อำนาจการทำนายของการบริหารตามลักษณะองค์กรรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุต่อการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “ไม่ล้ม” (n = 221)

ปัจจัยทำนาย	B	SE	Beta	t	p
การสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและ บอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิก	-.968	.241	-.307	-4.025	< .001
การสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของสมาชิก	-.433	.197	-.168	-2.197	.029

Constant = 23.474, R = .429, R² = .184, adj. R² = .177, F = 4.827, p < .05

4.2 อำนาจการทำนายของการบริหารตามลักษณะองค์กรรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุต่อการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “ไม่ล้ม” พบว่าการกำหนดนโยบายและการบริหารแผนของผู้นำและกรรมการชมรม และการสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิก สามารถร่วมกันทำนายการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “ไม่ล้ม” ได้ร้อยละ 25.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R² = .254,

p < .001) โดยการสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิกสามารถทำนายการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “ไม่ล้ม” ได้มากที่สุด (Beta = -.296, p < .001) รองลงมา คือ การกำหนดนโยบายและการบริหารแผนของผู้นำและกรรมการชมรม (Beta = -.258, p < .01) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อำนาจการทำนายของการบริหารตามลักษณะองค์กรรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุต่อการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “ไม่ล้ม” (n = 221)

ปัจจัยทำนาย	B	SE	Beta	t	p
การสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและ บอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิก	-.751	.197	-.296	-3.821	< .001
การกำหนดนโยบายและการบริหาร แผนของผู้นำและกรรมการชมรม	-.619	.186	-.258	-3.330	.001

Constant = 16.651, R = .504, R² = .254, adj. R² = .247, F = 11.087, p < .001

4.3 อำนาจการทำนายของการบริหารตามลักษณะองค์กรรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุต่อการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “ไม่ซึมเศร้า” พบว่าการสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูล

สุขภาพแก่สมาชิก และการสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของสมาชิก สามารถร่วมกันทำนายการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “ไม่ซึมเศร้า” ได้ร้อยละ 26.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R² = .266, p < .05) โดย

การสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิกสามารถทำนายการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “ไม่ซึมเศร้า” ได้มากที่สุด (Beta = -.407,

$p < .001$) รองลงมา คือ การสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของสมาชิก (Beta = -.157, $p < .05$) ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อำนาจการทำนายของการบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุต่อการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “ไม่ซึมเศร้า” (n = 221)

ปัจจัยทำนาย	B	SE	Beta	t	p
การสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิก	-1.307	.232	-.407	-5.625	< .001
การสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของสมาชิก	-.412	.190	-.157	-2.165	.032

Constant = 20.595, R = .516, R² = .266, adj. R² = .260, F = 4.685, $p < .05$

4.4 อำนาจการทำนายของการบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุต่อการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “กินข้าวอร่อย” พบว่า การสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิก และการสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของสมาชิก สามารถร่วมกันทำนายการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “กินข้าวอร่อย” ได้ร้อยละ 25.80

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R² = .258, $p < .01$) โดยการสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิกสามารถทำนายการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “กินข้าวอร่อย” ได้มากที่สุด (Beta = -.341, $p < .001$) รองลงมา คือ การสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของสมาชิก (Beta = -.224, $p < .01$) ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 อำนาจการทำนายของการบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุต่อการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “กินข้าวอร่อย” (n = 221)

ปัจจัยทำนาย	B	SE	Beta	t	p
การสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิก	-1.129	.241	-.341	-4.690	< .001
การสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของสมาชิก	-.607	.197	-.224	-3.076	.002

Constant = 26.352, R = .508, R² = .258, adj. R² = .251, F = 9.464, $p < .01$

4.5 อำนาจการทำนายของการบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุต่อการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” พบว่า การสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิก การสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของสมาชิก และการเป็นแบบอย่างของกรรมการชมรมในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพสู่สมาชิก สามารถร่วมกันทำนายการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart ได้ร้อยละ

32.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .327, p < .001$) โดยการสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิกสามารถทำนายการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart ได้มากที่สุด (Beta = $-.324, p < .001$) รองลงมา คือ การสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของสมาชิก (Beta = $-.156, p < .05$) และการเป็นแบบอย่างของกรรมการชมรมในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพสู่สมาชิก (Beta = $-.169, p < .05$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 อำนาจการทำนายของการบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุต่อการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” (n = 221)

ปัจจัยทำนาย	B	SE	Beta	t	p
การสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิก	-.849	.222	-.324	-3.830	< .001
การสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของสมาชิก	-.337	.155	-.156	-2.166	.031
การเป็นแบบอย่างของกรรมการชมรมในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพสู่สมาชิก	-.564	.279	-.169	-2.024	.044

Constant = 6.852, R = .572, $R^2 = .327$, adj. $R^2 = .318$, F = 35.190, $p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ชมรมผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง และมีคะแนนเฉลี่ยการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ในระดับปานกลางเช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากชมรมผู้สูงอายุมีลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพที่ยังไม่สมบูรณ์ เน้นการตอบสนองความต้องการทางสุขภาพระดับพื้นฐานหรือในเบื้องต้นของสมาชิก ซึ่งมักเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน จัดกิจกรรมตาม

นโยบายภาครัฐหรือสถานการณ์สังคมและสุขภาพ ณ ปัจจุบัน (ปาจริย์ ผลประเสริฐ และวรวงคณา จันทร์คง, 2561) ชมรมส่วนใหญ่จัดตั้งขึ้นจากความต้องการรวมกลุ่มทำกิจกรรมตามความสนใจมากกว่าที่จะดำเนินงานแบบซับซ้อนหรือเป็นทางการ ดังผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า ชมรมผู้สูงอายุมีการจัดบริการและประเมินการบรรลุเป้าหมายตามปัญหาและความต้องการของสมาชิกในระดับมาก ในขณะที่ผู้นำและกรรมการชมรมมีการกำหนดนโยบายและการบริหารแผนของชมรม และมีการสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิก ในระดับปานกลาง แต่มีการสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของสมาชิกในระดับน้อย สะท้อนให้

เห็นว่า ชมรมมีทักษะหรือการเขียนรู้วิธีทำงานเชิงบริหาร มีวิธีพัฒนากิจกรรมเพื่อยกระดับทักษะปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกที่ยังไม่ได้เกิดจากประสบการณ์ของการทำงานเชิงวิเคราะห์สาเหตุ เพื่อนำมากำหนดโครงการหรือกิจกรรมตามเป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4 Smart ที่ชัดเจน ซึ่งหากจะเป็นองค์กรรอบรู้สุขภาพตามหลักการเชิงทฤษฎีนั้น ชมรมผู้สูงอายุจะต้องมีผู้นำที่วางระบบและกลไกสู่การดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่ชัดเจน ไปจนกระทั่งสามารถประเมินอย่างมั่นใจได้ว่าสมาชิกของชมรมปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4 Smart ตามระบบกลไกที่วางไว้ (Palumbo, 2016)

ผลการวิจัยพบว่า ชมรมผู้สูงอายุมีการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “ไม่ซึมเศร้า” มากที่สุดในขณะที่มีการส่งเสริมสุขภาพด้าน “ไม่ล้ม” น้อยที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพด้าน “ไม่ซึมเศร้า” เป็นกิจกรรมที่สร้างความสนุก ความผาสุกทางใจ คลายเครียด เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการได้ง่าย ไม่ซับซ้อน ตรงกับความต้องการหลักของสมาชิกผู้สูงอายุที่ต้องการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งช่วยให้รู้สึกว่ามีคุณค่าต่อตนเองและบุคคลอื่น สอดคล้องกับธรรมชาติของผู้สูงอายุที่มีความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม มากกว่าความต้องการด้านสภาพร่างกาย เพราะยอมรับว่าสภาพร่างกายมีความเสื่อมถอยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (Thomas, 2017) ซึ่งทฤษฎีการทำกิจกรรม (Activity Theory) กล่าวว่า การได้รับการตอบสนองด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความแข็งแรงเพียงพอที่จะยังกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้ (Winstead, Yost, Cotten, Berkowsky, & Anderson, 2014) ส่วนการส่งเสริมสุขภาพด้าน “ไม่ล้ม” ที่พบว่ามีน้อยที่สุดนั้น เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ใหม่และไม่คุ้นเคย เมื่อเทียบกับกิจกรรมด้านอื่น ๆ ประกอบกับจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และความเครียด โดยจะต้องเข้าใจเทคนิคหรือวิธีการป้องกันเพื่อชะลอโรคในด้านความจำ

ที่สัมพันธ์กับการทำงานของร่างกาย ซึ่งกรรมการชมรมไม่สามารถดำเนินการด้วยตนเองได้ ต้องอาศัยบุคลากรสุขภาพที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ (ปิโตร สิริทิพากร, 2557) ดังผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า ชมรมผู้สูงอายุทำให้สมาชิกผู้สูงอายุปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพด้าน “ไม่ซึมเศร้า” ในระดับตัดสินใจและทำได้เอง มากที่สุด (ร้อยละ 24.43) และทำให้สมาชิกผู้สูงอายุปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพด้าน “ไม่ล้ม” ในระดับเข้าใจ ลองฝึกทำตาม มากที่สุด (ร้อยละ 26.24)

ผลการวิจัยพบว่า การสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิก และการสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิของสมาชิก สามารถร่วมกันทำนายนการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “ไม่ล้ม” ด้าน “ไม่ซึมเศร้า” และด้าน “กินข้าวอร่อย” ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิก และการสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิของสมาชิก เป็นวิธีดำเนินการที่ชมรมทำได้ง่ายและสามารถทำได้ตลอดเวลา เพราะกรรมการชมรมและสมาชิกชมรมมักเป็นคนในชุมชนเดียวกัน จึงไปมาหาสู่กันได้สะดวก โดยสิ่งที่ชมรมสื่อสารไปยังสมาชิกล้วนเป็นประเด็นการดูแลตนเองที่จำเป็นและปฏิบัติได้ไม่ยาก คือ ด้าน “ไม่ล้ม” ด้าน “ไม่ซึมเศร้า” และด้าน “กินข้าวอร่อย” การสร้างช่องทางและการสื่อสารเช่นนี้จึงเป็นสิ่งเร้าที่ช่วยให้สมาชิกตอบสนองจนเกิดความรู้ ความเข้าใจ แสวงหาข้อมูลที่ถูกต้องด้วยตนเอง ปฏิบัติจนเกิดความเคยชิน และบอกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 3 ด้านนี้ได้ ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งการเป็นบุคคลที่มีคุณค่า (active aging) ที่จะบรรลุนความต้องการตามธรรมชาติของตนเองตั้งแต่ระดับความต้องการทางกายภาพไปจนถึงความต้องการบรรลุในสิ่งที่ตั้งใจ โดยยังคงพึ่งพาตนเองได้มากที่สุดและพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด (Huitt, 2007) ในขณะที่ผู้นำและกรรมการชมรมใช้การสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิกควบคู่กับการกำหนดนโยบายและการบริหารแผน เพื่อ

กำหนดโครงการหรือกิจกรรมให้สมาชิกบรรลุพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพด้าน “ไม่ลืมน้ำ” ซึ่งชักนำให้สมาชิกปฏิบัติ ได้ยากกว่าด้าน “ไม่ลืมน้ำ” ด้าน “ไม่ซึมเศร้า” และด้าน “กินข้าวอร่อย” เนื่องจากเป็นความเสียมของผู้สูงอายุ ที่ยังใกล้เคียงเมื่อเทียบกับอีก 3 ด้าน สอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพทางกาย มากกว่าปัญหาสมรรถภาพทางสมอง (วีรพล กิตติพิบูลย์ และนิธิรัตน์ บุญदानนท์, 2563) ซึ่งการกำหนดเป็น นโยบายจะทำให้ชมรมเห็นความสำคัญว่า การส่งเสริม สุขภาพในการคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องปฏิบัติ ต้องกำหนดวัตถุประสงค์ การทำงานที่ชัดเจน และกำหนดกิจกรรมสำคัญในด้านนี้ ที่จะต้องบรรลุ (Wright, 2017)

ผลการวิจัยพบว่า การสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึง และบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิกสามารถทำนาย การส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ลืมน้ำ ไม่ลืมน้ำ ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ได้มากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากชมรมมีความพยายามอย่างมากที่จะ ทำให้สมาชิกรับรู้ข่าวสารที่ได้รับมาจากหน่วยงานต่าง ๆ ให้ได้มากที่สุด ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีข้อมูลเพียงพอที่จะ นำมาใช้ในการตัดสินใจปรับปรุง แสวงหา เสริมแรง การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองให้สำเร็จได้ เป็นลำดับอย่างมั่นใจ (McMichael & Butler, 2006) ส่งผลให้ชมรมสามารถลดบทบาทของตนในการทำหน้าที่ ส่งเสริมสุขภาพ แต่กลับกลายเป็นสมาชิกสามารถส่งเสริม สุขภาพได้ด้วยตนเอง ชมรมทำหน้าที่เป็นเพียงสื่อเชื่อม หรือส่งข้อมูลไปให้ถึงสมาชิกให้มากที่สุด ทั้งนี้ การสร้าง ให้สมาชิกมีความรู้ความคิด สื่อสารได้ชัดเจน สามารถ ตัดสินใจและจัดการภาวะโรคเรื้อรังและความเสื่อมที่ เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ไม่ยากนักด้วย ข้อจำกัดตามธรรมชาติด้านสรีระและด้านการสื่อสาร ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นและพึ่งพิงระบบบริการ สุขภาพ จึงทำให้ชมรมผู้สูงอายุสามารถส่งเสริมสุขภาพ สมาชิกผู้สูงอายุได้ในระดับหนึ่งเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยงานสุขภาพควรรวบรวมองค์ประกอบ การบริหารตามลักษณะองค์กรรอบรู้สุขภาพของชมรม ผู้สูงอายุที่มีอำนาจการทำนายการส่งเสริมสุขภาพสมาชิก ผู้สูงอายุแต่ละด้าน ไปวางแผนพัฒนาทักษะการบริหาร แก่กรรมการชมรม เพื่อให้ชมรมสามารถตอบสนอง ความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพแต่ละด้านของ สมาชิกได้มากยิ่งขึ้น

1.2 หน่วยงานสุขภาพควรจัดกิจกรรมสร้าง ความรู้ความเข้าใจแก่กรรมการชมรมผู้สูงอายุเกี่ยวกับ องค์ประกอบของการบริหารที่มีอำนาจการทำนาย การส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุแต่ละด้าน เพื่อให้ เกิดความตระหนักและให้ความสำคัญกับการออกแบบ กิจกรรมแก่สมาชิกเพิ่มมากขึ้น

1.3 หน่วยงานสุขภาพควรวางแผนพัฒนา ทักษะการบริหารแก่กรรมการชมรมเป็นระยะ โดยกำหนด ให้โครงการหรือกิจกรรมในแผนมีลักษณะต่อเนื่องแบบ ยกระดับทักษะ หรือเลือกทักษะการบริหารที่สำคัญหรือ ที่เฉพาะเจาะจงกับการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุ แต่ละด้าน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการวิเคราะห์เพื่อค้นหาคุณลักษณะ สำคัญของผู้นำองค์กร การวางแผน การประเมินผล การพัฒนาบุคลากร การมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการ การสื่อสารที่สร้างการเข้าถึงข้อมูลและบริการ และการสร้าง การเรียนรู้ อันเป็นองค์ประกอบขององค์กรรอบรู้สุขภาพ ของชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็ประโยชน์ต่อการพัฒนา การบริหารของชมรมให้เกิดผลลัพธ์ต่อสมาชิกมากที่สุด

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการ เป็นองค์ประกอบสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุเขตเมือง กับการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ลืมน้ำ ไม่ลืมน้ำ ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” เพื่อให้มีข้อมูลเชิงลึกประกอบการบริหารของชมรม

2.3 ควรมีการพัฒนาการประเมินลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุให้มีความละเอียดมากยิ่งขึ้น เพื่อให้สามารถสะท้อนบริบทการปฏิบัติงานจริงที่เชื่อมโยงกับการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart

เอกสารอ้างอิง

กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์, และผจงจิต ไกรถาวร.

(2558). ประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการหกล้มที่ใช้ชุมชนเป็นฐานต่อสมรรถภาพทางกายและการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร: การศึกษาดิตตามผล. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 29(1), 98–113.

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2563). *ข้อมูลสถิติจำนวนผู้สูงอายุประเทศไทย ปี 2561 ด้วยระบบ Power Bi / pdf*. สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/know/1/153>

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *กรมอนามัยห่วงสุขภาพผู้สูงวัย แนะนำให้หลัก 'ไม่ล้ม ไม่ลืมน้ำไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย'*. สืบค้นจาก <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/news04042562/>

กองยุทธศาสตร์สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม. (2562). *รายงานข้อมูลผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานครจากฐานประชากรในระบบทะเบียนราษฎร ณ เดือนธันวาคม 2561 และเปรียบเทียบกับข้อมูล ณ เดือนธันวาคม 2560*. สืบค้นจาก https://webportal.bangkok.go.th/upload/user/00000132/download/22_02_62fullpaper.pdf

กานดาวิ มาลีวงษ์, วณิดา คุรงค์ฤทธิชัย, ยงยศ หัตถพรสวรรค์, ศรีสุดา สว่างสาลี, วณิดา มงคลสินธุ์, ภูษงค์ เสนานุช, สุวิมล แสนเวียงจันทร์, และสมศักดิ์ อมรสิริพงศ์. (2561). ความรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ลืมน้ำไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”: กรณีศึกษาเขตดอนเมือง. *วารสารเกื้อการุณย์*, 25(2), 119–136.

กิจปพน ศรีธานี. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 11(1), 26–36.

จุฑาพร คำมณี. (2558). *ปัจจัยที่ทำให้ชมรมผู้สูงอายุประสบความสำเร็จสู่การเป็นชมรมที่เข้มแข็ง* (สารนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ชนนิตพัทธ์ ประเสริฐพรรณ, นพวรรณ เป็ยชื้อ, สุจินดา จารุพัฒน์ มารูโอ, และกมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์. (2557). กิจกรรมและผลการดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในชุมชนเมือง: กรณีศึกษา. *รามาศิริวิทยาสาร*, 20(3), 388–400.

ชะนวนทอง ชนสุกาญจน์, วิมล โรมา, และมุกดาสำนวนกลาง. (2561). *แนวคิด หลักการขององค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ*. สืบค้นจาก http://203.157.71.139/group_sr/allfile/1578714596.pdf

ธัญญา ทรวงวุฒิ, วิราสิริ วีสิริวิทย์, และสุพรรณนันทมงคลชัย. (ม.ป.ป.). *บทบาทของคณะกรรมการในการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตถ์*. สืบค้นจาก <https://oldweb.western.ac.th/images/HealthK/Research/A.Role.pdf>

- ชัยรัชต์ องค์กรเกียรติ. (2561). ภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา. *วารสารสภาการพยาบาล*, 33(3), 5–19.
- นิพา ศรีช้าง, และลลิตรา คำวี. (ม.ป.ป.). รายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2560–2564. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/document/file/violence/การพยากรณ์การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ%20ปี%202560-2564.pdf>
- นิรัชรา ศศิธร. (2557). ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2559). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. สืบค้นจาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1512367202-108_0.pdf
- ปาจรีย์ ผลประเสริฐ, และวรางคณา จันทร์คง. (2561). บริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ อย่างไรให้สำเร็จ?. *วารสารชุมชนวิจัย*, 12(2), 26–36.
- ปิติพร สิริพิพากกร. (2557). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล. *วารสารพยาบาล*, 63(4), 12–19.
- ภาวีน ทองไชย. (2556). สุขภาพจิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2561). งานวิจัย AWUSO Society 4.0 แก่แต่วัย หัวใจยังเก๋า. สืบค้นจาก <http://www.cmmu.mahidol.ac.th/cmmu/index.php/9-college-news/540-awuso-society-4-0>
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2560). แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2561–2564). สืบค้นจาก https://webportal.bangkok.go.th/upload/user/00000132/download/AgingPlan_II.pdf
- วิมล โรมา. (2561). แนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุรูปร่างด้านสุขภาพ (HLO) ของสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ. สืบค้นจาก <http://dohhl.anamai.moph.go.th/download/2561/HLO%2011.1.61.pdf>
- วีรพล กิตติพิบูลย์, และนิริรัตน์ บุญตานนท์. (2563). การพัฒนารูปแบบการคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุตามแนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 14(34), 158–171.
- ศิริรณภา ฉัตรเงิน, อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, และอุมาพร ห่านรุ่งชโรทร. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 34(1), 81–90.
- สมฤทัย บุญสุธากุล. (ม.ป.ป.). *ฐานข้อมูลทางวิชาการด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบครบวงจรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการการสาธารณสุข*. สืบค้นจาก <https://www.senate.go.th/assets/portals/28/fileups/146/files/ฐานข้อมูลทางวิชาการ.pdf>
- สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ. (ม.ป.ป.). *คู่มือชมรมผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/knowledge_th_20161706104732_1.pdf
- อนันต์ อนันตกุล. (ม.ป.ป.). *สังคมสูงวัย...ความท้าทายประเทศไทย*. สืบค้นจาก <https://tinyurl.com/mr3v73k5>

- Brach, C., Keller, D., Hernandez, L. M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, A. J., & Schillinger, D. (2012). *Ten attributes of health literate health care organizations*. Retrieved from https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/BPH_Ten_HLit_Attributes.pdf
- Carneiro, J. A., Cardoso, R. R., Durães, M. S., Guedes, M. C. A., Santos, F. L., Costa, F. M. D., & Caldeira, A. P. (2017). Frailty in the elderly: Prevalence and associated factors. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *70*(4), 747–752. doi:10.1590/0034-7167-2016-0633
- Ezebuihe, I., & Sigley, C. (2016). Health literacy: Concept analysis. *International Journal of Healthcare Sciences*, *4*(2), 55–62. Retrieved from <https://www.researchpublish.com/upload/book/HEALTH%20LITERACY%20CONCEPT%20ANALYSIS-3764.pdf>
- Huitt, W. (2007). *Maslow's hierarchy of needs*. Retrieved from <http://www.edpsycinteractive.org/topics/conation/maslow.html>
- 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>
- McMichael, A. J., & Butler, C. D. (2006). Emerging health issues: The widening challenge for population health promotion. *Health Promotion International*, *21*(Suppl. 1), 15–24. doi:10.1093/heapro/dal047
- Palumbo, R. (2016). Designing health-literate health care organization: A literature review. *Health Services Management Research*, *29*(3), 79–87. doi:10.1177/0951484816639741
- Thomas, J. (Ed.). (2017). *Ageing: Learning from the global south*. Dhaka, Bangladesh: Partners in Population and Development.
- Winstead, V., Yost, E. A., Cotten, S. R., Berkowsky, R. W., & Anderson, W. A. (2014). The impact of activity interventions on the well-being of older adults in continuing care communities. *Journal of Applied Gerontology*, *33*(7), 888–911. doi:10.1177/0733464814537701
- World Health Organization. (2013). *Health literacy: The solid facts*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- Wright, A. (2017). *What's so important about health policy implementation?*. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/320101578_What's_so_important_about_health_policy_implementation

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาวัยรุ่น* Factors Predicting Health Promotion Behaviors among Adolescent Mothers *

เปรียบเทียบแก้ว ฝาละมี, พย.ม. (การผดุงครรภ์)¹
Priabgeaw Faramee, M.N.S. (Midwifery)¹
พรรณพิไล ศรีอารรณ์, พย.ด.² บังอร ศุภวิทิตพัฒนา, ปร.ด. (การพยาบาล)³
Punpilai Sriarporn, Ph.D. (Nursing)² Bungorn Supavititpatana, Ph.D. (Nursing)³

Received: September 20, 2022 Revised: November 13, 2022 Accepted: December 16, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โรงพยาบาลลำพูน และโรงพยาบาลลำปาง รวมจำนวน 120 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .80 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีค่าความเชื่อมั่น .90 แบบสอบถามอิทธิพลระหว่างบุคคล มีค่าความเชื่อมั่น .91 และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาวัยรุ่น มีค่าความเชื่อมั่น .84 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ มหบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

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

² ศาสตราจารย์คลินิก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Clinical 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

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาวัยรุ่นได้ร้อยละ 70.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .701, p < .001$) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มากที่สุด (Beta = .776, $p < .001$) รองลงมา คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Beta = .132, $p < .05$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรมีการเสริมสร้างให้มารดาวัยรุ่นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งจะช่วยให้มารดาวัยรุ่นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: มารดาวัยรุ่น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

Abstract

This predictive correlational research aimed to explore factors predicting health promotion behaviors among adolescent mothers. The participants were 120 adolescent mothers who attended Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Chiang Mai Health Promotion Center Region 1 Hospital, Lamphun Hospital, and Lampang Hospital. The research instruments included the personal information questionnaire, the perceived health status questionnaire with reliability of .80, the perceived self-efficacy questionnaire with reliability of .90, the interpersonal influence questionnaire with reliability of .91, and the health promotion behaviors among adolescent mother questionnaire with reliability of .84. Data were collected from June, 2019 to February, 2020. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation, and stepwise multiple regression analysis.

The research results revealed that perceived health status and perceived self-efficacy were statistically significantly predicted health promotion behaviors among adolescent mothers at 70.10% ($R^2 = .701, p < .001$). The most predicting factor was perceived self-efficacy (Beta = .776, $p < .001$) followed by perceived health status (Beta = .132, $p < .05$).

This research suggests that nurses should enhance perceived health status and perceived self-efficacy among adolescent mothers in order to raise their health promotion behaviors.

Keywords: Adolescent mothers, Health promotion behaviors, Perceived health status, Perceived self-efficacy

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์และการคลอดของมารดาวัยรุ่นทั้งในประเทศและต่างประเทศยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ จากสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2020 พบอัตราการคลอดในมารดาวัยรุ่นที่มีอายุ 15–19 ปี เท่ากับ 42.54 ต่อประชากรมารดาในกลุ่มอายุเดียวกัน 1,000 คน ส่วนใหญ่อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา (World Health Organization [WHO], 2020) ส่วนการสำรวจในประเทศไทย พบอัตราการคลอดในมารดาวัยรุ่นที่มีอายุ 15–19 ปี ต่อประชากรสตรีในกลุ่มอายุเดียวกัน 1,000 คน เท่ากับ 50.10 ในปี พ.ศ. 2552 และลดลงเหลือ 31.30 ในปี พ.ศ. 2562 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2562) แม้ว่าอัตราการคลอดในมารดาวัยรุ่นจะลดลง แต่ยังคงสูงกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ คือ ไม่เกินร้อยละ 10 (WHO, 2006)

การเป็นมารดาวัยรุ่นถือเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญช่วงหนึ่งของชีวิต ที่อาจก่อให้เกิดภาวะวิกฤตได้ เพราะนอกจากมารดาวัยรุ่นจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านร่างกายที่ยังไม่สมบูรณ์แล้ว ยังต้องเผชิญกับปัญหาด้านอารมณ์ จิตใจ และสังคม จากการเปลี่ยนแปลงจากวัยรุ่นมาสู่บทบาทการเป็นมารดาที่ต้องมีความรับผิดชอบแบบผู้ใหญ่ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2563) ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองภายหลังคลอด โดยเฉพาะในระยะ 4–8 สัปดาห์หลังคลอด ที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง จนอาจเกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งของตนเองและทารกได้ (ประจวบ แผลมหลัก และคณะ, 2556; United Nations Population Fund, 2013) โดยมารดาวัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและนำไปสู่การเสียชีวิตได้มากกว่ามารดาที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ถึง 3 เท่า (Save the Children, 2014) สำหรับมารดาวัยรุ่นหลังคลอดนั้น มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้มากกว่ามารดาผู้ใหญ่ (Adams, 2000) เนื่องจากมารดาวัยรุ่นมีการเจริญเติบโตของร่างกายยัง

ไม่สมบูรณ์ ต้องช่วยเหลือการคลอดโดยการตัดฝีเย็บที่กว้างกว่ามารดาผู้ใหญ่ ซึ่งอาจนำไปสู่การติดเชื้อและการตกเลือดหลังคลอดได้ (Cunningham et al., 2014) นอกจากนี้ มารดาวัยรุ่นยังขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์ มีความอ่อนไหวทางอารมณ์และความรู้สึกขาดประสบการณ์และความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเองและบุตร (Lowdermilk, Perry, Cashion, & Alden, 2012) เนื่องจากในระยะหลังคลอด มารดาวัยรุ่นเกิดความเหนื่อยล้า ความวิตกกังวลและความเครียดต่อภาระการเลี้ยงดูบุตร ทำให้ขาดความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (Adams, 2000; Cunningham et al., 2014) จะเห็นได้ว่า ช่วงระยะหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นเป็นช่วงระยะวิกฤตของชีวิตที่บุคลากรสุขภาพควรให้ความสำคัญ ซึ่งการที่มารดาวัยรุ่นจะมีสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจนั้น ต้องอาศัยการดูแลสุขภาพของตนเองควบคู่กับการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง การส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นมีความสามารถในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง จะส่งผลให้มารดาวัยรุ่นมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2563)

การส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล และการมีสุขภาพที่ดีส่วนใหญ่เกิดจากการเรียนรู้พฤติกรรมในช่วงวัยรุ่น ดังนั้น การพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพในช่วงวัยรุ่นจึงเป็นสิ่งสำคัญ (Musavian, Pasha, Rahebi, Atrkar Roushan, & Ghanbari, 2014) โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการกระทำหรือกิจกรรมที่นำไปสู่ผลดีต่อภาวะสุขภาพจนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อควบคุมดูแลสุขภาพให้ได้ตามเป้าหมาย ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม

สุขภาพ [สสส.], 2561) หากบุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง จะช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายได้อย่างปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของบุคคล (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015) ทั้งนี้ ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ของ Pender et al. (2015) ได้กำหนดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด การที่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเหล่านี้จะช่วยให้กลับคืนสู่สภาวะปกติได้เร็วยิ่งขึ้น แต่หากมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความเจ็บป่วยตามมาทั้งของมารดาและบุตรได้ (Raven, Chen, Tolhurst, & Garner, 2007) ดังนั้น การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องในระยะหลังคลอดจึงมีความสำคัญในการช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นต่อร่างกาย (สสส., 2561)

การที่มารดาวัยรุ่นจะมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการตามกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2015) ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ส่วนบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยด้านการคิดรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรม กิจกรรมและความเกี่ยวเนื่องผลที่ได้ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ และ 3) ปัจจัยด้านผลลัพธ์ของพฤติกรรม ได้แก่ ความยึดมั่นต่อแผนปฏิบัติ และความต้องการความชอบที่เกิดขึ้นในขณะนั้น โดยปัจจัยด้านการคิดรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่สำคัญ

ในการจูงใจให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มารดาวัยรุ่นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับมาก (เจดิงภา แสงสว่าง, 2559; สุภาภรณ์ นันตา, 2560) และมารดาหลังคลอดมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับมากเช่นกัน (Mallick, 2010) ส่วนปัจจัยตามแนวคิดของ Pender et al. (2015) ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น (เจดิงภา แสงสว่าง, 2559) อิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด (สุภาภรณ์ นันตา, 2560) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาหลังคลอด (Mallick, 2010) จะเห็นได้ว่า การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่นและมารดาหลังคลอด แต่ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาวัยรุ่น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผดุงครรภ์ได้เล็งเห็นความสำคัญของการดูแลมารดาวัยรุ่นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งหากมารดาวัยรุ่นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสามารถของตัวแปรการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และอิทธิพลระหว่างบุคคล ในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาวัยรุ่น ซึ่งคาดว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะสามารถนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาล และเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้แก่มารดาวัยรุ่นได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาวัยรุ่น ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้

สมรรถนะแห่งตน และอิทธิพลระหว่างบุคคล

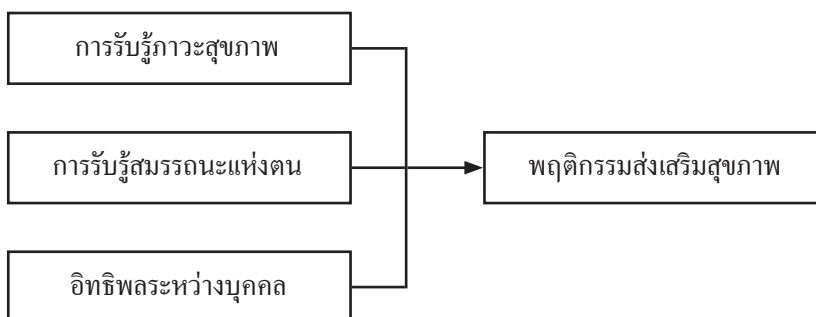
สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และอิทธิพลระหว่างบุคคล สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาวัยรุ่นได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ของ Pender et al. (2015) มาอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาวัยรุ่น โดย Pender et al. (2015) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง จะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดี และเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งผลลัพธ์ของ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และอิทธิพลระหว่างบุคคล เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาหลังคลอดและมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ดังนั้น หากมารดาวัยรุ่นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และมีอิทธิพลระหว่างบุคคลมากขึ้น น่าจะทำให้มารดาวัยรุ่นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มากขึ้น สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นมารดาวัยรุ่นในระยะ 4–8 สัปดาห์หลังคลอด ที่มารับบริการที่ห้องตรวจหลังคลอดและวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โรงพยาบาลลำพูน

และโรงพยาบาลลำปาง (ทั้ง 4 แห่ง เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิขึ้นไป มีระบบบริการสุขภาพและการดูแลที่ใกล้เคียงกัน) ในช่วงเดือนมิถุนายน 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2563 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) อายุ 13–19 ปี 2) มารดาและทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด 3) คลอดปกติทางช่องคลอด 4) เลี้ยงบุตรด้วยตนเองตลอดระยะ 4–8 สัปดาห์หลังคลอด 5) สามารถ

ฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างตามหลักการที่ว่า ตัวแปรที่ศึกษา 1 ตัวแปร ต่อจำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 30 คน (Pedhazur, 1997) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปร 4 ตัวแปร จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 120 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบสะดวก ตามสัดส่วนประชากร

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ ลักษณะครอบครัว การวางแผนการตั้งครุฑ และบุคคลที่ให้การช่วยเหลือแนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอดบุตร จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Mallick (2010) แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านสุขภาพกาย จำนวน 8 ข้อ และด้านสุขภาพจิต จำนวน 7 ข้อ รวมจำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ปานกลาง เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับน้อย (15.00-35.00 คะแนน) ในระดับปานกลาง (35.01-55.00 คะแนน) และในระดับมาก (55.01-75.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของเจดนิภา แสงสว่าง (2559) แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย จำนวน 3 ข้อ ด้านโภชนาการ จำนวน 7 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จำนวน

6 ข้อ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ จำนวน 5 ข้อ และด้านการจัดการความเครียด จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวน 34 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่มีเลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับน้อย (34.00-79.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (79.34-124.66 คะแนน) และในระดับมาก (124.67-170.00 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามอิทธิพลระหว่างบุคคล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามอิทธิพลระหว่างบุคคล ของสุภาภรณ์ นันตา (2560) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านบรรทัดฐานทางสังคม จำนวน 9 ข้อ ด้านการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 9 ข้อ และด้านการเป็นแบบอย่าง จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวน 24 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เป็นจริงเลย เป็นจริงเพียงเล็กน้อย เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงส่วนมาก และเป็นจริงมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีอิทธิพลระหว่างบุคคลในระดับน้อย (24.00-56.00 คะแนน) ในระดับปานกลาง (56.01-88.01 คะแนน) และในระดับมาก (88.02-120.00 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในมารดาวัยรุ่น ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในมารดาวัยรุ่นของเจดนิภา แสงสว่าง (2559) แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย จำนวน 5 ข้อ ด้านโภชนาการ จำนวน 7 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จำนวน 7 ข้อ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ จำนวน 5 ข้อ และด้านการจัดการความเครียด จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวน 38 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติบ้างเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับน้อย (38.00–88.66 คะแนน) ในระดับปานกลาง (88.67–139.32 คะแนน) และในระดับมาก (139.33–190.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาหลังคลอด อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาวัยรุ่น และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเครื่องมือ ได้คัดค้านีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามอิทธิพลระหว่างบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาวัยรุ่น ไปทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่โรงพยาบาลมารดาและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวนแต่ละ 5 คน รวมจำนวน 10 คน หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .80, .90, .91 และ .84 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 067/2019 วันที่ 28 มีนาคม 2562) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 328/2562 วันที่ 17 ตุลาคม 2562) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 11/2562 วันที่ 10 มิถุนายน 2562) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลลำพูน (เอกสารรับรอง เลขที่ 023/2562 วันที่ 4 มิถุนายน 2562) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลลำปาง (เอกสารรับรอง เลขที่ 54/2562 วันที่ 26

มิถุนายน 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง เข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าแผนก และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โรงพยาบาลลำพูน และโรงพยาบาลลำปาง แห่งละ 1 คน รวมจำนวน 4 คน เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกตรวจหลังคลอดและวางแผนครอบครัว ในขณะที่รอตรวจ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยให้เวลา 45–50 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน มิถุนายน 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพ ข้อมูลการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และข้อมูลอิทธิพลระหว่างบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และอิทธิพลระหว่างบุคคล กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ส่วนการหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลในมารดาวัยรุ่น พบว่า มารดาวัยรุ่นมีอายุอยู่ในช่วง 18–19 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55 โดยมีอายุเฉลี่ย 17.40 ปี ($SD = 1.53$) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 89.20 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.20 มีอาชีพแม่บ้าน (ดูแลบ้าน เลี้ยงดูบุตร) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.30 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 81.70 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 65 โดยมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 12,458.33 บาท ($SD = 7,829.74$) ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอที่จะใช้จ่าย คิดเป็นร้อยละ 67.50 มีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 57.50 ส่วนใหญ่ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 86.70 และบุคคลที่ให้การช่วยเหลือแนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอดบุตร คือ สมาชิกในครอบครัว (บิดา/มารดา/พี่/น้อง) คิดเป็นร้อยละ 82.50

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพในมารดาวัยรุ่น พบว่า มารดาวัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมในระดับมาก ($M = 57.81, SD = 8.25$)

3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในมารดาวัยรุ่น พบว่า มารดาวัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมในระดับมาก ($M = 138.33, SD = 16.13$)

4. อิทธิพลระหว่างบุคคลในมารดาวัยรุ่น พบว่า มารดาวัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยอิทธิพลระหว่างบุคคลโดยรวมในระดับมาก ($M = 99.59, SD = 12.09$)

5. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาวัยรุ่น พบว่า มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 76.70 ($M = 153.58, SD = 17.60$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับมาก 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 80.80 ($M = 33.56, SD = 4.53$) ด้านโภชนาการ คิดเป็นร้อยละ 82.50 ($M = 29.12, SD = 3.94$) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล คิดเป็นร้อยละ 71.70 ($M = 28.48, SD = 4.26$) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ คิดเป็นร้อยละ 60 ($M = 19.02, SD = 3.71$) และด้านการจัดการความเครียด คิดเป็นร้อยละ 68.30 ($M = 24.63, SD = 4.06$) และมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับมาก มากที่สุด 1 ด้าน คือ ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 58.30 ($M = 18.77, SD = 3.61$)

6. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และอิทธิพลระหว่างบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาวัยรุ่น พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และอิทธิพลระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .444, p < .001; r = .829, p < .001$ และ $r = .605, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และอิทธิพลระหว่างบุคคล กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาวัยรุ่น (n = 120)

ตัวแปร	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	
	r	p
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.444	< .001
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.829	< .001
อิทธิพลระหว่างบุคคล	.605	< .001

7. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาวัยรุ่น พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาวัยรุ่นได้ร้อยละ 70.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .701, p < .001$) แต่อิทธิพลระหว่างบุคคลไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพในมารดาวัยรุ่นได้ โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาวัยรุ่นได้มากที่สุด (Beta = .776, $p < .001$) รองลงมา คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Beta = .132, $p < .05$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาวัยรุ่น (n = 120)

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	t	p
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.281	.118	.132	2.386	.019
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.846	.060	.776	14.050	< .001

Constant = 20.265, R = .837, $R^2 = .701$, adj. $R^2 = .696$, F = 137.273, $p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับมาก (ร้อยละ 76.70) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 18-19 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 55) โดยมีอายุเฉลี่ย 17.40 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยรุ่นตอนปลาย มีการปรับตัวเพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ มีพื้นฐาน

การคิดหรือการพิจารณาโดยใช้เหตุและผลใกล้เคียงกับวัยผู้ใหญ่ มีความคิดอย่างมีเหตุผลมากขึ้น (The Pennsylvania Child Welfare Resource Center University of Pittsburgh, 2005) ประกอบกับมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มากที่สุด (ร้อยละ 49.20) ซึ่งจะได้รับความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากสถานศึกษา ทำให้รู้จักนำความรู้ที่ได้มาใช้ให้เกิดประโยชน์กับตนเองมากขึ้น (Pender et al., 2015) การที่มารดาวัยรุ่นเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ มีกระบวนการคิดอย่าง

มีเหตุผลมากขึ้น มีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ จึงทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Mallick (2010) ที่พบว่า มารดาหลังคลอดมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของเจดิงกา แสงสว่าง (2559) และการศึกษาของสุภาภรณ์ นันดา (2560) ที่พบว่า มารดาวัยรุ่นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับมาก

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาวัยรุ่นได้ร้อยละ 70.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาวัยรุ่นได้มากที่สุด แสดงให้เห็นว่า เมื่อมารดาวัยรุ่นมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับมาก จะส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนคือการรับรู้ความสามารถและเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ซึ่งเมื่อมารดาวัยรุ่นเกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเองหรือเชื่อมั่นในความสามารถของตน จะสามารถนำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองที่ดีตามมา (วรรณภา ศรีชัยรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, พิมภา สุตรา, และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, 2555) เมื่อมารดาวัยรุ่นมีการรับรู้ความสามารถ ได้รับคำพูดชักจูงหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวจนสามารถที่จะปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพได้ ก็จะเพิ่มความสำเร็จในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Rahman, Haque, & Zahan, 2011) โดยการรับรู้ความสามารถเป็นตัวช่วยกระตุ้น เป็นแรงจูงใจ ทำให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรงได้ (Pender et al., 2015) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mallick (2010) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาหลังคลอด และสอดคล้องกับการศึกษาของเจดิงกา แสงสว่าง (2559) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาวัยรุ่นได้ แสดงให้เห็นว่า เมื่อมารดาวัยรุ่นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับมาก จะส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพคือความคิดเห็นหรือความเข้าใจของมารดาวัยรุ่นต่อความเชื่อมั่นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และช่วยหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องหรือส่งผลที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (สุจิตต์ แสนมงคล, 2559) และหากได้รับการส่งเสริมให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามมา (ชนิดา สุริอาจ, ปรีชกมล รัชานกุล, และวนลดา ทองใบ, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mallick (2010) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาหลังคลอด

ผลการวิจัยพบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาวัยรุ่นได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลคือการรับรู้และความรู้สึกนึกคิดต่อความเชื่อที่เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากบุคคลอื่น โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นตอนปลาย มากที่สุด มีอายุเฉลี่ย 17.40 ปี มีการปรับตัวเข้าสู่ผู้ใหญ่มากขึ้น ประกอบกับเป็นมารดาวัยรุ่นในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงที่ร่างกายเริ่มกลับเข้าสู่สภาวะปกติมากขึ้น อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยายถึงร้อยละ 57.50 และส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวให้การช่วยเหลือแนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอดบุตร (ร้อยละ 82.50) แต่มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ต้องรับผิดชอบเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเอง และออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว บางส่วน

ต้องกลับเข้าสู่ระบบการศึกษาเพื่อศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น จึงทำให้มีการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหลังคลอดจากบุคคลอื่นได้น้อย และไม่ได้ตระหนักถึงการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากบุคคลอื่น ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ นันดา (2560) ที่พบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลควรมีการเสริมสร้างให้มารดาวัยรุ่นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยจัดกิจกรรมเสริมเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด ซึ่งจะช่วยให้มารดาวัยรุ่นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

1.2 อาจารย์พยาบาลควรมีการจัดการเรียนการสอนด้านการผดุงครรภ์ เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาวัยรุ่น โดยสอดแทรกผลการวิจัยครั้งนี้ในบทเรียนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้เรียนตระหนักถึงความสำคัญของการรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เหมาะสมของมารดาวัยรุ่น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาวัยรุ่นได้ เช่น การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างสถานการณ์

2.2 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้ภาวะสุขภาพในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โดยเน้นกิจกรรมการให้ความรู้ประกอบสื่อ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ และการอภิปรายกลุ่ม เพื่อส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- จินดา แสงสว่าง. (2559). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชนิดา สุริอาจ, ปรียกมล รัชกุล, และวนลดา ทองใบ. (2557). การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพของผู้ตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติทางเมตาบอลิก. *วารสารตีพิมพ์พยาบาลสาร*, 20(3), 372-387.
- ประจวบ แผลมหลัก, วัชรินทร์ คำมาเร็ว, ธวัชชัย เสาหิน, ทิพย์วี สมบัติปัญญา, สุรัชย์ ชิตมูล, และสงกรานต์ จันทร์ทะระ. (2556). การตั้งครรถ์ในวัยรุ่น: ปัญหาและแนวทางการแก้ไขทางสังคมวิทยา. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 14(3), 3-11.
- วรรณภา ศรีธัญรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, พิมภา สุตรา, และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. (2555). *เส้นทางสร้างสมรรถนะ สร้างเสริมสุขภาพองค์กรวม*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2561). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคุณแม่หลังคลอด ตอนที่ 1*. สืบค้นจาก <https://tinyurl.com/24npfu6e>
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2562). *สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2562*. สืบค้นจาก <https://tinyurl.com/bdcsstx3>
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2563). *ถอดบทเรียน พหอ.: ลดแม่วัยรุ่น*. สืบค้นจาก <https://tinyurl.com/3r73rjzw>
- สุจิตต์ แสนมงคล. (2559). การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก จังหวัดภูเก็ต. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 30(2), 105-114.

- สุภาภรณ์ นันตา. (2560). *อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลของสถานการณ์ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Adams, L. (2000). *Health promotion for adolescent mothers*. Retrieved from http://www.epi.umn.edu/let/pubs/img/NMPA_preface.pdf
- Cunningham, F. G., Leveno, 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.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K., & Alden, K. R. (2012). *Maternity and women's health care* (10th ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Mallick, D. R. (2010). *Perceived health status, perceived self-efficacy, and health promoting behaviors of Bangladeshi postpartum women* (Master's thesis). Prince of Songkla University. Retrieved from <https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2010/7823/1/325993.pdf>
- Musavian, A. S., Pasha, A., Rahebi, S. M., Atrkar Roushan, Z., & Ghanbari, A. (2014). Health promoting behaviors among adolescents: A cross-sectional study. *Nursing and Midwifery Studies*, 3(1), e14560. doi:10.17795/nmsjournal14560
- Pedhazur, E. J. (1997). *Multiple regression in behavioral research: Explanation and prediction* (3rd ed.). Orlando, FL: Harcourt Brace College.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health promotion in nursing practice* (7th ed.). Stamford, CT: A Simson & Schuster.
- Rahman, M. M., Haque, S. E., & Zahan, M. S. (2011). Factors affecting the utilisation of postpartum care among young mothers in Bangladesh. *Health and Social Care in the Community*, 19(2), 138–147. doi:10.1111/j.1365-2524.2010.00953.x
- Raven, J. H., Chen, Q., Tolhurst, R., & Garner, P. A. (2007). Traditional beliefs and practices in the postpartum period in Fujian Province, China: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 7(1), 8. doi:10.1186/1471-2393-7-8
- Save the Children. (2014). *Save the children praises passage of bipartisan "Feed the Future" bill to fight child hunger and malnutrition*. Retrieved from <https://chrissmith.house.gov/news/documentsingle.aspx?DocumentID=397782>
- The Pennsylvania Child Welfare Resource Center University of Pittsburgh. (2005). *Child and adolescent development*. Retrieved from <http://www.pacwrc.pitt.edu/Curriculum/CTC/MOD9-OLD/RsrcBk/RsrcBk.pdf>
- United Nations Population Fund. (2013). *Motherhood in childhood: Facing the challenge of adolescent pregnancy*. Retrieved from <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN-SWOP2013.pdf>

World Health Organization. (2006). *Reproductive health indicators: Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43185/924156315X_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization. (2020). *Adolescent birth rate (per 1,000 females aged 15–19 years)*. Retrieved from [https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent/indicator-explorer-new/mca/adolescent-birth-rate-\(per-1-000-females-aged-15-19-years\)?bookmarkId=9ecd7afb-4c65-477c-a4e4-b57047416831](https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent/indicator-explorer-new/mca/adolescent-birth-rate-(per-1-000-females-aged-15-19-years)?bookmarkId=9ecd7afb-4c65-477c-a4e4-b57047416831)

การพัฒนาแบบแผนการป้องกันโรคติดเชื้อ ระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญา สำหรับผู้ดูแลในสถานสงเคราะห์แห่งหนึ่ง*

The Development of an Upper Respiratory Tract Infection Prevention Model for Children with Intellectual Developmental Disorder among Caregivers in a Shelter*

จินตภา อันพิมพ์, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)¹

Jintapa Unphim, M.N.S. (Community Nurse Practitioner)¹

ณัฐพัชร บัวบุญ, Ph.D. (Nursing)² จีราภรณ์ กรรรมบุตร, Ph.D. (Nursing)³

Natthapat Buaboon, Ph.D. (Nursing)² Jeeraporn Kummabutr, Ph.D. (Nursing)³

Received: October 23, 2022 Revised: December 12, 2022 Accepted: December 14, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับเทคนิค เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาสำหรับผู้ดูแลในสถานสงเคราะห์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้บริหาร จำนวน 3 คน และผู้ดูแล จำนวน 21 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยรูปแบบชั่วคราวของการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาสำหรับ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

¹ Master's Thesis of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Thammasat University

¹ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

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

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: prawdaw91@gmail.com

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Instructor, Faculty of Nursing, Thammasat University: Major Advisor

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

ผู้ดูแลในสถานสงเคราะห์ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาของผู้ดูแลในสถานสงเคราะห์ มีค่าความเชื่อมั่น .77 แบบบันทึกสำหรับการสังเกตพฤติกรรมปฏิบัติตามรูปแบบชั่วคราว และทะเบียนบันทึกจำนวนครั้งของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2562 ถึงเดือนกรกฎาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย (1) การกำหนดมาตรการในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน และ (2) ข้อปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน 2) หลังการพัฒนารูปแบบ ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาสูงกว่าก่อนการพัฒนาแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 32.340, p < .001$) และ 3) หลังการพัฒนาแบบจำนวนครั้งของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาน้อยกว่าก่อนการพัฒนาแบบ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาของผู้ดูแลในสถานสงเคราะห์อย่างเหมาะสม และส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนของผู้ดูแล

คำสำคัญ: การพัฒนาแบบ การป้องกัน โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน ผู้ดูแล เด็กบกพร่องทางสติปัญญา

Abstract

This technical action research aimed to develop and study the effect of an upper respiratory tract infection prevention model for children with intellectual developmental disorder among caregivers in a shelter. The samples were three chief officers and 21 caregivers. The research instruments consisted of an upper respiratory tract infection prevention temporary model for children with intellectual developmental disorder among caregivers in a shelter, a caregiver personal data record form, an upper respiratory tract infection preventive behavior assessment form with reliability of .77, a behavior observation record form, and an occurrence of upper respiratory tract infection record form. The implementation and data collection were conducted from November, 2019 to July, 2020. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired *t*-test.

The research results revealed that 1) the upper respiratory tract infection prevention model consisted of (1) the establishment of policy to control and prevent upper respiratory

tract infection, and (2) regulation of upper respiratory tract infection prevention; 2) after the development of a model, caregivers had statistically significantly higher mean score of upper respiratory tract infection preventive behavior than that of before the development of a model ($t = 32.340, p < .001$); and 3) after the development of a model, the occurrence of upper respiratory tract infection was lower than that of before the development of a model.

This research suggests that the chief officers should establish the appropriate policies of upper respiratory tract infection prevention for children with intellectual developmental disorder among caregivers in a shelter as well as promote upper respiratory tract infection preventive behavior.

Keywords: Development of a model, Prevention, Upper respiratory tract infection, Caregivers, Children with intellectual developmental disorder

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของทั่วโลก และเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต จากการสำรวจสาเหตุของการเสียชีวิตในกลุ่มประชาชนทั่วไปขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2561 พบว่า โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 4 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (World Health Organization, 2018) โดยพบว่า อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนจะเพิ่มมากขึ้นและทวีความรุนแรงในกลุ่มที่มีร่างกายอ่อนแอหรือมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ดัง การสำรวจเกี่ยวกับสถานการณ์โรคติดเชื้อของสถาบันราชานุกูล พบว่า โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนเป็นโรคที่พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มเด็กบกพร่องทางสติปัญญาที่เข้ารับการรักษา ณ สถาบันราชานุกูล คิดเป็นร้อยละ 96.73 รองลงมา คือ โรคติดเชื้อทางตา คิดเป็นร้อยละ 2.31 และโรคติดเชื้อทางผิวหนัง คิดเป็นร้อยละ .96 (สถาบันราชานุกูล, 2559) สอดคล้องกับการสำรวจการเจ็บป่วยของเด็กบกพร่องทางสติปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) จังหวัดนนทบุรี ที่พบจำนวนครั้งของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ

ระบบทางเดินหายใจส่วนบน ในช่วงเดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือนธันวาคม 2562 เฉลี่ย 424 ครั้งต่อเดือน หรือประมาณ 12 ครั้งต่อคนต่อปี ส่วนใหญ่พบอุบัติการณ์ในช่วงฤดูหนาว และในปี พ.ศ. 2562 พบการเสียชีวิตด้วยภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน จำนวน 14 ราย (งานพยาบาล สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) จังหวัดนนทบุรี, 2562)

สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) จังหวัดนนทบุรี เป็นหน่วยงานที่ให้การดูแลกลุ่มบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา หรือมีข้อจำกัดด้านสติปัญญา ที่มีอายุอยู่ในช่วง 7-18 ปี และมีระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) อยู่ในช่วง 35-69 แม้ว่าบุคคลกลุ่มนี้จะมีพัฒนาการและการเจริญเติบโตด้านร่างกายเข้าสู่วัยรุ่น แต่ระดับสติปัญญาและความสามารถเทียบเท่ากับวัยเด็ก ดังนั้น ในบริบทของสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) จังหวัดนนทบุรี จึงใช้เกณฑ์ IQ ในการคัดเลือกกลุ่มเด็ก และใช้คำเรียกว่า “เด็ก” ในทุกช่วงอายุ ซึ่งเด็กบกพร่องทางสติปัญญามักมีข้อจำกัดของความสามารถในการปรับตัว 3 ด้านหลัก ได้แก่ ทักษะด้านความคิดรวบยอด (conceptual skills) ทักษะด้านสังคม (social skills) และทักษะ

ด้านการปฏิบัติตน (practical skills) ทำให้เด็กกลุ่มนี้ดูแลตนเองได้น้อยหรือดูแลตนเองได้ไม่เหมาะสมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนได้มากกว่าเด็กทั่วไป ข้อจำกัดของความสามารถในการปรับตัวทั้ง 3 ด้านหลักนั้น เกิดจากพัฒนาการของสมองบกพร่องหรือพัฒนาการของสมองหยุดชะงัก (สถาบันราชานุกูล, 2559) เมื่อเด็กบกพร่องทางสติปัญญาเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน จะทำให้เกิดความไม่สุขสบายด้านร่างกายได้แก่ มีอาการอ่อนเพลีย เมื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย จนอาจส่งผลให้ปัญหาการเจริญเติบโตและปัญหาด้านพัฒนาการทวีความรุนแรงมากขึ้น และมีความเสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรืออาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ ดังนั้น หากเด็กเกิดการเจ็บป่วยจะมีโอกาสแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้ดูแลหากไม่มีการป้องกันที่เหมาะสม เมื่อผู้ดูแลเกิดการเจ็บป่วยจะส่งผลให้ผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล นับเป็นการสูญเสียค่าใช้จ่ายของประเทศในการรักษาพยาบาล เมื่อผู้ดูแลเกิดการเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ กล่าวคือ เมื่อจำเป็นต้องหยุดปฏิบัติงาน ทำให้สูญเสียรายได้ นำไปสู่ความเครียดและความวิตกกังวลที่เพิ่มมากขึ้น (สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค, 2554)

การแพร่กระจายของโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาขึ้นอยู่กับองค์ประกอบสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ ตัวบุคคล (host) เชื้อที่เป็นสาเหตุของโรค (agent) และสิ่งแวดล้อม (environment) สำหรับองค์ประกอบด้านตัวบุคคลพบว่า เด็กมักมีความไวต่อการติดเชื้อสูง เนื่องจากระดับภูมิคุ้มกันและระบบการสร้างภูมิคุ้มกันโรครังพัฒนาได้ไม่สมบูรณ์ จึงทำให้อัตราการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นและรุนแรงขึ้นในเด็กกลุ่มนี้ นอกจากนี้ เด็กกลุ่มนี้ยังมีพัฒนาการล่าช้า และมีความสามารถในการช่วยเหลือและดูแลตนเองได้น้อยกว่าเด็กในวัยเดียวกัน จึงทำให้ความสามารถในการดูแลทำความสะอาดร่างกาย

การป้องกันโรคและการหลีกเลี่ยงจากเชื้อโรคทำได้ไม่ดี จึงมีโอกาสเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนเพิ่มขึ้นได้ (สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค, 2554) ส่วนองค์ประกอบด้านเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคพบว่า เชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อระบบต่าง ๆ มีหลายชนิด เช่น เชื้อไวรัส ซึ่งความรุนแรงของโรคจะแตกต่างกันตามชนิดของเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุ สำหรับองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการแพร่กระจายเชื้อ แบ่งได้เป็น 2 ประเด็นคือ 1) พื้นที่พักอาศัยของเด็ก การที่พื้นที่ของบ้านพักมีจำกัดแต่มีเด็กจำนวนมาก ทำให้เกิดความคับแคบเด็กต้องอาศัยอยู่ร่วมกันจำนวนมาก ดังข้อมูลที่พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2558-2562 เด็กที่อาศัยอยู่ในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) จังหวัดนนทบุรี มีจำนวน 627 คน 637 คน 638 คน 530 คน และ 562 คน ตามลำดับ ส่งผลให้พื้นที่ในการพักอาศัยแต่ละอาคารคับแคบลงตามจำนวนเด็กที่มีมากขึ้น ซึ่งไม่เป็นไปตามมาตรฐานในการจัดพื้นที่สำหรับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้หรือการอยู่อาศัย ที่กำหนดไว้ที่อัตราส่วน 2 ตารางเมตร ต่อเด็ก 1 คน เป็นอย่างน้อย (สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ, 2555) และการที่เด็กอยู่ร่วมกันจำนวนมากหรืออยู่ร่วมกันอย่างใกล้ชิดจึงเกิดการใช้สิ่งของร่วมกัน เช่น ที่นอน ผ้าเช็ดตัว ของเล่น รวมถึงมีโอกาสสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ที่ติดเชื้อ โดยเชื้อจะเข้าสู่ร่างกายผ่านทางตา จมูก ปาก หรือสัมผัสเชื้อโดยตรงจากการอยู่ใกล้ชิดกัน เล่นหรือจับมือกัน เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะยิ่งเพิ่มการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลรอบข้างหรือนุคลิกใกล้ชิดได้มากยิ่งขึ้น และ 2) ปัจจัยด้านผู้ดูแล พบว่า สัดส่วนของผู้ดูแลต่อจำนวนเด็กบกพร่องทางสติปัญญาที่อาศัยในสถานสงเคราะห์ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานการเลี้ยงดูเด็กที่กำหนดไว้ว่า จำนวนที่เลี้ยงกับจำนวนเด็กต้องอยู่ในอัตราที่เหมาะสม คือ อัตราที่เลี้ยง 1 คน ต่อเด็กไม่เกิน 20 คน (กระทรวงแรงงาน, 2561) แต่ในปัจจุบัน พี่เลี้ยงต้อง

ดูแลเด็กในอัตราส่วนพี่เลี้ยง 1 คน ต่อเด็ก 30-40 คน ส่วนความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่เหมาะสม ทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่รักษาความสะอาดของสถานที่ที่ดูแลเด็ก อุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ การเปลี่ยนผ้าอ้อมและการจัดเก็บผ้าเปียกไม่ถูกสุขลักษณะ ทำให้เกิดการปนเปื้อนและไม่สามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคในสถานสงเคราะห์ได้ สำหรับปัจจัยด้านการรับรู้ต่างๆ ของผู้ดูแลนั้น สอดคล้องกับกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model [HBM]) เมื่อผู้ดูแลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนอย่างเหมาะสม จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่ดี แก่เด็กบกพร่องทางสติปัญญา ตลอดจนสามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคระบบทางเดินหายใจในสถานสงเคราะห์ได้

ปัจจุบัน สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านราชวดี (ชาย) จังหวัดนนทบุรี ได้พยายามดำเนินการป้องกันและให้การดูแลเด็กที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ รวมทั้งโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน โดยการสนับสนุนให้ผู้ดูแลเข้าร่วมการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรคตามฤดูกาล การปรับปรุงลักษณะทางสุขาภิบาลของสถานสงเคราะห์ให้ได้มาตรฐานเพื่อแก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในสถานสงเคราะห์ ทั้งด้านอาคารสถานที่ การรักษาสุขภาพแวดล้อม การกำหนดสัดส่วนของผู้ดูแลต่อจำนวนเด็ก และการวางมาตรการป้องกันโรคหรือปัญหาสุขภาพ (ไมลา อิสสระสงคราม, ทศนีย์ บุญประครอง, และเกษม จันทร์แก้ว, 2559) แต่การดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ยังคงมีเด็กป่วยจำนวนมาก เนื่องจากมาตรการเพิ่มองค์ความรู้

แก่ผู้ดูแลโดยการอบรมและการให้ความรู้ที่ผ่านมานั้นใช้รูปแบบการดูแลตามแบบเด็กปกติทั่วไป ทำให้การนำมาปรับใช้กับเด็กบกพร่องทางสติปัญญายังไม่ถูกต้องและเหมาะสมตามบริบทในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านราชวดี (ชาย) จังหวัดนนทบุรี

การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง การที่จะได้รูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่เหมาะสมกับบริบทของสถานสงเคราะห์นั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา ผู้วิจัยจึงใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับเทคนิค (technical action research [TAR]) ร่วมกับการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1974) ภายใต้วางความเชื่อที่ว่า บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคและมีการจัดการกับปัญหา เมื่อบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ รวมถึงการมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรค จะทำให้ผู้ดูแลคำนึงถึงประโยชน์ที่ตนจะได้รับ นำไปสู่การปฏิบัติอย่างยั่งยืนและเกิดประโยชน์สูงสุดอย่างแท้จริง และมุ่งหวังว่าจะสามารถลดจำนวนครั้งของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนของเด็กบกพร่องทางสติปัญญาในสถานสงเคราะห์ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาสำหรับผู้ดูแลในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านราชวดี (ชาย) จังหวัดนนทบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาของผู้ดูแลในสถานคุ้มครองและพัฒนาคน

พิการบ้านราชาวดี (ชาย) จังหวัดนนทบุรี ระหว่างก่อน กับหลังการพัฒนารูปแบบ

3. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการเจ็บป่วย ด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็ก กบพร่องทางสติปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนา คนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) จังหวัดนนทบุรี ระหว่าง ก่อนกับหลังการพัฒนารูปแบบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดเชิงทฤษฎีแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1974) ร่วมกับ ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับเทคนิค โดยแนวคิด เชิงทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพช่วยอธิบาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อระบบ ทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาของ ผู้ดูแล ภายใต้ความเชื่อที่ว่า เมื่อบุคคลเกิดความกลัว และรับรู้ว่ามีภาวะคุกคาม จะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อ

ป้องกันโรคและจัดการกับปัญหาโดยคำนึงถึงประโยชน์ ที่ตนจะได้รับ ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) การรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของ โรค 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ 4) การรับรู้ อุปสรรคของการปฏิบัติ และ 5) สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ โดยปัจจัยที่ 1-4 สามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้มาก โดยการวิจัย ครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัยเชิง ปฏิบัติการ ได้แก่ การวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observing) และการสะท้อน การปฏิบัติ (reflecting) จนเกิดพฤติกรรมการป้องกัน โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กบกพร่อง ทางสติปัญญาของผู้ดูแล และสามารถลดจำนวนครั้ง ของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาได้ สรุปเป็น กรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1

**การพัฒนาแบบแผนการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน
ในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาสำหรับผู้ดูแลในสถานคุ้มครองและ
พัฒนาคณพิการบ้านราชาวดี (ชาย) จังหวัดนนทบุรี**

1. การวางแผน (planning)
 - ร่วมกันค้นหาปัญหา วิเคราะห์สถานการณ์และสาเหตุของปัญหา โดยกระบวนการสนทนากลุ่ม ภายใต้กรอบแนวคิด HBM เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ
 - พัฒนารูปแบบชั่วคราวของการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาสำหรับผู้ดูแลในสถานสงเคราะห์
2. การปฏิบัติ (action)
 - ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อสร้างแรงจูงใจ สร้างความตระหนักในความสำคัญของการมีสุขภาพดี และความสำคัญของการดูแลสุขภาพทั้งตัวผู้ดูแลและเด็ก
 - ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาของผู้ดูแลตามรูปแบบฯ
3. การสังเกต (observing)

ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ดูแลที่อาคาร สัปดาห์ละ 1 ครั้ง สังเกตการปฏิบัติพฤติกรรม และบันทึกข้อมูล
4. การสะท้อนการปฏิบัติ (reflecting)

ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่ม เพื่อสะท้อนการปฏิบัติของผู้ดูแลในประเด็นการบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมาย ปังจัยเสริมที่ทำให้เกิดความสำเร็จ และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน



**พฤติกรรมกรป้องกันโรคติดเชื้อ
ระบบทางเดินหายใจส่วนบนใน
เด็กบกพร่องทางสติปัญญาของผู้ดูแล**

- ด้านพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพทั่วไป
- ด้านพฤติกรรมกรป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ
- ด้านพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพบิดาลิ่งแวดล้อม
- ด้านพฤติกรรมกรดูแลตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา



**จำนวนครั้งของการเจ็บป่วย
ด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ
ส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญา**

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับเทคนิค (technical action research) ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ขึ้นเตรียมการวิจัย ระยะที่ 2 ขึ้นดำเนินการวิจัย โดยดำเนินการ 2 วนรอบ วนรอบละ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติ 3) การสังเกต และ 4) การสะท้อนการปฏิบัติ และระยะที่ 3 ขึ้นประเมินผล โดยดำเนินการในสถานคุ้มครองและพัฒนาคณพิการบ้านราชาวดี (ชาย) จังหวัดนนทบุรี ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม

ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้บริหาร ประชากรเป็นผู้บริหารในสถานคุ้มครองและพัฒนาคณพิการบ้านราชาวดี (ชาย) จังหวัดนนทบุรี ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2562 ถึงเดือนกรกฎาคม 2563 จำนวน 3 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ปฏิบัติงานเป็นเวลาอย่างน้อย 2 เดือน 2) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแล ประชากรเป็นผู้ดูแล (ประกอบ ด้วยพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เจ้าหน้าที่ส่งเสริมพัฒนาการ

เจ้าหน้าที่กายภาพบำบัด และพี่เลี้ยง) ในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) จังหวัดนนทบุรี ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2562 ถึงเดือนกรกฎาคม 2563 รวมจำนวน 21 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ปฏิบัติงานด้านการดูแลชีวิตประจำวันของเด็กเป็นเวลาอย่างน้อย 2 เดือน 2) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 21 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบชั่วคราวของการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญา สำหรับผู้ดูแลในสถานสงเคราะห์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) โดยใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ตามประเด็นการสนทนากลุ่มเพื่อการวิเคราะห์สาเหตุ และการหาแนวทางแก้ไขปัญหา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาการปฏิบัติงานในสถานสงเคราะห์ และประวัติการเข้าร่วมการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาของผู้ดูแลในสถานสงเคราะห์ ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพทั่วไป จำนวน 11 ข้อ ด้านพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ จำนวน 6 ข้อ ด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพสิ่งแวดล้อม จำนวน 6

ข้อ และด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 7 ข้อ รวมจำนวน 30 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 0-2 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมป้องกันในระดับต่ำ (0-66 คะแนน) ในระดับปานกลาง (67-1.33 คะแนน) และในระดับสูง (1.34-2.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบบันทึกสำหรับการสังเกตพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบชั่วคราว ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้สำหรับให้ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติของผู้ดูแล มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ เกณฑ์ผ่านการประเมิน คือ การปฏิบัติตามรูปแบบชั่วคราวมากกว่าร้อยละ 80

ชุดที่ 4 ทะเบียนบันทึกจำนวนครั้งของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนของห้องพยาบาล สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) จังหวัดนนทบุรี

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำรูปแบบชั่วคราวของการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญา สำหรับผู้ดูแลในสถานสงเคราะห์ แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาของผู้ดูแลในสถานสงเคราะห์ และแบบบันทึกสำหรับการสังเกตพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบชั่วคราว ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเด็ก (2 คน) และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลเด็กในสถานสงเคราะห์ ได้คำตัดสินความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของรูปแบบชั่วคราวฯ เท่ากับ .80 โดยมีข้อเสนอแนะให้ปรับรูปแบบให้เข้ากับบริบทของสถานสงเคราะห์มากขึ้น และได้คำตัดสินความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินพฤติกรรมฯ และแบบบันทึก

สำหรับการสังเกตพฤติกรรมฯ เท่ากับ .90 และ .85 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบประเมินพฤติกรรมฯ ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญาที่สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านราชาวดี (หญิง) จังหวัดนนทบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .77

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (เอกสารรับรองเลขที่ 151/2562 วันที่ 15 พฤศจิกายน 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ดำเนินการในเดือนพฤศจิกายน 2562 โดยผู้วิจัยประสานหัวหน้าฝ่ายสวัสดิการสงเคราะห์สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) จังหวัดนนทบุรี เพื่อขอทราบข้อมูลพื้นฐานของหน่วยงาน

ระยะที่ 2 ดำเนินการในช่วงเดือนธันวาคม 2562 ถึงเดือนมิถุนายน 2563 โดยดำเนินการ 2 วงรอบ วงรอบละ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน โดยผู้วิจัยพบผู้บริหารและผู้ดูแล แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ร่วมกันค้นหาปัญหา วิเคราะห์สถานการณ์และสาเหตุของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมปกป้องโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาของผู้ดูแลในสถานสงเคราะห์ โดยการสนทนากลุ่มผู้บริหาร ใช้เวลา 60 นาที และการสนทนากลุ่มผู้ดูแล

ใช้เวลา 90 นาที ภายใต้กรอบแนวคิด HBM จากนั้นพัฒนารูปแบบชั่วคราวของการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาสำหรับผู้ดูแลในสถานสงเคราะห์

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ โดยผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามรูปแบบและกำหนดช่วงเวลาในการปฏิบัติ จากนั้นผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อสร้างแรงจูงใจสร้างความตระหนักในความสำคัญของการมีสุขภาพดีและความสำคัญของการดูแลสุขภาพทั้งตัวผู้ดูแลเองและเด็ก จากนั้นส่งเสริมการปฏิบัติตามพฤติกรรมปกป้องโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาของผู้ดูแลตามรูปแบบ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต โดยผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ดูแลที่อาคาร สัปดาห์ละ 1 ครั้ง สังเกตการปฏิบัติตามพฤติกรรมปกป้องโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญา และบันทึกข้อมูล

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนการปฏิบัติ โดยผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มผู้ดูแล ใช้เวลา 90 นาที เพื่อสะท้อนการปฏิบัติในประเด็นการบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมาย ปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดความสำเร็จ และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน จากนั้นร่วมกันเสนอแนวทางการแก้ไขและปรับปรุงรูปแบบ

ระยะที่ 3 ดำเนินการในเดือนกรกฎาคม 2563 โดยผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบ ทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ของการปฏิบัติ เพื่อสะท้อนความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการตามรูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบพฤติกรรมปกป้องโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาของผู้ดูแล ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนา

รูปแบบ วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test เนื่องจากข้อมูล มีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบ จำนวนครั้งของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดิน หายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญา ระหว่างก่อน กับหลังการพัฒนาารูปแบบ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดิน หายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาสำหรับผู้ดูแลในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) จังหวัดนนทบุรี ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การกำหนดมาตรการในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน ได้แก่ การบรรจุเข้าไป ในนโยบายสถานสงเคราะห์ การส่งเสริมความรู้ การสร้างความตระหนัก การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติ และการกำกับติดตามโดยผู้บริหาร และ 2) ข้อปฏิบัติ ในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน ควรกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน ได้แก่ ผู้ดูแล ต้องประเมินสุขภาพเบื้องต้นของเด็ก สังเกตอาการผิดปกติ ประสานส่งต่อ และฝึกทักษะการป้องกันโรคที่เหมาะสม โดยรูปแบบดังกล่าวพัฒนาขึ้นภายใต้องค์ ประกอบย่อย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเสริมความรู้ 2) การสร้างความตระหนัก 3) แนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน 4) การฝึกทักษะ และ 5) การกำกับดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยรายละเอียดของการพัฒนารูปแบบ การป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน ในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาสำหรับผู้ดูแลในสถาน สงเคราะห์ มีดังนี้

1.1 ผู้วิจัยนำเสนอรูปแบบการป้องกันโรค ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน วงรอบที่ 1 ประกอบด้วย กิจกรรมการเสริมความรู้ การสร้างความตระหนัก และการฝึกทักษะ ภายหลังกำเนินการตามรูปแบบ การป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน วงรอบที่ 1 ผู้วิจัยได้ติดตามโดยการสังเกตการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

ส่วนบนของผู้ดูแลในสถานสงเคราะห์ พบว่ามีผู้ดูแล ส่วนน้อยที่ปฏิบัติตามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ ระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งผู้ดูแลได้เสนอแนวทางการปรับปรุงว่า ให้ระบุบทบาท ที่ชัดเจนของแต่ละคน ให้มีการสอนและฝึกทักษะ เกี่ยวกับการประเมินสุขภาพเด็กเบื้องต้นอย่างถูกวิธี และเสนอให้มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ส่วนบนอย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงนำข้อเสนอมาปรับปรุง รูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ส่วนบน ในวงรอบที่ 2

1.2 ภายหลังกำหนดตามรูปแบบการป้องกัน โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน ในวงรอบที่ 2 ผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ และสะท้อนถึง การปฏิบัติที่มีความชัดเจน เข้าใจง่าย สามารถปฏิบัติได้ อย่างต่อเนื่อง รวมถึงผู้บริหารที่เห็นความสำคัญของการ ส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อระบบ ทางเดินหายใจส่วนบนแก่ผู้ดูแลในสถานสงเคราะห์ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และมีนโยบายนำเข้าสู่แผนปฏิบัติงาน ประจำปี รวมถึงมีการสนับสนุนด้านทรัพยากร และ มีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง

2. ผลการดำเนินการตามรูปแบบ มีดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.70 มีอายุอยู่ใน ช่วง 30-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.10 โดยมี อายุเฉลี่ย 43.40 ปี ($SD = 9.84$) ส่วนใหญ่มีการศึกษา ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 66.70 มีสถานภาพ สมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.10 มีระยะเวลา การปฏิบัติงานในสถานสงเคราะห์มากกว่า 8 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.10 โดยมีระยะเวลาการปฏิบัติงาน เฉลี่ย 12.10 ปี ($SD = 9.04$) และทั้งหมดมีประวัติ การเข้าร่วมการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อ ระบบทางเดินหายใจ คิดเป็นร้อยละ 100

2.1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กบกพร่อง

ทางสติปัญญาของผู้ดูแล ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนา
รูปแบบ พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบ ผู้ดูแลมีคะแนน
เฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดิน
หายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาโดยรวม
สูงกว่าก่อนการพัฒนาแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($t = 32.340, p < .001$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า

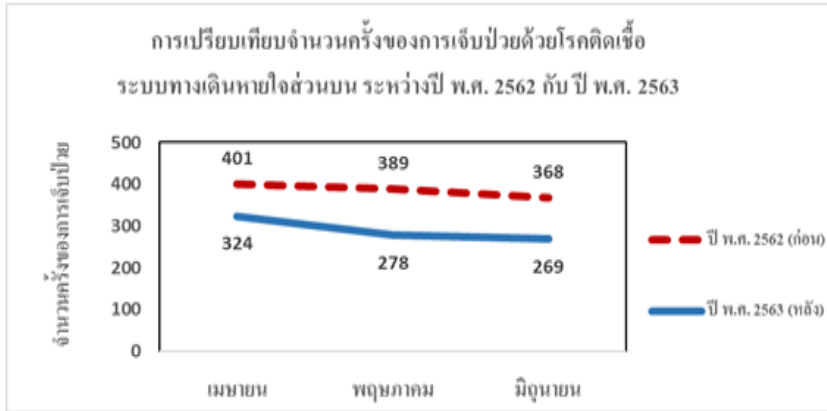
หลังการพัฒนาแบบ ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม
การป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนใน
เด็กบกพร่องทางสติปัญญาทุกด้านสูงกว่าก่อนการพัฒนา
แบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดง
ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน
ในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาของผู้ดูแล รายด้านและโดยรวม ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนา
รูปแบบ

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ ระบบทางเดินหายใจส่วนบน	ก่อนการพัฒนา (n = 21)			หลังการพัฒนา (n = 21)			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพทั่วไป	.89	.48	ปานกลาง	1.92	.13	สูง	34.000	< .001
ด้านพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อ ระบบทางเดินหายใจ	1.11	.28	ปานกลาง	1.97	.07	สูง	22.180	< .001
ด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพ สิ่งแวดล้อม	.98	.38	ปานกลาง	1.98	.06	สูง	13.910	< .001
ด้านพฤติกรรมดูแลตนเองเมื่อมี การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบ ทางเดินหายใจในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	1.01	.26	ปานกลาง	1.92	.13	สูง	20.440	< .001
โดยรวม	.99	.35	ปานกลาง	1.95	.10	สูง	32.340	< .001

2.2 การเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการเจ็บป่วย
ด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็ก
บกพร่องทางสติปัญญา ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนา
รูปแบบ (เปรียบเทียบในช่วงเวลาเดียวกัน ระหว่าง

ปี พ.ศ. 2562 กับปี พ.ศ. 2563) พบว่า หลังการพัฒนา
รูปแบบ จำนวนครั้งของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบ
ทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญา
น้อยกว่าก่อนการพัฒนาแบบ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 การเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน ในเด็กบกพร่องทางสติปัญญา ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนารูปแบบ

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญา สำหรับผู้ดูแลในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ บ้านราชวดี (ชาย) จังหวัดนนทบุรี ที่พัฒนาขึ้น เป็นรูปแบบที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีกระบวนการลงมือปฏิบัติ มีความเฉพาะเจาะจงกับเด็กบกพร่องทางสติปัญญา อาศัยข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม และการเรียนรู้จากประสบการณ์การปฏิบัติที่ผ่านมาของผู้ดูแล ร่วมกับกระบวนการปฏิบัติการที่มุ่งแก้ไขปัญหาหรือพัฒนางานด้วยการนำความรู้ที่มีอยู่ไปใช้ปฏิบัติจริงในบริบทของสถานสงเคราะห์ สอดคล้องกับที่ Greenwood (1998) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นรูปแบบการวิจัยที่ไม่ได้เน้นการกำหนดแนวทางรูปแบบที่ชัดเจน แต่มีเป้าหมายสูงสุด คือ มุ่งเน้นให้เกิดการเรียนรู้สู่การปฏิบัติ วิธีการที่เลือกใช้ขึ้นอยู่กับบริบทที่จะศึกษา โดยลักษณะเด่นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ มีการดำเนินการเป็นวงจร มีความเป็น

พลวัต สามารถปรับปรุงจนเกิดรูปแบบที่เหมาะสม ซึ่งการพัฒนาแบบในการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปสู่การส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาสำหรับผู้ดูแลในสถานสงเคราะห์ได้จริง

ผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนาแบบ ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการพัฒนาแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายตามปัจจัยที่สามารถร่วมอธิบายพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้ดังนี้

1) ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน ผ่านการทำกิจกรรมที่กระตุ้นการรับรู้โอกาสเสี่ยง การใช้สื่อวีดิทัศน์ การนำเสนอเป็นรายบุคคลถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นและการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน ภายใต้กิจกรรมด้านการดูแลสุขภาพอนามัยที่ดีและด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพส่วนบุคคลของเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑาทิพย์ นามม่อง, ณัชนันท์ ชิวานนท์, และจินตนา วัชรสินธุ์ (2562) ที่จัดโปรแกรมส่งเสริม

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของมารดา โดยเน้นการให้ข้อมูลร่วมกับการได้เห็นตัวแบบที่มีประสพการณ์ ซึ่งเป็นการใช้คำพูดชี้แนะด้วยวาจา โดยการให้คำแนะนำ การชักจูงให้เกิดความมั่นใจ พร้อมกับให้ความรู้ร่วมกับการได้เห็นประสพการณ์ของผู้อื่นผ่านสื่อวีดิทัศน์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุ อาการแสดง และอาการบ่งชี้อันตรายของการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลันในเด็กวัยหัดเดิน เพื่อให้มารดาเกิดความตระหนักในการดูแลบุตรมากขึ้น พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลบุตรวัยหัดเดินที่ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลันสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2) ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน โดยเน้นกิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายที่อาจเกิดจากการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน ซึ่งให้เห็นผลกระทบและอันตรายจากการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนผ่านรูปแบบต่างๆ เช่น การบรรยาย การชมวีดิทัศน์ การอภิปรายกลุ่ม และการร่วมแลกเปลี่ยนประสพการณ์กับผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน สอดคล้องกับการศึกษาของจิรสุดา ทะเรรัมย์ (2560) ที่จัดโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ โดยมีการประเมินอันตรายของโรคจากประสพการณ์ที่ผ่านมา และวิเคราะห์ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ การประเมินอันตรายที่จะส่งผลคุกคามต่อชีวิต และมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา อาการและความรุนแรงที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถปฏิบัติได้ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เน้นการสื่อสาร การโน้มน้าวจูงใจ พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

3) ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ อธิบายได้ว่า การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากการเป็นโรค ป้องกันไม่ให้เกิดโรคหรือป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์ มีความเหมาะสมที่จะ

ช่วยให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ซึ่งการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบข้อดี-ข้อเสียของพฤติกรรมนั้นๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย สอดคล้องกับการศึกษาของจุพาลักษณ์ แก้วสุก, ยุนี พงศ์ศุรวินัย, และนุจรีย์ ไชยมงคล (2559) ที่พบว่า มารดาของเด็กวัยก่อนเรียนมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมาก แสดงว่ามารดาได้รับข้อมูล คำแนะนำ และคำปรึกษาในการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจแก่บุตร ส่งผลให้มารดา มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีกำลังใจ มีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจแก่บุตรมากขึ้น และมารดารับรู้ว่าการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคก่อให้เกิดผลดีและมีประโยชน์ต่อบุตร

4) ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ โดยมีการส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคผ่านกิจกรรมการวิเคราะห์ปัญหา จัดกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ โดยการอภิปรายกลุ่ม วิเคราะห์ผลกระทบและปัจจัยเสี่ยง และร่วมหาแนวทางในการจัดการปัจจัยเสี่ยง การชมวีดิทัศน์ การสะท้อนความสำเร็จที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันโรคอย่างเหมาะสม เป็นการสะท้อนความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน โดยจะมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรม และมีผลโดยอ้อมต่อความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารในสถานสงเคราะห์หรือเพื่อนร่วมงาน เช่น การมีอุปกรณ์เครื่องใช้จำพวกผ้าเช็ดตัวและแก้วนํ้าอย่างเพียงพอ มีส่วนในการส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่ดียิ่งขึ้น เมื่อการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำจะส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของจุไรรัตน์ กีบาง (2562) ที่จัดให้ผู้ปกครองเข้าร่วมกิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจ และมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครอง

กับบุคลากรพยาบาล ได้ระบายนความรู้ถึง ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการดูแลเด็ก วางแผนและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลเด็ก รวมถึงมีการประเมินปัญหาและอุปสรรคในการดูแล ความต้องการการช่วยเหลือเพิ่มเติมในปัญหาที่ยังไม่เข้าใจหรือยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง รวมทั้งการพูดคุยให้กำลังใจ และย้ำเตือนให้พานุกรมาตรวจตามนัด พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบ จำนวนครั้งของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญา น้อยกว่าก่อนการพัฒนา รูปแบบ ทั้งนี้อธิบายตามองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง 5 องค์ประกอบ ได้ดังนี้

1) การเสริมความรู้ พบว่า การเสริมความรู้อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อโรคระบบทางเดินหายใจส่วนบนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของภาวณี ช่วยแทน, ภาวณี วัฒนสมบูรณ์, และสุปรียา ต้นสกุล (2563) ที่จัดโปรแกรมสุขศึกษาแก่มารดาเด็กโรคปอดอักเสบขณะเข้ารับการรักษา จำนวน 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 เป็นการให้ความรู้รายบุคคล และครั้งที่ 2 เป็นกิจกรรมทบทวนความรู้เดิม สาธิตการประเมินการหายใจและการดูดเสมหะ ฝึกทักษะการประเมินการหายใจและการดูดเสมหะ พบว่า หลังได้รับโปรแกรม มารดามีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กในระดับดีมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และไม่พบผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย

2) การสร้างความตระหนัก การดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบเน้นให้ผู้ดูแลเห็นโทษและอันตรายของการมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนัก มีความเข้าใจ นำไปสู่การปฏิบัติตามขั้นตอนที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของไมลา อิศระสงคราม และคณะ (2559) ที่จัดกิจกรรมสร้างความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของอาสาสมัคร

ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน มีการอบรมสร้างความตระหนักและสร้างความสำนึกในการปฏิบัติ การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ รูปแบบการอบรมประกอบด้วย การบรรยาย การวิเคราะห์กรณีศึกษา และการอภิปรายกลุ่ม มีการติดตามประเมินผล พบว่า หลังสิ้นสุดการอบรม และหลังการอบรม 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักและสามารถปฏิบัติ การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเพิ่มมากกว่าก่อนการอบรม ส่งผลให้ไม่พบเด็กป่วยเพิ่มมากขึ้น

3) การมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน โดยการทราบบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน และการกำหนดข้อปฏิบัติเพื่อ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เป็นสิ่งที่ควบคุมไม่ให้เกิดความวุ่นวายและการละเลยสิ่งที่ควรปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งกาญจน์ ออมสิน และปรีชกมล รัชกุล (2553) ที่พัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับผู้ดูแลเพื่อลดอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัย ในสถานเลี้ยงเด็กกลางวัน โดยกำหนดไว้ 2 รูปแบบ คือ บทบาทสำหรับผู้ดูแลเด็กในการป้องกันการติดเชื้อ ณ จุดรับเด็ก 2 จุด และบทบาทตามแนวปฏิบัติ แบ่ง ออกเป็น 4 บทบาท ได้แก่ การป้องกันการติดเชื้อ การควบคุมพฤติกรรมของเด็กในการดูแลความสะอาด การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับนโยบายขององค์กร และการเป็นแบบอย่างที่ดี พบว่า ผู้ดูแลเด็กมีรูปแบบ การปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน และมีทิศทางในการปฏิบัติ แบบเดียวกันในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดิน หายใจ สามารถป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้ ทำให้คุณภาพชีวิตของเด็กดีขึ้น

4) การฝึกทักษะผู้ดูแลเด็กในสถานสงเคราะห์ เน้นให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนด้วยวิธีการที่ ถูกต้อง เพื่อนำไปปฏิบัติกับเด็กได้อย่างเหมาะสม สามารถลดจำนวนครั้งของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ ระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติ ปัญญาในสถานสงเคราะห์ได้ สอดคล้องกับการศึกษา ของภาวณี ช่วยแทน และคณะ (2563) ที่จัดกิจกรรม

ให้ความรู้ สาธิตการให้ยาและการเช็ดตัวลดไข้ และให้มารดาได้ฝึกปฏิบัติ พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติในระดับดีมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและไม่พบผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย และสอดคล้องกับการศึกษาของฉนวนส อภิญญาลังกร, วราภรณ์ ผาทอง, และรัตนภรณ์ ภูมรินทร์ (2559) ที่มีการฝึกทักษะการดูแลทางเดินหายใจ พบว่า หลังได้รับการสอนตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจ ผู้ปกครองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลทางเดินหายใจมากกว่าก่อนได้รับการสอนตามแนวปฏิบัติทางคลินิก

5) การกำกับดูแลติดตามโดยผู้บริหาร พร้อมทั้งการเสริมแรงด้วยการกล่าวคำชมเชย ยกย่อง หรือการให้รางวัล เป็นกลวิธีอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นแรงผลักดันให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์ภรณ์ ไชยชนะแสง, อัจฉรา วรุลน, อูมาสมร หังสพฤกษ์, เอมอร ทาระคำ, และกัญชวีรา คำหล่อ (2562) ที่จัดโปรแกรมการสอนแนะนำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบเกิดการเรียนรู้และมีพฤติกรรมดูแลที่เหมาะสม มีการติดตามและสังเกตแบบมีส่วนร่วม ให้คำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง ในกรณีที่ผู้ดูแลปฏิบัติไม่ถูกต้อง จะให้ข้อมูลย้อนกลับทันทีพร้อมทั้งสาธิตให้ดูซ้ำ พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยเด็กดีกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารควรมีการกำหนดนโยบายการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาของผู้ดูแลในสถานสงเคราะห์อย่างเหมาะสม และส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน โดยให้ผู้ดูแลฝึกทักษะด้วยวิธีการที่ถูกต้องซ้ำๆ จนสามารถจำได้ และนำไป

ปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการนำรูปแบบที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปศึกษาหรือทดลองใช้กับเด็กบกพร่องทางสติปัญญาในสถานสงเคราะห์หรือหน่วยงานอื่น เพื่อยืนยันความตรงของรูปแบบ อันเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาต่อไป

2.2 ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามผลภายหลังการดำเนินกิจกรรมในระยะยาว เพื่อส่งเสริมให้เกิดความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาในสถานสงเคราะห์

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงแรงงาน. (2561). *การจัดตั้งศูนย์เลี้ยงเด็กในสถานประกอบกิจการและชุมชนภายใต้การบูรณาการความร่วมมือกับ 5 กระทรวง*. สืบค้นจาก http://www.mol.go.th/employee/center_children

ฉนวนส อภิญญาลังกร, วราภรณ์ ผาทอง, และรัตนภรณ์ ภูมรินทร์. (2559). ประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 27(เพิ่มเติม 1), 139-151.

งานพยาบาล สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) จังหวัดนนทบุรี. (2562). *ข้อมูลการเจ็บป่วยของเด็ก: สมุดบันทึกการเจ็บป่วย*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

จิรสุดา ทะธรรมย์. (2560). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- จุฑาทิพย์ นามม่อง, ฉันทันท์ ชีวานนท์, และจินตนา วัชรสินธุ์. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมของมารดา ในการดูแลบุตรวัยหัดเดินที่ติดเชื้ทางเดินหายใจ ส่วนล่างเฉียบพลัน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 27(3), 43-53.
- จูไรรัตน์ กีบาง. (2562). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วม และพัฒนาความสามารถผู้ปกครองในการล้างจมูก เด็กต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนโรคมูมิแพ้ทางเดินหายใจของผู้ปกครอง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(1), 236-244.
- จุฬาลักษณ์ แก้วสุก, ยุนี พงศ์ศุริวิทย์, และนุจรี ไชยมงคล. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กวัยก่อนเรียน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(4), 54-64.
- ทิพย์ภารัตน์ ไชยชนะแสง, อัจฉรา วริลุน, อูมาสมร หังสพฤกษ์, เอมอร ทาระคำ, และกัญชรา คำหล่อ. (2562). ผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ อายุ 1-2 ปีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(4), 206-215.
- ภาวิณี ช่วยแพ่น, กรณี วัฒนสมบูรณ์, และสุปรียา ดันสกุล. (2563). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในมารดาเด็กโรคปอดอักเสบ. *วารสารสุขศึกษา*, 43(1), 12-24.
- ไมลา อิศระสงคราม, ทศนีย์ บุญประครอง, และเกษม จันทร์แก้ว. (2559). ผลของโปรแกรมการอบรม เพื่อพัฒนาความรู้และการปฏิบัติในการป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อของอาสาสมัครผู้ดูแลเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน กรุงเทพมหานคร. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*, 23(1), 11-21.
- รุ่งกาญจน์ ออมสิน, และปรีชกมล รัชกุล. (2553). การพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับผู้ดูแลเพื่อลดอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัย ในสถานเลี้ยงเด็กกลางวัน. *วารสารพยาบาลสภา ภาษาดไทย*, 3(1-3), 44-58.
- สถาบันราชานุกูล. (2559). *ผลงานพัฒนาคุณภาพ ปี 2559 หอผู้ป่วย ID และคณะกรรมการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ*. สืบค้นจาก https://th. rajanukul.go.th/_admin/file-download/5-5589-1470298818.pdf
- สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ. (2555). *มาตรฐาน ศูนย์เด็กเล็กแห่งชาติ: คู่มือการดำเนินงานตาม มาตรฐาน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. (2554). *คู่มือ การประเมินศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model and sick role behavior. In M. H. Becker (Ed.), *The Health Belief Model and personal health behavior* (pp. 82-92). Thorofare, NJ: Charles B. Slack.
- Greenwood, D. J., & Levin, M. (1998). *Introduction to action research: Social research for social change*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- World Health Organization. (2018). *Global health estimates 2016: Estimated deaths by age, sex, and cause*. Retrieved from http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/

การพัฒนา รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง The Development of a Self-management Model for Stroke Prevention in Stroke Risk Group Patients

เสาวภา เล็กวงษ์, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) ¹

Saowapa Lekwong, M.N.S. (Community Nurse Practitioner) ¹

อรพรรณ บุญลือ, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ² นิสารัตน์ รววมวงษ์, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) ³

Orapan Boonlue, M.N.S. (Adult Nursing) ² Nisarat Ruamwong, M.N.S. (Nursing Administration) ³

นุชนาถ โรจนธรรม, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) ⁴

Nuchnat Roganatum, M.N.S. (Community Nurse Practitioner) ⁴

Received: November 30, 2022 Revised: December 21, 2022 Accepted: December 23, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาและความต้องการในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการจัดการตนเอง กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 คน ระยะที่ 4 ปรับปรุงรูปแบบการจัดการตนเอง และระยะที่ 5 ประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว อำเภอเมืองจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี จำนวน 50 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง คู่มือการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

¹⁻³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

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

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: orapan@pnc.ac.th

⁴ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว อำเภอเมืองจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี

⁴ Registered Nurse, Nong Bua Health Promoting Hospital, Mueang Chanthaburi District, Chanthaburi Province

ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่น .80 และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม 2563 ถึงเดือนกรกฎาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ paired *t*-test และการสรุปประเด็น

ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีกิจกรรมหลัก คือ การให้ความรู้ การแจกคู่มือการจัดการตนเอง การบันทึกข้อมูลสุขภาพ การตั้งเป้าหมาย การประเมินภาวะสุขภาพ และการตัดสินใจเลือกวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2) หลังการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.592, p < .01$) และ 3) หลังการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.072, p < .05$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลชุมชนควรนำรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองนี้ ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
คำสำคัญ: รูปแบบการจัดการตนเอง การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This research and development aimed to develop and study the effect of a self-management model for stroke prevention in stroke risk group patients. There were five phases of research including: 1) exploring problems and needs of patients; 2) developing a self-management model for stroke prevention in stroke risk group patients; 3) trying out a self-management model with 10 stroke risk group patients; 4) improving a self-management model; and 5) evaluating a self-management model with 50 stroke risk group patients who received the medical services at Nong Bua Health Promoting Hospital, Mueang Chanthaburi District, Chanthaburi Province. The research instruments consisted of a semi-structured interview form, a self-management model for stroke prevention in stroke risk group patients, a handbook of self-management for stroke prevention, a demographic record form, a self-management behavior for stroke prevention questionnaire with reliability of .80, and a risk of stroke assessment form. The implementation and data collection were conducted from August, 2020 to July, 2021. Data were analyzed using frequency, percentage, paired *t*-test, and summation method.

The research results revealed that 1) the self-management model for stroke prevention in stroke risk group patients consisted of these main activities: providing knowledge, giving a handbook of self-management, recording health data, selecting goal, evaluating health status, and making decision for behavior modification; 2) after implementing the self-management model, stroke risk group patients had statistically significantly higher mean score of self-management behavior for stroke prevention than that of before implementing the self-management model ($t = 3.592, p < .01$); and 3) after implementing the self-management model, stroke risk group patients had statistically significantly lower mean score of risk of stroke than that of before implementing the self-management model ($t = 2.072, p < .05$).

This research suggests that community nurses should apply this self-management model for stroke prevention in stroke risk group patients to promote self-management. This will help stroke risk group patients modify their health behaviors and prevent the occurrence of stroke.

Keywords: Self-management model, Stroke prevention, Stroke risk group patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญทั้งของประเทศไทยและทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกระบุว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 80 ล้านคน พิจารณาจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 50 ล้านคน เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 5.50 ล้านคน ต่อปี และในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ถึง 13.70 ล้านคน (World Stroke Organization, 2018) สำหรับประเทศไทย จากรายงานประจำปีของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2561) ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2559 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 48.70 ต่อแสนประชากร และจากการศึกษาของ Suwanwela (2014) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 62.50 และโรคเบาหวานร้อยละ 26 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมี

กิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ (ดารินทร์ อารีโยโชคชัย, 2560)

แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับและนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่ง Creer (2000) ได้เสนอแนวคิดการจัดการตนเองที่จะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีความเชื่อว่า บุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้โดยใช้การเสริมแรงอย่างเป็นระบบเพื่อนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง กระบวนการจัดการตนเองประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย (goal selection) การเก็บรวบรวมข้อมูล (information selection) การประมวลผลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) การตัดสินใจ (decision making) การลงมือปฏิบัติ (action) และการสะท้อนหรือประเมินตนเอง (self-reaction) ซึ่งบุคลากรสุขภาพมีความสำคัญในการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองเพื่อที่จะจัดการกับความเจ็บป่วย รวมถึงปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อ

ควบคุมหรือลดผลกระทบที่จะเกิดจากโรค (ชดช้อย วัฒนะ, 2558) นอกจากนี้ บุคลากรสุขภาพยังมีมาตรการเชิงรุกในการป้องกันหรือควบคุมอุบัติการณ์ และการค้นหา กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของประชาชน

ปัจจุบันมีการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรวมถึงโรคหลอดเลือดสมองอย่างกว้างขวาง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการจัดการตนเองสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และควบคุมอาการของโรคได้ (อารีย์ เสนีย์, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง ลดเส้นรอบวงเอว ลดระดับน้ำตาลในเลือด และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่มีกลุ่มอาการเมตาบอลิก (ละอองดาว คำชาติา, ชดช้อย วัฒนะ, และ ธีรนุช ห้านิรัตศัย, 2560) เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า การสร้างเสริมการจัดการตนเองทำให้ผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังรับรู้ถึงความรู้ความสามารถของตนเอง ทำให้มีการจัดการตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจดีขึ้น (Nguyen, Douglas, & Bonner, 2019) และการศึกษาที่พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถนำไปใช้กับการปรับพฤติกรรมในการจัดการตนเอง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ ได้ (คณิตดา อินทบุตร, 2563) จะเห็นได้ว่า การนำแนวคิดการจัดการตนเองไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองในการควบคุมโรค และลดโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ได้อีกด้วย

จังหวัดจันทบุรีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากเป็นอันดับสองของเขตบริการสุขภาพที่ 6 และอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2561 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2561)

และจากข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดจันทบุรี ปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีจำนวนมากถึง 4,078 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว อำเภอเมืองจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี, 2563) ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงมีผลทำให้หลอดเลือดเกิดความเสื่อม เช่นเดียวกับที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมีผลต่อหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดเกิดการแข็งตัว และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในที่สุด ซึ่งสาเหตุที่สำคัญที่สุดของการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน คือ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560)

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสมจะนำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมาในที่สุด หากเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้นแล้ว ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว เช่น การออกจากงาน มาทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นการที่หนักและยาวนาน อีกทั้งภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งก็คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง แต่การที่จะปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคลที่ปฏิบัติจนเคยชินผู้สิ่งใหม่นั้นเป็นสิ่งที่ทำได้ไม่ถนัด ต้องอาศัยการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมและได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ และเครือข่ายทางสุขภาพ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเอง

ของ Creer (2000) จะช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสามารถประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพด้วยตนเองได้ ส่งผลให้มีการรับรู้ถึงความเสี่ยงหรือปัญหาสุขภาพของตนเองอย่างชัดเจน และตระหนักถึงความสำคัญของความเสี่ยงหรือปัญหาสุขภาพดังกล่าว นอกจากนี้ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงยังสามารถตั้งเป้าหมาย เลือกริธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองได้ รวมทั้งได้รับการเสริมแรงอย่างเป็นระบบจากบุคลากรสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเกิดความตั้งใจ มุ่งมั่น และพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ตรงกับความเสี่ยงหรือปัญหาสุขภาพของตนเองอย่างแท้จริง โดยมุ่งหวังว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้จะช่วยส่งเสริมการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม อันนำไปสู่การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ในที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีต่อพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

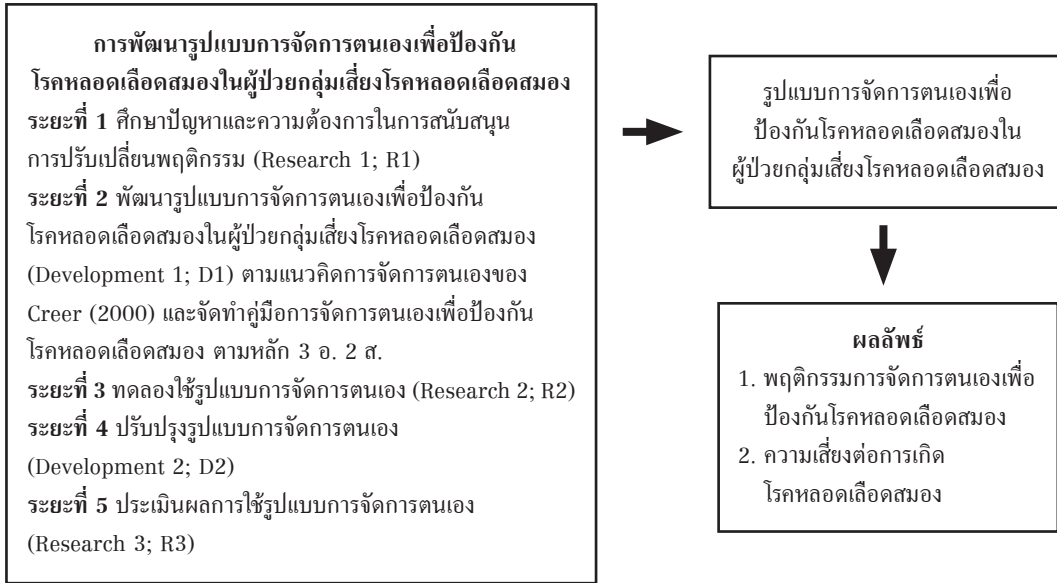
1. หลังการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง ผู้ป่วย

กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง

2. หลังการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ซึ่งมีความเชื่อว่า บุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้โดยใช้การเสริมแรงอย่างเป็นระบบ เพื่อนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง (ชดช้อย วัฒนะ, 2558) กระบวนการจัดการตนเองประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลผลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การสะท้อนหรือประเมินตนเอง โดยนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีการจัดการตนเองที่ครอบคลุมตามหลัก 3 อ. 2 ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ เลี่ยงการดื่มสุรา) และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development [R & D]) ประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาและความต้องการในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการจัดการตนเอง ระยะที่ 4 ปรับปรุงรูปแบบการจัดการตนเอง และระยะที่ 5 ประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 และ 3 ประชากรเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในตำบลหนองบัว อำเภอมืองจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี และมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว ในปี พ.ศ. 2563 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน และไม่มีภาวะแทรกซ้อน 2) ไม่มี

ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม 3) อายุ 20 ปีขึ้นไป 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 5) สื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน

ระยะที่ 5 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับในระยะที่ 1 และ 3 กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.2 โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .05 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .95 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 45 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 50 คน

เครื่องมือการวิจัย

ระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ใช้สำหรับการศึกษาปัญหาและความต้องการในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ประกอบด้วยแนวคำถามเกี่ยวกับสภาพปัญหาและความต้องการในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

ระยะที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในการศึกษาระยะที่ 2 ประกอบด้วยกระบวนการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลผลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การสะท้อนหรือประเมินตนเอง และคู่มือการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 2) การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามหลัก 3 อ. 2 ส. 3) การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ตารางสีไฟจราจร และ 4) การบันทึกผลการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะที่ 5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

5.1 รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในการศึกษาระยะที่ 2 และปรับปรุงในการศึกษาระยะที่ 4 ประกอบด้วยกระบวนการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอน เช่นเดียวกับในระยะที่ 3 และคู่มือการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีส่วนประกอบเช่นเดียวกับในระยะที่ 3

5.2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เป็นโรค การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการดื่มกาแฟ จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

5.3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด

สมอง ของพันทิพพา บุญเศษ และลัทวี ปิยะบัณฑิตกุล (2561) ครอบคลุมพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด ความเครียด การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่รวมจำนวน 16 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติน้อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในระดับต่ำ (16-36 คะแนน) ในระดับปานกลาง (37-57 คะแนน) และในระดับสูง (58-80 คะแนน)

5.4 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV risk score) version 2016 ที่พัฒนาโดยปริญญ์วาทีสาธกกิจ (ม.ป.ป.)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ร่างคู่มือการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมระบบประสาท แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองฯ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 5 จำนวน 30 คน หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก

โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 052 วันที่ 2 กรกฎาคม 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (R1) ดำเนินการในเดือนสิงหาคม 2563 โดยผู้วิจัยศึกษาปัญหาและความต้องการในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง (10 คน) ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ทำการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยใช้เวลา 30-45 นาที

ระยะที่ 2 (D1) ดำเนินการในช่วงเดือนกันยายน ถึงเดือนพฤศจิกายน 2563 โดยผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มาจัดทำร่างรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ตามกระบวนการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลผลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การสะท้อนหรือประเมินตนเอง และจัดทำร่างคู่มือการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ครอบคลุมตามหลัก 3 อ. 2 ส. จากนั้นผู้วิจัยนำร่างรูปแบบการจัดการตนเองฯ และร่างคู่มือการจัดการตนเองฯ ที่จัดทำขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน

(ดังรายละเอียดในส่วนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ดำเนินการปรับปรุงตามคำแนะนำ จนได้รูปแบบการจัดการตนเองและคู่มือการจัดการตนเองที่สมบูรณ์ขึ้น

ระยะที่ 3 (R2) ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม 2564 โดยผู้วิจัยทดลองใช้รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และคู่มือการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 คน โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คำนระดับความดันโลหิตและ/หรือระดับน้ำตาลในเลือดและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลองใช้รูปแบบ จากนั้นดำเนินการตามรูปแบบการจัดการตนเองโดย 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และให้ผู้ป่วยร่วมกันอภิปรายแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน 2) แนะนำการสังเกตอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ตารางสีไฟจราจร และการบันทึกข้อมูล พร้อมแจกคู่มือการจัดการตนเอง 3) ให้ตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ร่วมกับผู้วิจัยและผู้ป่วยด้วยกันเอง 4) ให้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง ประมวลผลและประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และตัดสินใจเลือกวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ตามหลัก 3 อ. 2 ส. 5) ในขณะที่ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้วิจัยเยี่ยมชมตรวจทางโทรศัพท์เพื่อเสริมแรงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เดือนละ 1 ครั้ง 6) ติดตามประเมินผลเมื่อครบระยะเวลา 3 เดือน โดยประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คำนระดับความดันโลหิตและ/หรือระดับน้ำตาลในเลือด และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (หลังการทดลองใช้รูปแบบ) และ

7) สะท้อนผลการปฏิบัติ โดยให้ประเมินตนเองเกี่ยวกับผลการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอบถามถึงปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติ และความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง

ระยะที่ 4 (D2) ดำเนินการในเดือนเมษายน 2564 โดยผู้วิจัยปรับปรุงรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยเพิ่มเติมรายละเอียดตามข้อเสนอแนะของกลุ่มทดลองใช้ คือ เพิ่มการเยี่ยมชมตรวจทางโทรศัพท์เพื่อเสริมแรงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเดือนละ 2 ครั้ง

ระยะที่ 5 (R3) ดำเนินการในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกรกฎาคม 2564 โดยผู้วิจัยประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 50 คน โดยดำเนินการดังนี้

5.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรม การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที

5.2 ผู้วิจัยดำเนินการตามรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยจัดกิจกรรมเช่นเดียวกับข้อ 1-5 ของระยะที่ 3 แต่เพิ่มการเยี่ยมชมตรวจทางโทรศัพท์เพื่อเสริมแรงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเดือนละ 2 ครั้ง

5.3 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

หลังการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที

5.4 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนผลการปฏิบัติ โดยให้ประเมินตนเองเกี่ยวกับผลการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ การเปรียบเทียบพฤติกรรม การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการตนเอง (ระยะที่ 3) และระหว่างก่อนกับหลังการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง (ระยะที่ 5) วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การสรุปประเด็น

ผลการวิจัย

1. ปัญหาและความต้องการในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีความสอดคล้องกับปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้วยเช่นกัน คือ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ เรื่องอาหาร อารมณ์ การออกกำลังกาย การนอนหลับ สุรา และบุหรี่ ดังตัวอย่างจากผู้ให้ข้อมูล “ส่วนตัวฉัน อาหารกับอารมณ์นี้ตัวสำคัญเลย ถ้ากินของทอด ของหวาน ๆ หรือของมันทีไร ความดันขึ้นทุกที” “ส่วนผม บุหรี่กับความเครียด แล้วก็การนอนไม่หลับครับ” ส่วนความต้องการให้ช่วยเหลือ คือ การสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดังตัวอย่างจากผู้ให้ข้อมูล “อยากจะคุมความดันโลหิตให้ได้ ไม่อยากพิการติดเตียงเหมือนคนในหมู่บ้าน อยากให้ช่วยทำให้ฉันคุมความดันโลหิตได้” “อยากได้วิธีในการคุมอาหาร ผลไม้” “อยากลดน้ำหนัก รอบเอว คุมความดันโลหิต ไม่อยากเส้นเลือดสมองแตก ติดเตียง เหมือนคนรู้จัก”

2. การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกัน

โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า รูปแบบการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นจากผลการศึกษาในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการให้ผู้ป่วยร่วมกันอภิปรายแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน 2) การแนะนำการสังเกตอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ตารางสีไฟจราจร และการบันทึกข้อมูล พร้อมแจกคู่มือการจัดการตนเอง 3) การให้ตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองร่วมกับผู้วิจัยและผู้ป่วยด้วยกันเอง 4) การให้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง ประมวลผลและประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และตัดสินใจเลือกวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ตามหลัก 3 อ. 2 ส. 5) การเยี่ยมชมตรวจทางโทรศัพท์เพื่อเสริมแรงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เดือนละ 1 ครั้ง 6) การติดตามประเมินผลเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และ 7) การสะท้อนผลการปฏิบัติ โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนถึงผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และปัจจัยที่ส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำเร็จหรือไม่สำเร็จ

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการตนเอง ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ($n = 10$) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 71.11 ($SD = 5.20$) ซึ่งมากกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบการจัดการตนเอง ($M = 65.66$, $SD = 7.03$) แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการตนเอง ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 19.53 ($SD = 5.93$) ซึ่งน้อยกว่าก่อน

การทดลองใช้รูปแบบการจัดการตนเอง ($M = 23.36$, $SD = 5.72$) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.763$, $p < .05$)

4. ผลการปรับปรุงรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้วิจัยมีการปรับปรุงรูปแบบการจัดการตนเอง โดยเพิ่มเติมรายละเอียดตามข้อเสนอแนะของกลุ่มทดลองใช้ คือ เพิ่มการเยี่ยมชมตรวจทางโทรศัพท์เพื่อเสริมแรงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเดือนละ 2 ครั้ง

5. ผลของรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ($n = 50$) พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 64 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 94 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 62 มีอาชีพรับจ้าง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42 มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000–10,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48 ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 74 มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56 ระยะเวลาที่เป็นโรคอยู่ในช่วง 1–5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 90 ไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 86 และดื่มกาแฟ คิดเป็นร้อยละ 80

5.1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนกับหลังการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง พบว่า หลังการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.592$, $p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนกับหลังการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง (n = 50)

พฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
ก่อนการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง	59.54	6.71	3.592	.001
หลังการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง	63.64	5.65		

5.2 การเปรียบเทียบความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนกับหลังการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง พบว่า หลังการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.072, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนกับหลังการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง (n = 50)

ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
ก่อนการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง	18.81	9.10	2.072	.044
หลังการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง	17.87	8.85		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ซึ่งมีความเชื่อว่าบุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้โดยใช้การเสริมแรงอย่างเป็นระบบ เพื่อนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง (ชดช้อย วัฒนะ, 2558) ประกอบด้วย 6

ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนหรือประเมินตนเอง โดยมีกิจกรรมหลัก คือ การให้ความรู้ ร่วมกับการอภิปรายแลกเปลี่ยนระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง การแจกคู่มือการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับใช้ในการทบทวนความรู้ การบันทึกข้อมูลสุขภาพของตนเอง การให้ผู้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมาย การประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง และการตัดสินใจเลือกวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ซึ่งรูปแบบการจัดการตนเองนี้นับว่ามีความเหมาะสม เนื่องจากแนวคิดการจัดการตนเองช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้และตระหนักถึงความเสี่ยงหรือปัญหาสุขภาพของตนเอง สามารถตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และได้รับความรู้ การสนับสนุน และการเสริมแรงอย่างเป็นระบบจากบุคลากรสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ในที่สุด จึงสามารถนำรูปแบบการจัดการตนเองนี้ไปใช้ในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของพันทิพานุญเศษ และลัมวี ปิยะบัณฑิตกุล (2561) ที่พบว่าการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตัวช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา สิทธิวัง (2560) ที่พบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองช่วยให้ผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง และช่วยให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Jiang, Zhang, Yan, Liu, and Gao (2020) ที่พบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองช่วยให้ผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมจัดการตนเอง รับรู้ความสามารถของตนเอง และมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้น รวมทั้งลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลได้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ก่อนการพัฒนาารูปแบบการจัดการตนเอง ผู้วิจัยมีการศึกษาปัญหาและความต้องการในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ทราบปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

และนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองที่ตรงตามปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ประกอบกับรูปแบบการจัดการตนเองนี้เน้นให้ผู้ป่วยมีการประเมินความเสี่ยงหรือปัญหาสุขภาพของตนเอง และมีการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อีกทั้งผู้ป่วยยังได้รับความรู้ การสนับสนุน และการเสริมแรงอย่างเป็นระบบจากบุคลากรสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของประเพ็ญพร ชำนาญพงษ์ และลัมวี ปิยะบัณฑิตกุล (2559) ที่มีการศึกษาภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยป้องกันที่ส่งผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพ และนำมาออกแบบกิจกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับชุมชน ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม และสอดคล้องกับการศึกษาของชื่นชม สมพล, ทศนีย์ รวีวรกุล, และพัชราพร เกิดมงคล (2560) ที่พบว่าการอบรมให้ความรู้ การประเมินความเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และการสร้างเสริมกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของกฤติจิรา เตชะรุจิรา, วินัส สัพพกุล, และศากุล ช่างไม้ (2562) ที่พบว่าการจัดกิจกรรมเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดด้านการรับประทานอาหารและด้านการมีกิจกรรมทางกายช่วยให้บุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมีพฤติกรรมในการลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ดีขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ในการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการจัดการตนเอง ผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยได้ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเอง โดยใช้ตารางสีไฟจราจร ที่แสดงถึงระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่แตกต่างกัน ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและรับรู้ถึงระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของตนเองมากขึ้น และมีการดูแลตนเองที่เหมาะสมตามระดับความเสี่ยงของตนเอง อีกทั้งผู้ป่วยได้รับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของตนเอง จากข้อมูลต่างๆ เช่น ความดันโลหิต ความยาวรอบเอว การสูบบุหรี่ ทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่เชื่อว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามที่ได้รับการแนะนำหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการรับรู้ความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (दारारวรรณ รองเมือง, 2561) ประกอบกับผู้ป่วยในการวิจัยครั้งนี้ได้มีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้วิจัยและผู้ป่วยด้วยกันเอง ทำให้ได้รับการสนับสนุนข้อมูลด้านสุขภาพและกำลังใจจากผู้วิจัยและจากผู้ป่วยด้วยกันเอง ที่เป็นไปตามแนวคิดของทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (दारारวรรณ รองเมือง, 2561) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสมชัย อัสวสุตสาคร, สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ, และสาวิตรี วิษณุโยธิน (2562) ที่จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มที่มีคะแนนเสี่ยง Thai CV risk score มากกว่าหรือเท่ากับ 30% พบว่าหลังการอบรม กลุ่มเสี่ยงมีความรู้เพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมบริโภคอาหารหวานและไขมันลดลง สามารถเปลี่ยนแปลงระดับคะแนนเสี่ยงสูงให้ลดลงมาในระดับเสี่ยงที่ต่ำกว่า และสอดคล้องกับการศึกษาของกฤติจิรา เตชะรุจิรา และคณะ (2562) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย Thai CV risk score ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลชุมชนควรนำรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองนี้ ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยเน้นการประเมินความเสี่ยงหรือปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง การตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมร่วมกับการเสริมแรงอย่างเป็นระบบจากบุคลากรสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยมีการติดตามผลการพัฒนาในระยะยาว เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก สำหรับการส่งเสริมและสนับสนุนทุนการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กฤติจิรา เตชะรุจิรา, วินัส สัพพกุล, และสากุล ช่างไม้. (2562). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในโรงพยาบาลเอกชน. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*, 15(2), 14-33.

- คณิตตา อินทบุตร. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. *วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา*, 26(1), 73–83.
- ชดช้อย วัฒนนะ. (2558). การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 26(เพิ่มเติม 1), 117–127.
- ชื่นชม สมพล, พัศนีย์ รวีวรกุล, และพัชรพร เกิดมงคล. (2560). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31(พิเศษ), 57–74.
- ดาราวรรณ ร่องเมือง. (2561). การทบทวนทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 35(1), 77–92.
- คารินทร์ อริย์โชคชัย. (2560). โรคหลอดเลือดสมอง... กับ ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงได้. *จับตาโรคและภัยสุขภาพ*, 4(5). สืบค้นจาก file:///C:/Users/Admin/Downloads/final_20_04_2560_1494295691.pdf
- ประเพ็ญพร ชำนาญพงษ์, และลัษวี ปิยะบัณฑิตกุล. (2559). การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนกึ่งเมือง. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 4(3), 325–340.
- ปริญญ์ วาทีสาชกกิจ. (ม.ป.ป.). *Thai CV risk score*. สืบค้นจาก <http://thaincd.com/document/file/download/powerpoint/THAICV~1.PDF>
- พันทิพา บุญเศษ, และลัษวี ปิยะบัณฑิตกุล. (2561). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลห้วยบง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 21(2), 28–41.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว อำเภอเมืองจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี. (2563). *ข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดจันทบุรี ปี พ.ศ. 2563*. จันทบุรี: ผู้แต่ง.
- ละอองดาว คำชาติตา, ชดช้อย วัฒนนะ, และธีรนุช ห่านรัตติชัย. (2560). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง เส้นรอบวงเอว ระดับน้ำตาลในเลือด และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่มีกลุ่มอาการเมตาบอลิก. *พยาบาลสาร*, 44(3), 65–76.
- สมชัย อัสวสุดสาคร, สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ, และสาวิตรี วิษณุโยธิน. (2562). การบูรณาการระบบบริการสุขภาพเพื่อคัดกรองและลดกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดนครราชสีมา 2560–2561. *วารสารกรมการแพทย์*, 44(5), 150–157.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560). *คู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2561). *รายงานประจำปี 2561*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิค แอนด์ ดีไซน์.

- สุพัตรา สิทธิวัง. (2560). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อารีย์ เสนีย์. (2557). โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 129–134.
- Creer, L. T. (2000). Self-management of chronic illness. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.). *Handbook of self-regulation* (pp. 601–629). San Diego, CA: Academic Press.
- Jiang, W., Zhang, Y., Yan, F., Liu, H., & Gao, R. (2020). Effectiveness of a nurse-led multidisciplinary self-management program for patients with coronary heart disease in communities: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 103(4), 854–863. doi:10.1016/j.pec.2019.11.001
- Nguyen, N. T., Douglas, C., & Bonner, A. (2019). Effectiveness of self-management programme in people with chronic kidney disease: A pragmatic randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 75(3), 652–664. doi:10.1111/jan.13924
- Suwanwela, N. C. (2014). Stroke epidemiology in Thailand. *Journal of Stroke*, 16(1), 1–7. doi:10.5853/jos.2014.16.1.1
- World Stroke Organization. (2018). *World Stroke Organization (WSO) Annual Report 2018*. Geneva: Author. Retrieved from https://www.world-stroke.org/assets/downloads/Annual_Report_2018_online_final_COMPRESSED.pdf

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแล เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ*

Factors Related to Family Management among Caregivers of Children with Congenital Heart Disease after Cardiac Surgery*

กมลทิพย์ ใจมาคำ, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)¹

Kamontip Chaimakham, M.N.S. (Pediatric Nursing)¹

อุษณีย์ จินตะเวช, ปร.ด. (การพยาบาล)²

พิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิ่น, ปร.ด. (การพยาบาล)³

Usanee Jintrawet, Ph.D. (Nursing)²

Pimpaporn Klunklin, Ph.D. (Nursing)³

Received: August 16, 2022

Revised: November 2, 2022

Accepted: November 3, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ที่มาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือ 3 แห่ง และศูนย์หัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 แห่ง รวมจำนวน 85 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวและเด็ก แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีค่าความเชื่อมั่น .85 และแบบสอบถามการจัดการครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .80–.83 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์อันดับ และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master's Thesis of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ มหำบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

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

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Assistant 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 ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับมาก ($M = 128.16, SD = 16.27$) และมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการครอบครัวโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 136.85, SD = 12.09$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวด้านชีวิตประจำวันของเด็ก และด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วยในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .504, p < .001$ และ $r = .514, p < .001$ ตามลำดับ) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการครอบครัวด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.337, p < .01$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ เพื่อให้มีการจัดการครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดที่เหมาะสม

คำสำคัญ: การจัดการครอบครัว โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การผ่าตัดหัวใจ ผู้ดูแล

Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine the relationships among personal factors and social support with family management among caregivers of children with congenital heart disease after cardiac surgery. The samples were 85 caregivers of children with congenital heart disease after cardiac surgery who came for a follow-up visit at the out-patient department of three tertiary hospitals in the Northern and one heart center of the Northeastern, Thailand. The research instruments included the personal information questionnaire, the social support questionnaire with reliability of .85, and the family management questionnaire with reliabilities in the range of .80–.83. Data were collected from May to November, 2020. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Eta correlation, and Pearson's product moment correlation.

The research results revealed that caregivers of children with congenital heart disease after cardiac surgery had the total mean score of social support at a high level ($M = 128.16, SD = 16.27$) and the total mean score of family management at a moderate level ($M = 136.85, SD = 12.09$). Social support was positively statistically significantly related to family management in the aspect of child's daily life and the aspect of condition management ability among caregivers of children with congenital heart disease after cardiac surgery ($r = .504, p < .001$ and $r = .514, p < .001$, respectively). In addition, social support was negatively statistically significantly related to family management in the aspect of family life difficulty among

caregivers of children with congenital heart disease after cardiac surgery ($r = -.337, p < .01$).

This research suggests that nurses should provide social support to caregivers of children with congenital heart disease after cardiac surgery. As such, caregivers may have appropriate family management to care for children after cardiac surgery.

Keywords: Family management, Congenital heart disease, Cardiac surgery, Caregiver

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (congenital heart disease [CHD]) เป็นความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยสัมพันธ์กับความผิดปกติในช่วงที่มีการเจริญเติบโตของระบบหัวใจและหลอดเลือดในช่วงอายุครรภ์ 3–8 สัปดาห์ (กรรณก สุขพันธ์, 2556) ทั่วโลกพบอุบัติการณ์ของโรค 5–10 ราย ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 ราย (Hoffman, 2013) โรคนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของเด็กที่มีความพิการแต่กำเนิด (อรุณรัตน์ ศรีจันทร์, 2558) ดังนั้นจึงนับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ จากสถิติทั่วโลกพบโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เสียชีวิตร้อยละ 65 และชนิดเสียชีวิตร้อยละ 35 (ธนรัตน์ ulyangkur, สมพันธ์ กุลันตีมา, และแพรวดาว พันธุ์รัตน์, 2559) โดยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เสียชีวิตพบมากที่สุด คือ การมีรูเปิดที่ผนังกันหัวใจห้องล่าง (American Heart Association, 2019) โดยร้อยละ 73.90 ของเด็กกลุ่มนี้มีอายุระหว่าง 1 เดือนถึง 5 ปี (มัณฑนา ประทุมจิตร, วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, และอรุณรัตน์ ศรีจันทร์, 2560) ซึ่งมีเด็กมากกว่าร้อยละ 40 ต้องการการรักษาโดยการผ่าตัดภายในอายุ 5 ปี (Lantin-Hermoso et al., 2017) ทั้งนี้ การผ่าตัดหัวใจอาจเป็นการผ่าตัดหัวใจแบบปิดหรือการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นการผ่าตัดที่มีการใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมเพื่อการผ่าตัดบริเวณหัวใจ ซึ่งวิธีการนี้ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่างๆ ในร่างกาย ดังนั้น การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เสียชีวิตในระยะหลังผ่าตัดด้วยวิธีการนี้จึงมีความสำคัญ

เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด อย่างไรก็ตาม เด็กในช่วงอายุ 1–6 ปี ลักษณะพัฒนาการและการเจริญเติบโต รวมถึงการใช้งานหรือการประสานงานระหว่างระบบประสาท กล้ามเนื้อมัดใหญ่ และกล้ามเนื้อมัดเล็ก ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร (Dordic, Tubic, & Jaksic, 2016) ดังนั้น เด็กวัยนี้ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมด จึงต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางส่วนหรือทั้งหมด (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2017) จากผู้ใหญ่ที่ทำหน้าที่ดูแล ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็ก ทำให้สามารถตอบสนองความต้องการของเด็กได้อย่างเหมาะสม และช่วยให้เด็กฟื้นตัวจากการผ่าตัดได้เร็ว

การดูแลในระยะหลังผ่าตัดหัวใจอาจส่งผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ จนอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเครียดในการให้การดูแลเด็ก (Weiss et al., 2008) จากความรับผิดชอบในการทำหน้าที่ในครอบครัวและต้องดูแลเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ ซึ่งอาจทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ดังนั้น เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดได้ ครอบครัวต้องมีการจัดการครอบครัว (family management) โดยต้องผนวกการดูแลเด็กหลังผ่าตัดให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของครอบครัว (Knafel, Deatrack, & Havill, 2012) ซึ่งการจัดการครอบครัวจะเป็นไปได้ยากหรือง่าย พิจารณาจากองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก 2) ด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย 3) ด้านความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย 4) ด้านความยาก

ลำบากในชีวิตครอบครัว 5) ด้านมุมมองของผลกระทบ จากสภาวะความเจ็บป่วย และ 6) ด้านการร่วมกันของ ผู้ปกครอง (Knafl et al., 2012) โดยการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษา 5 ด้าน คือ ด้านที่ 1-5 เนื่องจากเป็น การเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาล ส่วนด้านที่ 6 ต้องให้ทั้งบิดาและมารดาเด็กตอบคำถามด้านนี้ แต่พบว่า ลักษณะสังคมไทย การพาเด็กมาตรวจรักษาในโรงพยาบาล จะเป็นผู้ใดผู้หนึ่ง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบิดาหรือมารดาหรือ สมาชิกอื่นในครอบครัว จึงไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดของ เครื่องมือวิจัยที่ผู้สมรสทั้งคู่เด็กต้องตอบคำถามด้านนี้ ด้วยกัน

ตามกรอบแนวคิดการจัดการครอบครัว ของ Knafl et al. (2012) ระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการ ครอบครัว ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัว ปัจจัย ส่วนบุคคลของเด็ก ปัจจัยเครือข่ายทางสังคมของครอบครัว ปัจจัยระบบสุขภาพและการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ และ ปัจจัยด้านทรัพยากร โดยปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล และการได้รับการวินิจฉัยโรค ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวเด็กโรคเรื้อรัง แต่ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กเป็นปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ ยาก การวิจัยครั้งนี้จึงไม่นำปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก มาหาความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัว ส่วนปัจจัย ระบบสุขภาพและการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ตามแนวคิด ของ Knafl et al. (2012) ได้กล่าวถึงการมารับบริการ ทางสุขภาพของครอบครัว ดังนั้น ครอบครัวที่มารับบริการ ในโรงพยาบาลจะสามารถเข้าถึงระบบสุขภาพและเข้าถึง การดูแลสุขภาพได้ จึงไม่นำมาศึกษาในครั้งนี้ และ ปัจจัยด้านทรัพยากร ตามแนวคิดได้ระบุถึงการได้รับความช่วยเหลือเรื่องเงินและหลักประกันทางสุขภาพของ ครอบครัว ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกรอบแนวคิดเครือข่าย ทางสังคมหรือการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัว ได้แก่ จำนวนพี่น้อง ลักษณะครอบครัว ถิ่นที่อยู่อาศัย ระดับ

การศึกษาของมารดา และรายได้ โดยการศึกษาที่ผ่านมา เกี่ยวกับจำนวนพี่น้อง พบว่า ครอบครัวที่มีจำนวนพี่น้อง หลายคนอยู่รวมกันมักเกิดปัญหาด้านการสื่อสารของ สมาชิกในครอบครัว ทำให้การจัดการครอบครัวเป็นไปได้ยาก (Gannoni & Shute, 2010) ลักษณะครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยาย พบว่า ลักษณะ ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัว ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก และด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย (Sheng, Ma, Ding, & Zhang, 2018) และจากการศึกษาของ Knafl et al. (2013) พบว่า ลักษณะครอบครัวเดี่ยวทำให้การดำเนิน ชีวิตของครอบครัวมีความยากลำบาก แต่บางการศึกษา พบว่า ลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการ ครอบครัว (สุภาพร วัฒนา, 2561) ถิ่นที่อยู่อาศัย พบว่า ถิ่นที่อยู่อาศัย ได้แก่ ชนบท และชุมชนเมือง มีผลต่อการจัดการด้านสภาวะความเจ็บป่วย โดยผู้ดูแลที่อาศัย อยู่ในชุมชนเมืองมีความสามารถในการจัดการด้าน สภาวะความเจ็บป่วยได้ดีกว่าผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในชนบท (Zhang, Wei, Shen, & Zhang, 2015) จากการทบทวน วรรณกรรมพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัวบางปัจจัย คือ ระดับการศึกษาของมารดา และรายได้ มีความสัมพันธ์ กับการจัดการครอบครัว แต่ปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัว ด้านจำนวนพี่น้อง ลักษณะครอบครัว และถิ่นที่อยู่อาศัย ที่ผ่านมายังมีความแตกต่างกัน จึงไม่อาจสรุปได้ว่า จำนวนพี่น้อง ลักษณะครอบครัว และถิ่นที่อยู่อาศัย มีความเกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวเด็กโรคหัวใจ พิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดอย่างไร

ปัจจัยเครือข่ายทางสังคมของครอบครัว มีคำที่ใช้ แทนกันได้ คือ การสนับสนุนทางสังคม (social support) (House, Umberson, & Landis, 1988) ซึ่งการวิจัย ครั้งนี้ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) โดยการสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวเด็ก โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ หมายถึง การที่ ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจได้รับ ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้าน

ข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร เพื่อให้เกิดการจัดการครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของสุภาพร วัฒนา (2561) เกี่ยวกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัด โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดด้านมุมมองของผลกระทบของสภาวะความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรมีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการครอบครัวด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว แต่การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และด้านการประเมินค่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม มีความเกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวตามแนวคิดของ Knafli et al. (2012) แต่การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดด้วยหัตถ์เดินชนิดไม่เขี้ยวที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดและโรคเรื้อรังอื่น ผลการศึกษาจึงยังไม่สามารถอธิบายการจัดการครอบครัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในระยะหลังผ่าตัดได้ทั้งหมด เนื่องจากโรคต่างชนิดกันมีการดูแลที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการจัดการครอบครัวโดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการครอบครัว ของ Knafli et al. (2012) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผลการวิจัยครั้งนี้อาจใช้เป็นข้อมูลในการให้การดูแลเกี่ยวกับการจัดการครอบครัวแก่บิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ให้มีการปรับตัวและสามารถดำเนินชีวิตของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้เด็กสามารถฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้โดยปราศจากภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ

สมมติฐานการวิจัย

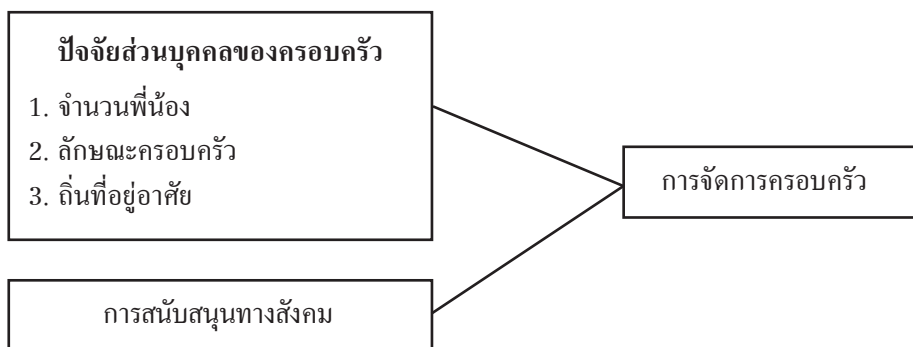
ปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการจัดการครอบครัว ของ Knafli et al. (2012) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยการจัดการครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลในการผนวกการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดกับการดำเนินชีวิตประจำวันของครอบครัวว่ามีความยากหรือง่าย โดยพิจารณาจากองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก ด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย ด้านความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว และด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาวะความเจ็บป่วย ซึ่งพบว่าอาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัว ได้แก่ จำนวนพี่น้อง ลักษณะครอบครัว และถิ่นที่อยู่อาศัย โดยจำนวนพี่น้อง หมายถึง จำนวนเด็กที่ผู้ดูแลต้องให้การดูแลในครอบครัว ลักษณะครอบครัว หมายถึง ลักษณะครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยาย ที่อาจมีผลต่อการจัดการครอบครัวที่ทำให้การจัดการเป็นไปได้ยากหรือง่าย และถิ่นที่อยู่อาศัย หมายถึง ที่อยู่

อาศัยของผู้ดูแลในชนบท ชุมชนกึ่งเมือง หรือชุมชนเมือง ส่วนการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดทฤษฎีของ House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ เกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือจาก

บุคคลในครอบครัวและนอกครอบครัว ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากรที่ทำให้การจัดการครอบครัวมีประสิทธิภาพ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ดูแลหลักของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวหลังผ่าตัดหัวใจ ที่มาติดตามการรักษาในคลินิกเด็กโรคหัวใจและศัลยกรรมโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือ 3 แห่ง และศูนย์หัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 แห่ง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป กรณีอายุ 55 ปีขึ้นไป ต้องมีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินการรู้จักคิด (mental status questionnaire) ของ Kahn, Goldfarb, Pollack, and Peck (1960) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย 2) เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 1-6 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติแบบ VSD closure, ASD closure หรือ AVSD closure และจำหน้ายกกลับบ้านอย่างน้อย 2 สัปดาห์

3) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .30 (Polit, 2010) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 85 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ ตามสัดส่วนประชากร

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวและเด็ก ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์กับเด็ก จำนวนบุตรที่ต้องดูแลนอกจากเด็กป่วย (จำนวนพี่น้อง) ลักษณะครอบครัว และถิ่นที่อยู่อาศัย จำนวน 10 ข้อ และข้อมูล

ส่วนบุคคลของเด็ก ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ความถี่ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย การวินิจฉัยโรค ชนิดการผ่าตัดที่ได้รับ จำนวนครั้งที่มาพบแพทย์ หลังผ่าตัด ระยะเวลาที่มาพบแพทย์หลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวน 9 ข้อ รวมจำนวน 19 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแหล่งสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคม ของสุภาพร วัฒนา (2561) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีของ House (1981) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ ด้านการประเมินค่า จำนวน 7 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 10 ข้อ และด้านทรัพยากร จำนวน 8 ข้อ รวมจำนวน 34 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุด ได้รับการสนับสนุนน้อย ได้รับการสนับสนุนปานกลาง ได้รับการสนับสนุนมาก และได้รับการสนับสนุนมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย (34.00-79.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (79.34-124.67 คะแนน) และในระดับมาก (124.68-170.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการจัดการครอบครัว ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการจัดการครอบครัว ของสุภาพร วัฒนา (2561) ที่แปลย้อนกลับจากแบบสอบถามการจัดการครอบครัว ของ Knafli et al. (2012) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก จำนวน 5 ข้อ ด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย จำนวน 12 ข้อ ด้านความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย จำนวน 4 ข้อ ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว จำนวน 14 ข้อ และด้านมุมมองของผลกระทบต่อสภาวะความเจ็บป่วย จำนวน 10 ข้อ รวมจำนวน 45 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตร

ประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการจัดการครอบครัวในระดับต่ำ (45.00-105.00 คะแนน) ในระดับปานกลาง (105.01-165.01 คะแนน) และในระดับสูง (165.02-225.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และแบบสอบถามการจัดการครอบครัว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในคลินิกเด็กโรคหัวใจและศัลยกรรมโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือ 1 แห่ง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ .85 และของแบบสอบถามการจัดการครอบครัวรายด้านเท่ากับ .83, .81, .82, .80 และ .81 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 025/2020 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือ 3 แห่ง (เอกสารรับรอง เลขที่ 153/63COA-NUR 025/63 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563 เอกสารรับรอง เลขที่ 26/2563 วันที่ 28 เมษายน 2563 และเอกสารรับรอง เลขที่ อว 0603.10/2806 วันที่ 15 เมษายน 2563) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์หัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 แห่ง (เอกสารรับรอง เลขที่ 36/2563 วันที่ 6 สิงหาคม 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวม

ข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่า ข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือ 3 แห่ง และผู้อำนวยการศูนย์หัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 แห่ง เข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือ 2 แห่ง และศูนย์หัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 แห่ง แห่งละ 1 คน รวมจำนวน 3 คน เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูล (ผู้วิจัยดำเนินการที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือ 1 แห่ง) โดยพบกลุ่มตัวอย่างในขณะที่รอตรวจ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลา 30-45 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว และเด็ก วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลการจัดการครอบครัว วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว (จำนวนพี่น้อง ลักษณะครอบครัว และถิ่นที่อยู่อาศัย) กับการจัดการครอบครัว วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์อันดับ (eta; η) ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการจัดการครอบครัว วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแล

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 88.24 มีอายุอยู่ในช่วง 20-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 82.36 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.70 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 96.47 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับเด็กโดยเป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 80 จำนวนบุตรที่ต้องดูแลนอกจากเด็กป่วย (จำนวนพี่น้อง) คือ 1 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.59 ส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 64.71 และมีถิ่นที่อยู่อาศัยในชนบท คิดเป็นร้อยละ 56.47

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก พบว่า เด็กเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.47 มีอายุอยู่ในช่วง 3-6 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.47 ส่วนใหญ่มีความถี่ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ในรอบ 6 เดือน) คือ 1-2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 80 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยอยู่ในช่วง 3-6 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.17 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิด VSD คิดเป็นร้อยละ 75.29 ชนิดการผ่าตัดที่ได้รับ คือ VSD closure คิดเป็นร้อยละ 75.29 มาพบแพทย์หลังผ่าตัดเป็นครั้งที่ 2-3 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่มาพบแพทย์หลังผ่าตัด คือ มากกว่า 4 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 64.71 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 91.76

3. การสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับมาก ($M = 128.16, SD = 16.27$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจฯ มีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก 2 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ($M = 36.42, SD = 4.27$) และด้านการประเมินค่า ($M = 26.93, SD = 3.85$) และในระดับปานกลาง 2 ด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ($M = 35.92, SD = 6.82$) และด้าน

ทรัพยากร ($M = 28.88, SD = 5.79$)

4. การจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการครอบครัวโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 136.85, SD = 12.09$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจฯ มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการครอบครัวในระดับปานกลางทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก ($M = 18.26, SD = 3.05$) ด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย ($M = 42.67, SD = 5.65$) ด้านความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย ($M = 11.61, SD = 2.30$) ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว ($M = 35.19, SD = 8.80$) และด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาวะความเจ็บป่วย ($M = 29.12, SD = 4.38$)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว (จำนวนพี่น้อง ลักษณะครอบครัว และถิ่นที่อยู่อาศัย) และการสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการ

ครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ พบว่า จำนวนพี่น้อง ลักษณะครอบครัว และถิ่นที่อยู่อาศัย ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจฯ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวด้านชีวิตประจำวันของเด็ก และด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย ในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .504, p < .001$ และ $r = .514, p < .001$ ตามลำดับ) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการครอบครัวด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.337, p < .01$) แต่การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวด้านความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย และด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาวะความเจ็บป่วย ในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจฯ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว (จำนวนพี่น้อง ลักษณะครอบครัว และถิ่นที่อยู่อาศัย) และการสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ($n = 85$)

ปัจจัย	การจัดการครอบครัว									
	ด้านที่ 1		ด้านที่ 2		ด้านที่ 3		ด้านที่ 4		ด้านที่ 5	
	η	p	η	p	η	p	η	p	η	p
จำนวนพี่น้อง	.191	.557	.212	.442	.118	.888	.163	.702	.086	.963
ลักษณะครอบครัว	.099	.366	.018	.870	.208	.056	.047	.670	.167	.127
ถิ่นที่อยู่อาศัย	.189	.226	.160	.344	.125	.523	.040	.938	.132	.489
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
การสนับสนุนทางสังคม	.504	<.001	.514	<.001	-.117	.288	-.337	.002	-.117	.287

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการครอบครัวโดยรวมและรายด้านในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาการจัดการครอบครัวด้านที่ง่าย คือ ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก และด้านความสามารถในการจัดการสถานะความเจ็บป่วย ซึ่งคะแนนทั้ง 2 ด้านรวมกันพบว่า มีคะแนนที่สูง แสดงให้เห็นถึงความง่ายของการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ เข้ากับการดำเนินชีวิตประจำวันของครอบครัวและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวในระดับปานกลาง และมีความง่ายต่อการจัดการครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับเด็กโดยเป็นมารดา (ร้อยละ 80) ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรักใคร่ผูกพันกับเด็ก รวมถึงอยู่ใกล้ชิดและทำหน้าที่อบรมเลี้ยงดูเด็กตั้งแต่แรกคลอด (โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, 2552) จึงมีความเข้าใจและสามารถตอบสนองความต้องการของเด็กได้อย่างเหมาะสม ทำให้การดำเนินชีวิตและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของเด็กเป็นไปตามปกติเช่นเดียวกับเด็กทั่วไป ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-40 ปี (ร้อยละ 82.36) ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยอายุเป็นสิ่งที่แสดงถึงวุฒิภาวะและประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นช่วงวัยที่บุคคลมีสติปัญญาและวุฒิภาวะสูงสุด สามารถนำประสบการณ์มาใช้ในการแก้ไขปัญหาและปรับตัวต่อสถานการณ์ใหม่ ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เกษร เกษมสุข และอุษณีย์ บุญบรรจบ, 2561) ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และมีความคุ้นเคยเกี่ยวกับโรค การรักษา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสามารถจัดการและตอบสนองความต้องการของเด็กได้ (Elshazali, Shazali, Yousif, & Osman, 2018)

แต่อาจยังทำได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากเด็กที่ดูแลมีอายุอยู่ในช่วง 3-6 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 56.47) ซึ่งอยู่ในวัยก่อนเรียน เด็กวัยนี้สามารถควบคุมและบังคับการทรงตัวได้ดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ (พิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิ่น, 2560) แต่ไม่ได้ทั้งหมด อาจทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถรับรู้ความต้องการของเด็กได้ทั้งหมด อีกทั้งเด็กยังมีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยอยู่ในช่วง 3-6 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 41.17) ซึ่งการที่เด็กเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และการดูแลเด็กจากบุคลากรทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการจัดการครอบครัวด้านชีวิตประจำวันของเด็กและด้านความพยายามในการจัดการสถานะความเจ็บป่วยได้ดี (ภัทรภร อยู่สุข, ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, และนฤมล ชีระรังสิกุล, 2562; สุภาพร วัฒนา, 2561) ดังการศึกษาที่พบว่า ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการจัดการครอบครัว (Sheng, Ma, Ding, & Zhang, 2020) นอกจากนี้ เด็กมาพบแพทย์หลังผ่าตัดเป็นครั้งที่ 2-3 มากที่สุด (ร้อยละ 40) แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลพาเด็กมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์และความรู้จากการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสเรียนรู้การดูแลเด็ก (สุภาพร วัฒนา, 2561; Zhang et al., 2015)

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวด้านชีวิตประจำวันของเด็ก และด้านความสามารถในการจัดการสถานะความเจ็บป่วย ในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการครอบครัวด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายตามแนวคิดของ House (1981) ได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

หลังผ่าตัดหัวใจได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร เพื่อให้เกิดการจัดการครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงการจัดการครอบครัวด้านชีวิตประจำวันของเด็กและด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วยที่มีประสิทธิภาพ และทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าเกิดความยากลำบากในชีวิตครอบครัวลดลงเมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ซึ่งการที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรสุขภาพ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจ มีคุณค่า (Ikiz & Cakar, 2010) ทำให้สามารถจัดการดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสม โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากแหล่งสนับสนุน คือ บุคคลที่มีความใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตรหลาน อีกทั้งยังมีแหล่งสนับสนุนอื่น คือ ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในสังคม รวมถึงบุคลากรวิชาชีพ จึงทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ สามารถจัดการดูแลเด็กได้เมื่อเกิดปัญหาหรือต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ และกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยายมีหลายคนอยู่ในบ้านเดียวกัน (ร้อยละ 64.71) ทำให้ผู้ดูแลได้รับความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจจากคนในครอบครัว ทำให้การดูแลเด็กเป็นไปได้ง่าย และง่ายต่อการจัดการดูแลเด็ก ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของภัทร์พร อยู่สุข และคณะ (2562) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียด้านชีวิตประจำวันของเด็ก และด้านความสามารถในการจัดการดูแล และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการด้านความยากลำบากของครอบครัว

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวด้านความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย และด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาวะความเจ็บป่วย ในผู้ดูแลเด็ก

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ทั้งนี้อาจเนื่องจากเด็กส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (ร้อยละ 91.76) อีกทั้งผู้ดูแลยังมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลที่มีความใกล้ชิดกัน เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตรหลาน และมีแหล่งสนับสนุนอื่น คือ บุคคลในสังคม บุคลากรวิชาชีพ และกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ทำให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการดูแลเด็กจากแหล่งสนับสนุนเหล่านี้ จึงไม่ก่อให้เกิดปัญหาในการจัดการครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ สุมาदन, สุธิศา ล่ามช้าง, และจิตติมา สุขเลิศตระกูล (2563) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวด้านความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย และด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาวะความเจ็บป่วย ในผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย

ผลการวิจัยพบว่า จำนวนพี่น้องไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลมีจำนวนบุตรที่ต้องดูแลนอกจากเด็กป่วย คือ 1 คน มากที่สุด (ร้อยละ 50.59) จึงทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลเด็กได้อย่างเต็มที่ ไม่ได้รู้สึกว่าเด็กเป็นภาระที่ต้องให้การดูแลเพิ่ม ดังการศึกษาที่พบว่า ครอบครัวที่มีบุตรมากกว่าหรือเท่ากับ 3 คน จะทำให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวรู้สึกว่ามีการดูแลเด็กที่สูงขึ้น (Kuhlthau et al., 2014) ดังนั้น จำนวนพี่น้องในการวิจัยครั้งนี้จึงไม่ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อชีวิตประจำวันของเด็กและความสามารถในการดูแลเด็กของผู้ดูแล จึงไม่เกิดความยากลำบากในการจัดการครอบครัวของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ สุมาदन และคณะ (2563) ที่พบว่า จำนวนบุตรที่ต้องดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัว

ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย (ร้อยละ 64.71) และส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับ

เด็กโดยเป็นมารดา (ร้อยละ 80) โดยลักษณะครอบครัวไทยในชนบทมีลักษณะเกี่ยวเนื่องซึ่งกันและกัน จึงอาจไม่ก่อให้เกิดปัญหาในการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร วัฒนา (2561) ที่พบว่า ลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ผลการวิจัยพบว่า ถิ่นที่อยู่อาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลมีถิ่นที่อยู่อาศัยในชนบทถึงร้อยละ 56.47 ซึ่งเป็นการอยู่อาศัยที่มีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน ยึดมั่นในขนบธรรมเนียมประเพณี มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีเศรษฐกิจเป็นแบบพอเพียง เลี้ยงตนเองได้ จึงทำให้มีการพึ่งพาอาศัยกันในครอบครัวและในชุมชน จึงไม่เกิดปัญหาในการจัดการครอบครัวของผู้ดูแล ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang et al. (2015) ที่พบว่า ถิ่นที่อยู่อาศัยมีผลต่อการจัดการด้านสภาวะความเจ็บป่วย โดยผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองมีความสามารถในการจัดการด้านสภาวะความเจ็บป่วยได้ดีกว่าผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ และสนับสนุนการจัดการครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดที่เหมาะสม โดยเฉพาะการให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการครอบครัว เช่น การจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ดูแล การใช้สื่อการสอนเกี่ยวกับการจัดการดูแลเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ที่ผู้ดูแลสามารถนำมาใช้ในการจัดการดูแลเด็กได้ อีกทั้งควรส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการครอบครัวแก่ผู้ดูแลให้มากขึ้น เช่น การส่งเสริมการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว การใช้เวลาร่วมกัน เพื่อให้การจัดการครอบครัวมีประสิทธิภาพ

มากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ โดยคัดสรรตัวแปรที่ศึกษาเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

- กรกนก สุขพันธ์. (2556). โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. ใน สุรีย์ เลขวราณฉวีจิตร (บ.ก.), *พยาธิวิทยาของโรคหัวใจ* (น. 33-81). โรงพิมพ์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกษร เกษมสุข, และอุษณีย์ บุญบรรจบ. (2561). การส่งเสริมพัฒนาการวัยผู้ใหญ่ตอนต้น: บทบาทของพยาบาล. *แพทยสารทหารอากาศ*, 64(3), 101-107.
- โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์. (2552). *เลี้ยงลูกอย่างไรให้มีสุข*. สืบค้นจาก <https://www.goo.gl/nGmzDc>
- ธนะรัตน์ लयากร, สมพันธ์ กลั่นดีมา, และแพรวดาว พันธุ์รัตน์. (2559). โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรงในทารกแรกเกิด. *วารสารกรมการแพทย์*, 41(4), 16-21.
- พิมพ์ภาภรณ์ กลั่นกลิ่น. (2560). *การพยาบาลเด็กเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ*. เชียงใหม่: สมาร์ท โคตติ้ง แอนด์ เซอร์วิส.
- ภัทร์กร อยู่สุข, ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, และนฤมล ชีระรังสิกุล. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 11(1), 151-162.
- มณฑนา ประชุมจิตร, วนิตา เสนะสุทธิพันธุ์, และอรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิธย์. (2560). ผลของโปรแกรมการสอนเรื่องการให้ยาชนิดรับประทานหลังผ่าตัดหัวใจ ต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. *วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล*, 35(2), 39-51.

- ศิริลักษณ์ สุมาคน, สุธิศา ถ้าม้าง, และจิตติมา สุขเลิศตระกูล. (2563). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 12(1), 148–160.
- สุภาพร วัฒนา. (2561). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิตย์. (2558). *มารู้จักโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในเด็กกันเถอะ*. สืบค้นจาก http://www.ns.mahidol.ac.th/english/th/ns_academic/56/04/Heart_disease.html
- American Heart Association. (2019). *2019 Heart disease & stroke statistical update fact sheet congenital cardiovascular defects*. Retrieved from https://professional.heart.org/-/media/phd-files-2/science-news/2/2019-heart-and-stroke-stat-update/2019_stat_update_congenital_cardiovascular_defects_factsheet.pdf?la=en
- Dordic, V., Tubic, T., & Jaksic, D. (2016). The relationship between physical, motor, and intellectual development of preschool children. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 233, 3–7. doi:10.1016/j.sbspro.2016.10.114
- Elshazali, O. H., Shazali, H. O. H. E., Yousif, E. M. A., & Osman, H. E. S. (2018). Parent's knowledge about diagnosis and management of their children with congenital heart diseases in Khartoum, Sudan. *Journal of Pediatrics & Neonatal Care*, 8(6), 262–266. doi:10.15406/jpnc.2018.08.00353
- Gannoni, A. F., & Shute, R. H. (2010). Parental and child perspectives on adaptation to childhood chronic illness: A qualitative study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(1), 39–53. doi:10.1177/1359104509338432
- Hockenberry, M., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2017). *Wong's essentials of pediatric nursing* (10th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Hoffman, J. I. (2013). The global burden of congenital heart disease. *Cardiovascular Journal of Africa*, 24(4), 141–145. doi:10.5830/CVJA-2013-028
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, 14(1), 293–318. doi:10.1146/annurev.so.14.080188.001453
- Ikiz, F. E., & Cakar, F. S. (2010). Perceived social support and self-esteem in adolescence. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 2338–2342. doi:10.1016/j.sbspro.2010.07.460
- Kahn, R. L., Goldfarb, A. I., Pollack, M., & Peck, A. (1960). Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. *The American Journal of Psychiatry*, 117, 326–328. doi:10.1176/ajp.117.4.326
- Knafli, K. A., Deatrick, J. A., & Havill, N. L. (2012). Continued development of the family management style framework. *Journal of Family Nursing*, 18(1), 11–34. doi:10.1177/1074840711427294

- Knafelz, K. A., Deatrick, J. A., Knafelz, G. J., Gallo, A. M., Grey, M., & Dixon, J. (2013). Patterns of family management of childhood chronic conditions and their relationship to child and family functioning. *Journal of Pediatric Nursing, 28*(6), 523–535. doi:10.1016/j.pedn.2013.03.006
- Kuhlthau, K., Payakachat, N., Delahaye, J., Hurson, J., Pyne, J. M., Kovacs, E., & Tilford, J. M. (2014). Quality of life for parents of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders, 8*(10), 1339–1350. doi:10.1016/j.rasd.2014.07.002
- Lantin-Hermoso, M. R., Berger, S., Bhatt, A. B., Richerson, J. E., Morrow, R., Freed, M. D., Beekman, R. H. (2017). The care of children with congenital heart disease in their primary medical home. *Pediatrics, 140*(5), e20172607. doi:10.1542/peds.2017-2607
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nd ed.). Boston, MA: Pearson.
- Sheng, N., Ma, J., Ding, W., & Zhang, Y. (2018). Family management affecting transition readiness and quality of life of Chinese children and young people with chronic diseases. *Journal of Child Health Care, 22*(3), 470–485. doi:10.1177/1367493517753712
- Sheng, N., Ma, J., Ding, W., & Zhang, Y. (2020). Cluster analysis for family management of Chinese children with chronic kidney diseases. *Journal of Health Psychology, 25*(6), 755–765. doi:10.1177/1359105317733322
- Weiss, M., Johnson, N. L., Malin, S., Jerofke, T., Lang, C., & Sherburne, E. (2008). Readiness for discharge in parents of hospitalized children. *Journal of Pediatric Nursing, 23*(4), 282–295. doi:10.1016/j.pedn.2007.10.005
- Zhang, Y., Wei, M., Shen, N., & Zhang, Y. (2015). Identifying factors related to family management during the coping process of families with childhood chronic conditions: A multi-site study. *Journal of Pediatric Nursing, 30*(1), 160–173. doi:10.1016/j.pedn.2014.10.002

การพัฒนาชุดการเรียนรู้ที่บ้านเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา และสมาธิในเด็กปฐมวัย

Development of a Home-based Learning Set for Promoting the Development of Fine Motor and Intelligence, and Concentration in Early Childhood

จริยาพร วรณโชติ, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก) ¹

Jariyaphon Wannachot, M.N.S. (Pediatric Nursing) ¹

ปัทมา บุญช่วยเหลือ, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก) ²

Pattama Boonchuaylua, M.N.S. (Pediatric Nursing) ²

สุภา คำมะฤทธิ, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก) ³

Supa Khammarit, M.N.S. (Pediatric Nursing) ³

Received: August 22, 2022

Revised: December 21, 2022

Accepted: December 23, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของชุดการเรียนรู้ที่บ้านเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา และสมาธิในเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ปกครอง ระยะที่ 2 พัฒนาชุดการเรียนรู้ที่บ้านเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา และสมาธิในเด็กปฐมวัย ระยะที่ 3 ทดลองใช้ชุดการเรียนรู้ที่บ้าน กับผู้ปกครองและเด็กปฐมวัย จำนวน 10 คู่ ระยะที่ 4 ปรับปรุงชุดการเรียนรู้ที่บ้าน และระยะที่ 5 ประเมินผลการใช้ชุดการเรียนรู้ที่บ้าน กับผู้ปกครองและเด็กปฐมวัยที่เข้าเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จำนวน 30 คู่ เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ชุดการเรียนรู้ที่บ้านเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา และสมาธิในเด็กปฐมวัย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองและเด็กปฐมวัย แบบประเมินพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา มีค่าความเชื่อมั่น .88 และแบบประเมินสมาธิในเด็ก มีค่าความเชื่อมั่น .74 ดำเนินการวิจัยและ

¹⁻³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

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

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: pattama1@pnc.ac.th

เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2564 ถึงเดือนมกราคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ชุดการเรียนรู้ที่บ้านเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา และสมาธิในเด็กปฐมวัย ที่พัฒนาขึ้นมี 5 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 ภาพตัดต่อรูปสัตว์ ชุดที่ 2 สื่อร้อยเชือกตัวเลข ชุดที่ 3 ปั้นดินน้ำมันตามจำนวนตัวเลข ชุดที่ 4 แบบฝึกหัดลีลามือ และชุดที่ 5 แบบฝึกหัดคณิตศาสตร์ 2) หลังการใช้ชุดการเรียนรู้ที่บ้านแต่ละชุด เด็กปฐมวัยมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญาสูงกว่าก่อนการใช้ชุดการเรียนรู้ที่บ้านแต่ละชุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ 3) หลังการใช้ชุดการเรียนรู้ที่บ้าน เด็กปฐมวัยมีสมาธิรายชื่อมากกว่าก่อนการใช้ชุดการเรียนรู้ที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ครูปฐมวัยควรนำชุดการเรียนรู้ที่บ้านนี้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา และสมาธิในเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอื่น ๆ
คำสำคัญ: ชุดการเรียนรู้ที่บ้าน พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา สมาธิ เด็กปฐมวัย

Abstract

This research and development aimed to develop and study the effectiveness of a home-based learning set for promoting the development of fine motor and intelligence, and concentration in early childhood. There were five phases of research including: 1) exploring problems and needs of parents; 2) developing a home-based learning set for promoting the development of fine motor and intelligence, and concentration in early childhood; 3) trying out a home-based learning set with 10 couples of parents and children; 4) improving a home-based learning set; and 5) evaluating a home-based learning set with 30 couples of parents and children of Child Development Center, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi. The research instruments consisted of a semi-structured interview form, a home-based learning set for promoting the development of fine motor and intelligence, and concentration in early childhood, a demographic record form, a development of fine motor and intelligence assessment form with reliability of .88, and a concentration assessment form with reliability of .74. The implementation and data collection were conducted from September, 2021 to January, 2022. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired *t*-test.

The research results revealed that 1) a home-based learning set for promoting the development of fine motor and intelligence, and concentration in early childhood consisted of five sets: (1) animal photo jigsaw, (2) string of numbers, (3) molding plasticine by numbers, (4) hand writing exercises, and (5) math exercises; 2) after implementing each home-based learning set, children had statistically significantly higher mean score of development of fine motor and intelligence than that of before implementing each home-based learning set ($p < .001$); and 3) after implementing home-based learning set, children had statistically significantly more concentration in each item than that of before implementing home-based learning set ($p < .001$).

This research suggests that early childhood teachers should apply this home-based learning set to promote the development of fine motor and intelligence, and concentration in early childhood of other child development centers.

Keywords: Home-based learning set, Development of fine motor and intelligence, Concentration, Early childhood

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) ส่งผลให้สถานศึกษาหรือโรงเรียน ตลอดจนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้องปิดการให้บริการ ซึ่งส่งผลกระทบต่อเด็ก จากการศึกษาพบว่า การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก (Haleemunnissa, Didel, Swami, Singh, & Vyas, 2021) และส่งผลกระทบต่อการศึกษาและการเข้าถึงแหล่งส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (Suarez-Lopez et al., 2021) แม้ว่าบางโรงเรียนจะปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอนเป็นระบบออนไลน์ แต่เด็กปฐมวัยไม่สามารถเข้าถึงการเรียนรู้แบบออนไลน์ด้วยตนเองได้ทั้งหมด เช่น เด็กโต เพราะมีข้อจำกัดบางประการ โดยเฉพาะความพร้อมในการเรียนรู้แบบออนไลน์ ระยะเวลาของการมีสมาธิ รวมทั้งการที่ผู้ปกครองต้องอยู่กับเด็กในขณะที่เรียน นอกจากนี้ เด็กปฐมวัยยังเป็นวัยที่มีความอยากรู้อยากเห็น อยากรู้อยากเรียนรู้อะไรใหม่ๆ ชอบเลียนแบบ อยากรทดลอง และชอบหยิบจับ โดยเด็กจะเริ่มเรียนรู้ จดจำ คิดวิเคราะห์ และแสดงออกด้วยการใช้ภาษาสื่อความหมาย

และการกระทำ (Osei, Liang, Natalia, & Stephen, 2016) เด็กวัยนี้จึงต้องการการตอบสนองจากผู้ปกครอง อันเป็นการตอบสนองต่อการสื่อสารแบบสองทาง ซึ่งจะช่วยให้ส่งเสริมพัฒนาการของเด็กได้ดีกว่าการสื่อสารผ่านสื่อออนไลน์ ดังนั้น เมื่อเด็กปฐมวัยไม่สามารถมาเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ ผู้ปกครองจึงจำเป็นต้องส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยตนเองที่บ้าน

การเรียนรู้ที่บ้านเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่ส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กเล็ก (Lehrl, Evangelou, & Sammons, 2020b) จากการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพการเรียนรู้ที่บ้านส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กในระยะยาว เมื่อเด็กโตขึ้น (Lehrl, Ebert, Blaurock, Rossbach, & Weinert, 2020a; Niklas & Schneider, 2017) ทั้งนี้มีงานวิจัยที่ใช้โปรแกรมที่ส่งเสริมให้ครอบครัวได้ทำกิจกรรมร่วมกับเด็กที่บ้าน พบว่าช่วยเพิ่มบรรยากาศการเรียนรู้ที่บ้านและยังสามารถเพิ่มพัฒนาการทางความสามารถของเด็กได้อีกด้วย (Niklas, Cohrsen, & Tayler, 2016) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่บ่งชี้ว่า สิ่งแวดล้อมในการเรียนรู้ที่บ้านช่วยทำนายเรื่องการรู้

หนังสือเร็วของเด็กและทักษะด้านตัวเลขของเด็ก (Kumar & Behera, 2022) และยังสามารถทำนายความสำเร็จในการเรียนของเด็กได้อีกด้วย (Lehrl et al., 2020a; Niklas & Schneider, 2017) เช่นเดียวกับ การศึกษาของ Oppermann, Anders, and Hachfeld (2016) ที่พบว่า เด็กวัยก่อนเรียนที่มีประสบการณ์ การเรียนรู้ที่บ้านที่มีคุณภาพ มีผลการเรียนวิชาภาษาอังกฤษและวิชาคณิตศาสตร์ที่อายุ 7 ปี และ 11 ปี มากกว่าเด็กวัยก่อนเรียนที่มีประสบการณ์การเรียนรู้ที่บ้านที่ไม่มีคุณภาพ

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ของเด็กเล็ก โดยเฉพาะเด็กอายุ 2-4 ปี ที่จำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยเรียน ในช่วงเวลาที่เด็กไม่ได้มาเรียนหรือในช่วงเวลาที่เด็กอยู่ที่บ้านกับผู้ปกครอง จึงจำเป็นต้องได้รับการเรียนรู้ที่บ้านโดยผู้ปกครอง (home-based learning [HBL]) โดยชุดการเรียนรู้ที่ผู้ปกครองควรใช้ในการสอนเด็กที่บ้านนั้น ควรเป็น เครื่องมือที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก และสติปัญญาของเด็กด้วย จากการศึกษาพบว่า ในเด็กปกติ พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กจะสัมพันธ์กับความฉลาดทางสติปัญญา (intelligence) เมื่ออายุ 7-13 ปี (Klupp, Möhring, Lemola, & Grob, 2021) ตามทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของเพียเจต์ (Piaget, 1963 as cited in Nizette & Barkway, 2020) กล่าวว่า เด็กอายุ 2-4 ปี อยู่ในขั้นก่อนปฏิบัติการคิด เป็นวัยที่เด็กเริ่มมีความสามารถในการใช้ภาษา และมีความเข้าใจความหมายของสัญลักษณ์รอบ ๆ ตัวที่เกี่ยวข้องกับตนเอง พัฒนาการทางสติปัญญาเกิดจากการที่เด็กมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เริ่มตั้งแต่ขั้นประสาทรับรู้และการเคลื่อนไหว เด็กที่มีทักษะการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กในการหยิบจับสิ่งต่างๆ จะสามารถค้นหาและเรียนรู้สิ่งใหม่รอบตัวได้ด้วยตนเอง โดยผู้ใหญ่จะเป็นผู้ที่ช่วยให้เด็กได้มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ รอบตัว ตลอดจนการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อให้เด็กสามารถ

พัฒนาด้านสติปัญญาได้ (Harbourne & Berger, 2019) จากการศึกษาของอชิชชาน พูลคิลปีศักดิ์กุล (2556) ที่ใช้แนวคิดจากทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของเพียเจต์ พบว่า กล้ามเนื้อมัดเล็กเป็นอวัยวะที่สำคัญ และการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กได้อย่างคล่องแคล่วจะช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญาให้ดีขึ้น เพราะกล้ามเนื้อมัดเล็กมีส่วนทำให้เด็กได้ใช้มือในการสำรวจและสังเกต จากการสัมผัสจับต้องในกิจกรรมต่างๆ

การที่เด็กจะเรียนรู้ได้ดีนั้นต้องมีสมาธิ มีความจดจ่อ สนใจ สังเกต เพื่อจดจำสิ่งต่างๆ ซึ่งจะมีผลอย่างมากต่อการเรียนรู้ในระดับที่สูงขึ้น เช่น เมื่อเด็กเข้าสู่วัยเรียน จะต้องใช้ทักษะหลายอย่าง หูต้องฟัง ตาต้องมอง มือต้องเขียน ต้องคิดตาม และต้องอยู่นิ่ง การที่สมาธิในเด็กจะเกิดขึ้นได้นั้นต้องเกิดจากการทำงานร่วมกันของสมองแต่ละส่วน หากสมองส่วนใดส่วนหนึ่งทำงานไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้เด็กทำกิจกรรมนั้นได้ไม่นาน ไม่มีประสิทธิภาพ และเด็กอาจมีพัฒนาการไม่เป็นไปตามวัย (บุญเลี้ยง ทุมทอง, 2565) จากการศึกษาของ Guarino, Wakefield, Morrison, and Richland (2021) พบว่า การมีสมาธิจดจ่อเป็นระยะเวลานานส่งผลต่อพัฒนาการด้านสติปัญญา ทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้ได้ดี มีความจำดี เข้าใจสิ่งต่างๆ ได้ง่าย และเพิ่มความสามารถในการใช้เหตุผลของเด็ก ดังนั้น การพัฒนาชุดการเรียนรู้ที่บ้านเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จึงควรเป็นกิจกรรมที่让孩子ได้ลงมือทำในลักษณะการเล่น ที่ใช้การทำงานประสานกันระหว่างสายตากับมือ ร่วมกับการฝึกทักษะการสังเกต การคิดวิเคราะห์ แยกแยะ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก และสติปัญญา และฝึกการมีสมาธิของเด็ก

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาชุดการเรียนรู้ที่บ้านเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา และสมาธิในเด็กปฐมวัย โดยเริ่มตั้งแต่การศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ปกครอง และข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้ที่บ้านเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ร่วมกับ

การทบทวนวรรณกรรม พัฒนาชุดการเรียนรู้ที่บ้าน ทดลองใช้ และปรับปรุง เพื่อให้ได้ชุดการเรียนรู้ที่บ้าน ที่มีคุณภาพและช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยชุดการเรียนรู้ที่บ้านประกอบด้วย คำแนะนำการใช้งาน แบบฝึกหัด วิดีโอสื่อการสอน สำหรับผู้ปกครอง ตลอดจนอุปกรณ์ประกอบการสอน ที่อยู่ในรูปของเล่น เพื่อให้เด็กเกิดความสุข สนุกสนาน เพลิดเพลิน และยินยอมทำกิจกรรมร่วมกับผู้ปกครอง ซึ่งคาดหวังว่า ชุดการเรียนรู้ที่บ้านเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยนี้ จะช่วยให้ผู้ปกครองสามารถจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้เด็กได้ด้วยตนเองที่บ้าน อันจะช่วยส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา และมีสมาธิที่ดี เพื่อเป็นพื้นฐานสำคัญในการเรียนรู้ของเด็กในลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาชุดการเรียนรู้ที่บ้านเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา และสมาธิในเด็กปฐมวัย
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของชุดการเรียนรู้ที่บ้านเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา และสมาธิในเด็กปฐมวัย

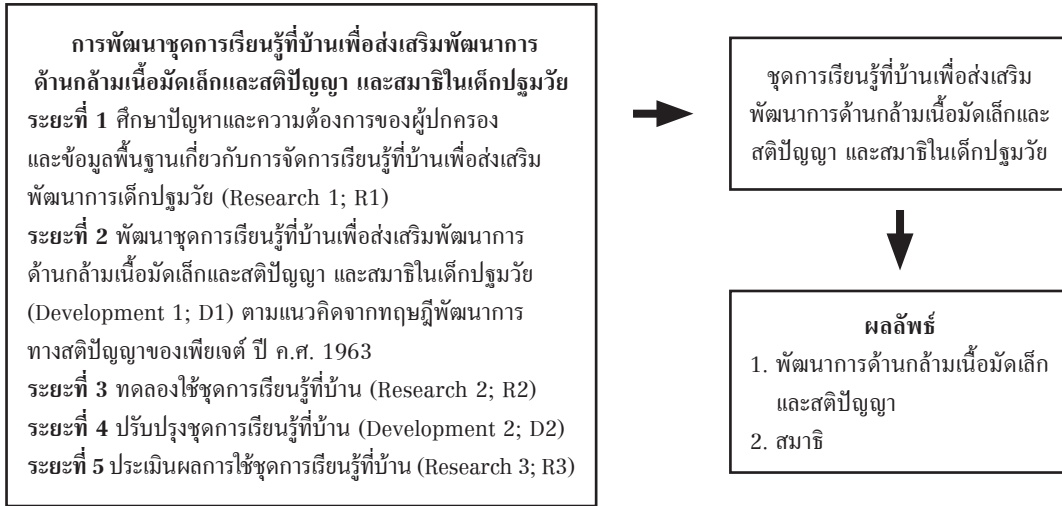
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการใช้ชุดการเรียนรู้ที่บ้านเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา และสมาธิในเด็กปฐมวัย เด็กปฐมวัยมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญาสูงกว่าก่อนการใช้ชุดการเรียนรู้ที่บ้าน
2. หลังการใช้ชุดการเรียนรู้ที่บ้านเพื่อส่งเสริม

พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา และสมาธิในเด็กปฐมวัย เด็กปฐมวัยมีสมาธิมากกว่าก่อนการใช้ชุดการเรียนรู้ที่บ้าน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดจากทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของเพียเจต์ (Piaget, 1963 as cited in Nizette & Barkway, 2020) ที่กล่าวว่า การเรียนรู้ของเด็กเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของเด็กกับสิ่งแวดล้อม โดยเด็กอายุ 2-4 ปี จะเริ่มเรียนรู้โดยอาศัยประสาทสัมผัสและการเคลื่อนไหวขั้นพื้นฐานของร่างกายเพื่อตอบสนองสิ่งแวดล้อม การมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทำให้มนุษย์เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเพื่อปรับตัวนี้ ต้องอาศัยกระบวนการทางสติปัญญา 3 กระบวนการ ได้แก่ 1) การซึมซับหรือการดูดซึมประสบการณ์ (assimilation) เป็นกระบวนการทางสมองในการรับประสบการณ์ เรื่องราว และข้อมูลต่างๆ เข้ามาสะสมเก็บไว้ 2) การปรับและจัดระบบ (accommodation) เป็นกระบวนการทางสมองในการปรับประสบการณ์เดิมและประสบการณ์ใหม่ให้เข้ากันเป็นระบบ และ 3) การเกิดความสมดุล (equilibration) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากขั้นของการปรับ หากการปรับเป็นไปอย่างผสมผสานกลมกลืนก็จะก่อให้เกิดสภาพที่มีความสมดุลขึ้น โดยผู้วิจัยพัฒนาชุดการเรียนรู้ที่บ้านเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา และสมาธิในเด็กปฐมวัย ที่เน้นการฝึกทักษะการสังเกต การคิดวิเคราะห์ แยกแยะ โดยใช้กิจกรรมการเล่นที่ใช้การทำงานประสานกันระหว่างสายตากับกล้ามเนื้อเล็ก สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development [R & D]) ประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ปกครอง ระยะที่ 2 พัฒนาชุดการเรียนรู้ที่บ้านเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา และสมาธิในเด็กปฐมวัย ระยะที่ 3 ทดลองใช้ชุดการเรียนรู้ที่บ้าน ระยะที่ 4 ปรับปรุงชุดการเรียนรู้ที่บ้าน และระยะที่ 5 ประเมินผลการใช้ชุดการเรียนรู้ที่บ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ประชากรเป็นผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยที่เข้าเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2564 โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นผู้ปกครองของเด็กอายุ 2-4 ปี ที่มีพัฒนาการปกติ จากการประเมินตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual [DSPM]) และไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นโดยจิตแพทย์ 2) สื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เลือกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 10 คน

ระยะที่ 3 และ 5 ประชากรเป็นกลุ่มผู้ปกครองและเด็กปฐมวัยที่เข้าเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2564 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างสำหรับผู้ปกครอง เช่นเดียวกับในระยะที่ 1 และมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างสำหรับเด็กปฐมวัย คือ 1) อายุ 2-4 ปี 2) มีพัฒนาการปกติ จากการประเมินตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และ 3) ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นโดยจิตแพทย์ ทั้งนี้ ระยะที่ 3 ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คู่ และระยะที่ 5 ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คู่

เครื่องมือการวิจัย

ระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่บ้าน ใช้สำหรับการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ปกครอง ประกอบด้วยแนวคำถามเกี่ยวกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ปกครองเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่บ้าน จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะ

คำถามเป็นแบบปลายเปิด

ระยะที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นชุดการเรียนรู้ที่บ้านเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา และสมาธิในเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในการศึกษาระยะที่ 2 ตามแนวคิดจากทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของเพียเจต์ (Piaget, 1963 as cited in Nizette & Barkway, 2020) ประกอบด้วยชุดการเรียนรู้ที่บ้าน 5 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 ภาพตัดต่อรูปสัตว์ ชุดที่ 2 สร้อยเชือกตัวเลข ชุดที่ 3 ปั้นดินน้ำมันตามจำนวนตัวเลข ชุดที่ 4 แบบฝึกหัดลีลามือ และชุดที่ 5 แบบฝึกหัดคณิตศาสตร์

ระยะที่ 5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

5.1 ชุดการเรียนรู้ที่บ้านเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา และสมาธิในเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในการศึกษาระยะที่ 2 และปรับปรุงในการศึกษาระยะที่ 4 ประกอบด้วยชุดการเรียนรู้ที่บ้าน 5 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 ภาพตัดต่อรูปสัตว์ ชุดที่ 2 สร้อยเชือกตัวเลข ชุดที่ 3 ปั้นดินน้ำมันตามจำนวนตัวเลข ชุดที่ 4 แบบฝึกหัดลีลามือ และชุดที่ 5 แบบฝึกหัดคณิตศาสตร์

5.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองและเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว และความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัย จำนวน 8 ข้อ และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กปฐมวัย ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ และอายุ จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

5.3 แบบประเมินพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ผู้วิจัยดัดแปลงจากคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ใช้สำหรับให้ผู้ปกครองประเมินเด็กที่บ้านตามเกณฑ์อายุเด็ก จำนวน 7 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 สำหรับเด็กอายุ 1 ปี 7 เดือน ถึง 2 ปี

ชุดที่ 2 สำหรับเด็กอายุ 2 ปี 1 เดือน ถึง 2 ปี 5 เดือน ชุดที่ 3 สำหรับเด็กอายุ 2 ปี 6 เดือน ชุดที่ 4 สำหรับเด็กอายุ 2 ปี 7 เดือน ถึง 3 ปี ชุดที่ 5 สำหรับเด็กอายุ 3 ปี 1 เดือน ถึง 3 ปี 5 เดือน ชุดที่ 6 สำหรับเด็กอายุ 3 ปี 6 เดือน และชุดที่ 7 สำหรับเด็กอายุ 3 ปี 7 เดือน ถึง 4 ปี จำนวนชุดละ 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 5-25 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนนคะแนนรวมต่ำ หมายถึง เด็กมีพัฒนาการในระดับน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง เด็กมีพัฒนาการในระดับมาก

5.4 แบบประเมินสมาธิในเด็ก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ใช้สำหรับให้ผู้ปกครองประเมินเด็กที่บ้าน จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อความทางบวก จำนวน 6 ข้อ และข้อความทางลบ จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด สำหรับการแปลผลคะแนน ในข้อความทางบวก คะแนนต่ำ หมายถึง มีสมาธิน้อย และคะแนนสูง หมายถึง มีสมาธิมาก ส่วนในข้อความทางลบ คะแนนต่ำ หมายถึง มีสมาธิมาก และคะแนนสูง หมายถึง มีสมาธิน้อย

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำชุดการเรียนรู้ที่บ้านเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา และสมาธิในเด็กปฐมวัย แบบประเมินพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา และแบบประเมินสมาธิในเด็ก ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยนักกิจกรรมบำบัดเด็ก พยาบาลเฉพาะทางด้านนฤบาลพัฒนาการเด็ก และครูปฐมวัย ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .91, .93 และ .80 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบประเมินพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา และแบบประเมินสมาธิในเด็ก ไปทดลองใช้กับคู่มือผู้ปกครองและเด็กปฐมวัยที่เข้าเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาล

พระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2564 ที่มีคุณสมบัติ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 5 จำนวน 10 คู่ หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่า เท่ากับ .88 และ .74 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัด จันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 06/02 วันที่ 20 สิงหาคม 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอน การวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัว จากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษา เป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดย จะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (R1) ดำเนินการในเดือนกันยายน 2564 โดยผู้วิจัยศึกษาปัญหาและความต้องการของ ผู้ปกครอง และข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้ ที่บ้านเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยผู้วิจัยพบ กลุ่มตัวอย่าง (10 คน) ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ทำการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยใช้เวลาคนละ 30-45 นาที

ระยะที่ 2 (D1) ดำเนินการในเดือนตุลาคม 2564 โดยผู้วิจัยพัฒนาชุดการเรียนรู้ที่บ้านเพื่อส่งเสริม พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา และ สมาธิในเด็กปฐมวัย โดยนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มาจัดทำชุดการเรียนรู้ ที่บ้านเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและ สติปัญญา และสมาธิในเด็กปฐมวัย โดยใช้แนวคิดจาก ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของเพียเจต์ (Piaget, 1963 as cited in Nizette & Barkway, 2020) ที่กล่าวว่า พัฒนาการด้านความคิดและสติปัญญาของ

เด็กมีองค์ประกอบที่เป็นพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม และการเรียนรู้ของเด็กเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของเด็ก กับสิ่งแวดล้อม โดยชุดการเรียนรู้ที่บ้านประกอบด้วย คำแนะนำการใช้งาน แบบฝึกหัด วิดีโอสื่อการสอน สำหรับผู้ปกครอง ตลอดจนอุปกรณ์ประกอบการสอน ที่อยู่ในรูปของเล่น จากนั้นผู้วิจัยนำชุดการเรียนรู้ที่บ้าน ที่จัดทำขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน (ดัง รายละเอียดในส่วนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ดำเนินการปรับปรุงตาม คำแนะนำ จนได้ชุดการเรียนรู้ที่บ้านที่สมบูรณ์ขึ้น

ระยะที่ 3 (R2) ดำเนินการในเดือนพฤศจิกายน 2564 โดยผู้วิจัยทดลองใช้ชุดการเรียนรู้ที่บ้านเพื่อ ส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา และสมาธิในเด็กปฐมวัย กับผู้ปกครองและเด็กปฐมวัย จำนวน 10 คู่ โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการ พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์ สิทธิ จากนั้นอธิบายผู้ปกครองเกี่ยวกับคำแนะนำ การใช้งาน ส่วนประกอบต่างๆ รวมทั้งอุปกรณ์ประกอบ การสอน และให้ผู้ปกครองนำชุดการเรียนรู้ที่บ้านทั้ง 5 ชุด (ภาพตัดต่อรูปสัตว์ สื่อร้อยเชือกตัวเลข ปั้นดินน้ำมัน ตามจำนวนตัวเลข แบบฝึกหัดลีลามือ และแบบฝึกหัด คณิตศาสตร์) ไปใช้กับเด็กเป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยสอน เด็กให้ทำกิจกรรมสัปดาห์ละอย่างน้อย 3 วัน ให้เล่น หรือทำกิจกรรมร่วมกับเด็กอย่างน้อยวันละ 30 นาที โดยให้ผู้ปกครองเรียงลำดับกิจกรรมตามความเหมาะสม และหลังจากทำกิจกรรมแล้วให้เด็กติดสติเกอร์ในสมุด บันทึกลง จากนั้นผู้วิจัยสอบถามผู้ปกครองถึงความเป็นไปได้ ในการใช้ชุดการเรียนรู้ที่บ้าน

ระยะที่ 4 (D2) ดำเนินการในเดือนธันวาคม 2564 โดยผู้วิจัยปรับปรุงชุดการเรียนรู้ที่บ้านเพื่อส่งเสริม พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา และสมาธิ ในเด็กปฐมวัย โดยเพิ่มเติมรายละเอียดตามข้อเสนอแนะ ของกลุ่มทดลองใช้ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ครู ปฐมวัย และอาจารย์พยาบาลเด็ก โดยเพิ่มเติมในชุด การเรียนรู้ที่บ้านชุดที่ 1 (ภาพตัดต่อรูปสัตว์) เพื่อให้

เด็กได้ฝึกทักษะการวิเคราะห์แยกแยะจากภาพที่เห็น
เพิ่มมากขึ้น

ระยะที่ 5 (R3) ดำเนินการในเดือนมกราคม
2565 โดยผู้วิจัยประเมินผลการใช้ชุดการเรียนรู้ที่บ้าน
เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา
และสมาธิในเด็กปฐมวัย กับผู้ปกครองและเด็กปฐมวัย
จำนวน 30 คู่ โดยดำเนินการดังนี้

5.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการพิทักษ์
สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ
ให้ผู้ปกครองตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้
ปกครองและเด็ก แบบประเมินพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อ
เล็กและสติปัญญา และแบบประเมินสมาธิในเด็ก
ก่อนการใช้ชุดการเรียนรู้ที่บ้าน (pre-test) โดยใช้เวลา
ประมาณ 20 นาที

5.2 ผู้วิจัยอธิบายผู้ปกครองเกี่ยวกับคำแนะนำ
การใช้งานชุดการเรียนรู้ที่บ้าน ส่วนประกอบต่างๆ รวมทั้ง
อุปกรณ์ประกอบการสอน และให้ผู้ปกครองนำชุด
การเรียนรู้ที่บ้านทั้ง 5 ชุด (ภาพตัดต่อรูปสัตว์ สื่อร้อย
เชือกตัวเลข บันไดน้ำมันตามจำนวนตัวเลข แบบฝึกหัด
ลีลามือ และแบบฝึกหัดคณิตศาสตร์) ไปใช้กับเด็กเป็น
เวลา 4 สัปดาห์ โดยสอนเด็กให้ทำกิจกรรมสัปดาห์ละ
อย่างน้อย 3 วัน ให้เล่นหรือทำกิจกรรมร่วมกับเด็ก
อย่างน้อยวันละ 30 นาที โดยให้ผู้ปกครองเรียงลำดับ
กิจกรรมตามความเหมาะสม และหลังจากทำกิจกรรม
แล้วให้เด็กติดสติ๊กเกอร์ในสมุดบันทึก

5.3 ผู้วิจัยให้ผู้ปกครองตอบแบบประเมิน
พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา และ
แบบประเมินสมาธิในเด็ก หลังการใช้ชุดการเรียนรู้
ที่บ้าน (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้
ปกครองและเด็ก วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบ
พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา และ
สมาธิของเด็กปฐมวัย ระหว่างก่อนกับหลังการใช้ชุด
การเรียนรู้ที่บ้าน วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test

ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การสรุปประเด็น และวิเคราะห์
ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

1. การศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ปกครอง
พบว่า ผู้ปกครองจำนวน 8 คน (คิดเป็นร้อยละ 80)
มีปัญหาเรื่องการใช้หน้าจอของเด็กที่เพิ่มขึ้น และสมาธิ
ความจดจ่อของเด็กลดลง จากการที่เด็กใช้เวลาอยู่ที่หน้า
จอคอมพิวเตอร์/โทรศัพท์มือถือ/แท็บเล็ตเพิ่มมากขึ้น
ส่วนความต้องการของผู้ปกครองประกอบด้วย 2 ประเด็น
หลัก คือ 1) ความต้องการลดระยะเวลาการใช้หน้าจอ
ของเด็ก และ 2) ความต้องการส่งเสริมพัฒนาการ
ด้านต่างๆ ระหว่างที่เด็กอยู่ที่บ้าน เช่น ของเล่นส่งเสริม
พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา

2. การพัฒนาชุดการเรียนรู้ที่บ้านเพื่อส่งเสริม
พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา และ
สมาธิในเด็กปฐมวัย พบว่า ชุดการเรียนรู้ที่บ้านเพื่อ
ส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา
และสมาธิในเด็กปฐมวัย ที่พัฒนาขึ้นจากผลการศึกษา
ในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มี 5 ชุด
ได้แก่ ชุดที่ 1 ภาพตัดต่อรูปสัตว์ ชุดที่ 2 สื่อร้อยเชือก
ตัวเลข ชุดที่ 3 บันไดน้ำมันตามจำนวนตัวเลข ชุดที่ 4
แบบฝึกหัดลีลามือ และชุดที่ 5 แบบฝึกหัดคณิตศาสตร์
โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ กิจกรรมส่งเสริมการใช้
กล้ามเนื้อเล็ก เช่น การลากเส้น การขีดเขียน การตัดปะ
การปั้น การร้อยลูกปัด ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยเพิ่ม
ความสามารถในการบังคับการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ
แขน มือ และนิ้วมือ ในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยมิ
การทำงานประสานกันระหว่างสายตากับมือ ซึ่งจะช่วย
ในการเชื่อมโยงของเซลล์ประสาท กระตุ้นการทำงานของ
สมอง ทั้งนี้ ผู้ปกครองนำชุดการเรียนรู้ที่บ้านทั้ง
5 ชุด ไปใช้กับเด็กเป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยสอนเด็ก
ให้ทำกิจกรรมสัปดาห์ละอย่างน้อย 3 วัน และผู้ปกครอง
ได้เล่นหรือทำกิจกรรมร่วมกับเด็กอย่างน้อยวันละ
30 นาที

3. ผลการทดลองใช้ชุดการเรียนรู้ที่บ้านเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา และสมาธิในเด็กปฐมวัย พบว่า คู่ผู้ปกครองและเด็กปฐมวัยทั้ง 10 คู่ (คิดเป็นร้อยละ 100) สามารถใช้ชุดการเรียนรู้ที่บ้านเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา และสมาธิในเด็กปฐมวัยได้ และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในชุดการเรียนรู้ที่บ้านชุดที่ 1

4. ผลการปรับปรุงชุดการเรียนรู้ที่บ้านเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา และสมาธิในเด็กปฐมวัย พบว่า ผู้วิจัยมีการปรับปรุงชุดการเรียนรู้ที่บ้านตามข้อเสนอแนะของกลุ่มทดลองใช้และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ครูปฐมวัย และอาจารย์พยาบาลเด็ก โดยในชุดการเรียนรู้ที่บ้านชุดที่ 1 (ภาพตัดต่อรูปสัตว์) มีการเพิ่มจำนวนภาพสัตว์เป็นทั้งหมด 3 ภาพ เพื่อให้เด็กได้ฝึกทักษะการวิเคราะห์แยกแยะจากภาพที่เห็นเพิ่มมากขึ้น

5. ประสิทธิภาพของชุดการเรียนรู้ที่บ้านเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา และสมาธิในเด็กปฐมวัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ($n = 30$) พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ

96.67 มีอายุอยู่ในช่วง 31-35 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.33 โดยมีอายุเฉลี่ย 33.57 ปี ($SD = 3.65$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 70 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 90 มีอาชีพรับราชการ และธุรกิจส่วนตัว มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.67 เท่ากัน มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 30,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.66 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.66 และส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยโดยเป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 93.34

ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กปฐมวัย ($n = 30$) พบว่า เด็กปฐมวัยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.67 และมีอายุอยู่ในช่วง 3 ปี 1 เดือน ถึง 3 ปี 6 เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.33

5.1 การเปรียบเทียบพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญาของเด็กปฐมวัย ระหว่างก่อนกับหลังการใช้ชุดการเรียนรู้ที่บ้าน พบว่า หลังการใช้ชุดการเรียนรู้ที่บ้านแต่ละชุด เด็กปฐมวัยมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญาสูงกว่าก่อนการใช้ชุดการเรียนรู้ที่บ้านแต่ละชุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญาของเด็กปฐมวัย ระหว่างก่อนกับหลังการใช้ชุดการเรียนรู้ที่บ้านแต่ละชุด ($n = 30$)

พัฒนาการด้าน กล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา	ก่อนการใช้ชุดการเรียนรู้		หลังการใช้ชุดการเรียนรู้		t	p
	M	SD	M	SD		
ภาพตัดต่อรูปสัตว์	3.23	.97	4.70	.47	8.254	< .001
สื่อร้อยเชือกตัวเลข	2.30	1.00	3.86	.82	8.527	< .001
ปั้นดินน้ำมันตามจำนวนตัวเลข	2.66	.85	4.23	.89	9.997	< .001
แบบฝึกหัดกลีลามือ	2.43	.72	3.66	.84	9.280	< .001
แบบฝึกหัดคณิตศาสตร์	2.36	.66	3.56	1.13	9.293	< .001

5.2 การเปรียบเทียบสมาธิของเด็กปฐมวัย ระหว่างก่อนกับหลังการใช้ชุดการเรียนรู้ที่บ้าน พบว่า หลังการใช้ชุดการเรียนรู้ที่บ้าน เด็กปฐมวัยมีสมาธิรายชื่อ

มากกว่าก่อนการใช้ชุดการเรียนรู้ที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบสมาธิรายชื่อของเด็กปฐมวัย ระหว่างก่อนกับหลังการใช้ชุดการเรียนรู้ที่บ้าน (n = 30)

สมาธิ	ก่อนการใช้ชุดการเรียนรู้		หลังการใช้ชุดการเรียนรู้		t	p
	M	SD	M	SD		
1. จดจ่อกับการทำกิจกรรมได้นาน	3.03	.88	4.16	.70	10.870	< .001
2. ฟังคำพูดของผู้ปกครองอย่างตั้งใจ	2.80	.76	3.70	.79	9.000	< .001
3. รู้จักการรอคอย	2.57	.82	3.47	.73	6.500	< .001
4. มีความมุ่งมั่นตั้งใจ	3.00	.83	4.10	.71	9.100	< .001
5. มีความอดทนในการทำกิจกรรมจนสำเร็จ	2.93	.74	4.13	.86	9.200	< .001
6. ลงมือทำกิจกรรมด้วยตนเองอย่างตั้งใจโดยไม่ต้องกระตุ้นบ่อย ๆ	2.73	.74	3.80	.85	10.020	< .001
7. นั่งไม่นิ่ง ไม่อยู่กับที่	3.80	.96	2.67	.84	7.580	< .001
8. ต้องเรียกหรือกระตุ้นบ่อย ๆ	3.70	1.12	2.57	.86	7.580	< .001
9. วอกแวกจากสิ่งเร้าต่างๆ	3.50	1.07	2.50	.82	6.960	< .001
10. มักจะเหม่อ ใจลอย	3.80	1.29	2.97	1.21	5.470	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ชุดการเรียนรู้ที่บ้านเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา และสมาธิในเด็กปฐมวัย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดจากทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของเพียเจต์ (Piaget, 1963 as cited in Nizette & Barkway, 2020) ที่กล่าวว่า พัฒนาการด้านความคิดและสติปัญญาของเด็กมีองค์ประกอบที่เป็นพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม และการเรียนรู้ของเด็กเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของเด็กกับสิ่งแวดล้อม ร่วมกับข้อเสนอแนะของผู้ปกครอง ผู้มีส่วน

เกี่ยวข้อง ผู้ทรงคุณวุฒิ และจากการทบทวนวรรณกรรม ทำให้ได้ชุดการเรียนรู้ที่บ้าน จำนวน 5 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 ภาพตัดต่อรูปสัตว์ ชุดที่ 2 สื่อร้อยเชือกตัวเลข ชุดที่ 3 บันทึบน้ำมันตามจำนวนตัวเลข ชุดที่ 4 แบบฝึกหัดลีลามือ และชุดที่ 5 แบบฝึกหัดคณิตศาสตร์ ซึ่งรูปแบบของกิจกรรมในชุดการเรียนรู้ที่บ้านที่พัฒนาขึ้น เด็กได้มีการเคลื่อนไหวในการหยิบจับสิ่งของต่างๆ เพิ่มการใช้กล้ามเนื้อเล็ก ได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ รอบตัวด้วยตนเอง และได้เรียนรู้ที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นโดยเฉพาะผู้ปกครอง (Harbourne & Berger, 2019) โดยเด็กได้เล่นหรือทำกิจกรรมร่วมกับผู้ปกครองทุกวัน ซึ่งการเล่นมีส่วนสำคัญในการพัฒนาทางสติปัญญาของ

เด็ก โดยการเล่นจะเริ่มจากการใช้ประสาทสัมผัส ซึ่งเด็กจะมีพฤติกรรมในการสำรวจ จับต้องวัตถุ ได้ฝึกการสังเกต ทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ และค้นพบวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเอง (Klupp et al., 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของ Webster, Martin, and Staiano (2019) ที่กล่าวว่า การเล่นมีความสำคัญอย่างมากสำหรับเด็กอายุ 2 ปี เนื่องจากเด็กจะมีการพัฒนาทักษะทางสติปัญญาได้จากการลงมือทำ ผ่านประสาทสัมผัสต่าง ๆ โดยเด็กจะเชื่อมโยงการกระทำในครั้งแรก และคาดเดาการกระทำที่จะเกิดขึ้นในครั้งต่อไป การเล่นซ้ำ ๆ ช่วยให้เด็กเรียนรู้ว่าการกระทำในลักษณะเดียวกันจะให้ผลที่เหมือนกัน จึงช่วยส่งเสริมให้เด็กเกิดความมั่นใจในการใช้ทักษะทางร่างกาย เช่น การร้อยเชือก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ทักษะการเคลื่อนไหวมือที่ดี เช่น การเขียน การวาดภาพ การต่อบล็อก การต่อรูปภาพ มีส่วนอย่างมากต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ทักษะการอ่าน และทักษะทางคณิตศาสตร์ในเด็กปฐมวัย และเด็กระดับอนุบาล (Al-Thani, 2022) และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การเล่นภาพตัดต่อช่วยให้เด็กได้ฝึกการทำงานประสานกันระหว่างสายตากับมือและการจดจำ (Fissler et al., 2018) นอกจากนี้ ชุดการเรียนรู้ที่บ้านที่พัฒนาขึ้นยังมีคำแนะนำการใช้งานแบบฝึกหัด วิดีโอสื่อการสอนสำหรับผู้ปกครอง ตลอดจนอุปกรณ์ประกอบการสอนที่อยู่ในรูปของเล่น จึงนับว่ามีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา และสมาธิของเด็กปฐมวัยได้จริง ซึ่งกระบวนการพัฒนาชุดการเรียนรู้ที่บ้านในการวิจัยครั้งนี้ เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในขั้นตอนต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของสวัสดิ์อรรถวิชัยหลวง (2556) ที่พบว่า การส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มปฐมวัยทั้งที่บ้านและสถานศึกษา การให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมรับรู้และมีส่วนร่วมมีความสำคัญมาก

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้ชุดการเรียนรู้ที่บ้านเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา และสมาธิในเด็กปฐมวัยแต่ละชุด เด็กปฐมวัยมีคะแนน

เฉลี่ยพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา สูงกว่าก่อนการใช้ชุดการเรียนรู้ที่บ้านแต่ละชุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการใช้ชุดการเรียนรู้ที่บ้าน เด็กปฐมวัยมีสมาธิรายชื่อมากกว่าก่อนการใช้ชุดการเรียนรู้ที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเด็กทุกช่วงอายุสามารถนำภาพสัตว์ 4 ชิ้น มาต่อกันได้ถูกต้อง จับกระดาษและร้อยเชือกตามรูบนกระดาษได้เอง ปั้นดินน้ำมันเป็นลักษณะกลมได้ตามจำนวนตัวเลข จับดินสอขีดเขียนตามแบบได้ และสามารถทำแบบฝึกหัดคณิตศาสตร์ได้ถูกต้อง สะท้อนให้เห็นว่าชุดการเรียนรู้ที่บ้านที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีคุณภาพ สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา และสมาธิในเด็กปฐมวัยได้ ซึ่งเด็กในช่วงอายุ 2-5 ปี ถือเป็นวัยทองของพัฒนาการ หากเด็กได้รับการส่งเสริมอย่างถูกต้องและเพียงพอตั้งแต่ที่บ้าน จะทำให้การเรียนรู้ของเด็กพัฒนาไปได้อย่างรวดเร็ว (Nizette & Barkway, 2020) ในการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า เด็กแต่ละช่วงอายุสามารถทำกิจกรรมได้เพิ่มมากขึ้น โดยชุดการเรียนรู้ที่บ้านที่พัฒนาขึ้นช่วยให้เด็กได้ลงมือทำ และสัมผัสจับต้องชุดกิจกรรม ทำให้ได้เรียนรู้ทักษะการคิด การวางแผน และการสังเกต ซึ่งการที่เด็กได้ฝึกการสังเกตทำให้ได้รับประสบการณ์ตรงจากการกระทำ รู้จักแยกแยะสิ่งที่พบเห็น จึงเกิดการเรียนรู้ผ่านการจัดประสบการณ์ ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญาที่สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวิจิตรตา โปะสง และสุพัตรา ฟ้าก่อน (2564) ที่พบว่า เด็กปฐมวัยที่เรียนรู้ผ่านสื่อการเรียนรู้ที่เด็กได้ลงมือปฏิบัติผ่านกิจกรรมที่สัมผัสจับต้องได้จริงอย่างหลากหลายรูปแบบ มีพัฒนาการทางสติปัญญาหลังการใช้สื่อสูงขึ้นกว่าก่อนการใช้สื่อ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการที่กล่าวว่า การเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยควรเป็นในลักษณะรูปธรรมมากกว่านามธรรม การให้เด็กได้เห็นหรือได้สัมผัสจะทำให้เด็กเข้าใจได้มากกว่าการอธิบายความหมายต่าง ๆ ที่เป็นลักษณะนามธรรม (Freud, 1856 อ้างถึงในนุจรินทร์ บุคตา,

สมชาย วรกิจเกษมสกุล, และพงษ์ศักดิ์ ศรีจันทร์, 2563) และสอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของเพียเจต์ที่กล่าวว่า การเกิดพัฒนาการทางสติปัญญาเป็นผลเนื่องจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ทำให้เด็กเกิดความคิดเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่เป็นรูปธรรมและพัฒนาไปจนสามารถคิดในสิ่งที่เป็นนามธรรมได้ (Piaget, 1963 as cited in Nizette & Barkway, 2020) นอกจากนี้ ชุดการเรียนรู้ที่บ้านที่พัฒนาขึ้นทั้ง 5 ชุด ยังใช้สื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับเด็กปฐมวัย เช่น ภาพตัดต่อรูปสัตว์ ดินน้ำมัน ทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้ และได้ฝึกใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญาไปพร้อมๆ กัน ดังการศึกษาของภักนันท์ ยอดสิงห์ (2560) ที่พบว่า สื่อการเรียนรู้เป็นตัวกลางในการถ่ายทอดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เด็กได้ฝึกกระบวนการพัฒนาทางสติปัญญา การสังเกต และการจดจำ เช่นเดียวกับการศึกษาของศูนย์ฝึกรบและแพทยศาสตร์ศึกษา ศูนย์อนามัยที่ 5 จังหวัดราชบุรี (2562) ที่พบว่า เด็กอายุ 3-5 ปี ที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยสื่อการเรียนรู้ส่งเสริมพัฒนาการ มีพัฒนาการด้านการคิด และสติปัญญาดีกว่าเด็กที่ไม่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ สำหรับเรื่องสมาธิของเด็กนั้น จากการศึกษาในแวดลอมรอบตัวเด็กในปัจจุบันมีสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจของเด็กมากมายและพร้อมที่จะดึงความสนใจของเด็กให้เปลี่ยนไปมาได้ตลอดเวลา ส่งผลให้เกิดปัญหาการเรียนรู้ที่ขาดสมาธิหรือความจดจ่อตั้งใจที่ทำให้เรียนรู้ได้ไม่เต็มที่ (วลินิ เวทวิชานันท์ และวาระติ ชาญวิรัตน์, 2562) โดยการศึกษาครั้งนี้ได้พัฒนาชุดการเรียนรู้ที่บ้าน เพื่อให้เด็กได้จดจ่อกับการทำกิจกรรมได้นาน ช่วยส่งเสริมสมาธิในเด็ก ซึ่งการให้เด็กได้เรียนรู้ผ่านเครื่องมือต่างๆ ช่วยให้ปัญหาด้านการเรียนรู้ของเด็กลดน้อยลง เด็กมีความจดจ่อตั้งใจ มีสมาธิในการเรียนหรือการทำกิจกรรมได้ยาวนานมากขึ้น (สุชาสินี จันทนา, 2558) เมื่อผู้ปกครองได้ใช้ชุดการเรียนรู้ที่บ้านที่ประกอบด้วยกิจกรรมการต่อภาพตัดต่อรูปสัตว์ การร้อยเชือกตัวเลข การปั้นดินน้ำมันตามจำนวนตัวเลข การทำแบบฝึกหัด

ลีลามือ และการทำแบบฝึกหัดคณิตศาสตร์ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า เด็กมีพฤติกรรมการจดจ่อมากขึ้น เช่น มีความมุ่งมั่นตั้งใจ มีความอดทนในการทำกิจกรรมจนสำเร็จ ลงมือทำกิจกรรมด้วยตนเองอย่างตั้งใจโดยไม่ต้องกระตุ้นบ่อยๆ นั่งนิ่ง อยู่กับที่มากขึ้น ไม่ต้องเรียกหรือกระตุ้นบ่อยๆ วอกแวกจากสิ่งเข้าต่างๆ ลดลง และเหม่อ ใจลอยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การจัดกิจกรรมการเล่นโดยใช้จิ๊กซอว์ภาพตัดต่อ เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้เด็กมีสมาธิในช่วงระยะเวลาที่กำหนด (ชัตติยา ยืนยง และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2562)

จากการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า ชุดการเรียนรู้ที่บ้าน สำหรับเด็กปฐมวัยสามารถส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา และสมาธิในเด็กปฐมวัย ได้จริง สอดคล้องกับทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการที่กล่าวว่า ช่วง 3 ปีแรกของชีวิต เป็นช่วงสำคัญในการกระตุ้นพัฒนาการ เนื่องจากเป็นช่วงเวลาแห่งการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในพัฒนาการด้านต่างๆ จากการศึกษาพบว่าการส่งเสริมพัฒนาการโดยการสร้างสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่บ้านมีผลบวกต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ในหลายด้าน (Lehrl et al., 2020b) เช่นเดียวกับ การศึกษาของ Li, Wu, and Liu (2022) ที่ศึกษาในกลุ่มพ่อแม่และเด็กปฐมวัย จำนวน 326 คู่ พบว่า สภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่บ้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพัฒนาการด้านภาษาและพัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Soto-Calvo et al. (2020) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ปกครองและเด็กปฐมวัย จำนวน 274 คู่ พบว่า การที่เด็กปฐมวัยมีประสบการณ์การเรียนรู้ที่บ้านสามารถทำนายพัฒนาการด้านภาษาและความสามารถทางปัญญาที่หลากหลาย นอกจากนี้ การที่เด็กปฐมวัยได้ทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับผู้ปกครองในบ้าน เช่น การฟังนิทาน การเล่นของเล่นร่วมกัน การร้องเพลง ยังเป็นตัวทำนายพัฒนาการด้านสติปัญญาได้ดีกว่าเด็กที่ไม่ได้ทำกิจกรรมร่วมกับผู้ปกครองในบ้าน (Sk & Banerjee, 2021) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ชุดการเรียนรู้ที่บ้านเกือบทุกชุดช่วยให้เด็กเกิดสมาธิ โดยเฉพาะชุด

การเรียนรู้ที่บ้านชุดที่ 2 (สื่อร้อยเชือกตัวเลข) ที่นอกจากจะช่วยเรื่องการทำงานประสานกันระหว่างสายตากับมือแล้ว ยังช่วยให้เด็กมีความมุ่งมั่นตั้งใจและมีความอดทน จึงจะสามารถร้อยเชือกได้สำเร็จ ดังนั้น หากเด็กได้ลงมือทำกิจกรรมนี้จนสำเร็จ แสดงว่าเด็กได้ผ่านกระบวนการของการเพิ่มความจดจ่อและมีสมาธิ (Vermeire, 2021) การวิจัยครั้งนี้และที่ผ่านมามีความสอดคล้องกันเกี่ยวกับความสำคัญและประโยชน์ของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่บ้าน การสร้างสิ่งแวดล้อม และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับเด็กผ่านสื่อการเรียนรู้ที่เด็กได้สัมผัสจับต้อง ทำให้เด็กได้คิด สังเกต และมีสมาธิจดจ่อกับการทำกิจกรรมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
ครูปฐมวัยควรนำชุดการเรียนรู้ที่บ้านนี้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา และสมาธิในเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอื่นๆ
2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป
 - 2.1 ควรมีการติดตามผลลัพธ์และพัฒนาอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เช่น หลังเสร็จสิ้นการทดลอง 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อประเมินความคงทนของความสามารถในการจดจ่อตั้งใจทำกิจกรรมของเด็ก
 - 2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้ชุดการเรียนรู้ที่บ้านในการวิจัยครั้งนี้กับชุดการเรียนรู้รูปแบบอื่น ต่อพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา และสมาธิในเด็กปฐมวัย โดยจัดให้มีกลุ่มควบคุมด้วย
 - 2.3 ควรมีการพัฒนาชุดการเรียนรู้ที่บ้านเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านอื่นๆ ในเด็กปฐมวัย เช่น พัฒนาการด้านภาษา พัฒนาการด้านสังคมและอารมณ์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า

จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก สำหรับการส่งเสริมและสนับสนุนทุนการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- ชัตติยา ยืนยง, และจินตนา ยูนิพันธุ์. (2562). ผลของการเล่นบำบัดต่ออาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี. *วารสารแพทยนาวิ*, 46(2), 429-441.
- นุจรินทร์ บุคดา, สมชาย วรภิเกษมสกุล, และพงษ์ศักดิ์ ศรีจันทร์. (2563). ผลของการจัดประสบการณ์แบบโครงการเสริมด้วยเกมการศึกษาที่มีต่อทักษะกระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความรับผิดชอบของเด็กปฐมวัย. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี*, 8(2), 104-117.
- บุญเลี้ยง ทุมทอง. (2565). โรคสมาธิสั้น: บทบาทครูมืออาชีพในการช่วยเหลือในโรงเรียน. *วารสารวิชาการบัณฑิตวิทยาลัยสวนดุสิต*, 18(2), 227-240.
- กัณนัท ยอดสิงห์. (2560). *การออกแบบสื่อการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมทักษะด้านความสามารถทางภาษาอังกฤษของเด็กอายุ 3-6 ปี* (ศิลปนิพนธ์ปริญญาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- วลีฉวี เวทย์วิชานันท์, และวาระดี ชาญวิรัตน์. (2562). การใช้ชุดกิจกรรมศิลปะพัฒนาความสามารถในการจดจ่อตั้งใจทำงานของเด็กบกพร่องทางการเรียนรู้ที่มีภาวะสมาธิสั้น. *วารสารราชพฤกษ์*, 17(2), 88-94.
- วิจิตรา โป๊ะสง, และสุพัตรา พิภอ่อน. (2564). การพัฒนาสื่อโดยใช้กิจกรรมกระตุ้นพัฒนาการเป็นฐานสำหรับเด็กปฐมวัย. *วารสารการวัดผลการศึกษา*, 38(103), 195-204.
- ศูนย์ฝึกอบรมและแพทยศาสตรศึกษา ศูนย์อนามัยที่ 5 จังหวัดราชบุรี. (2562). *ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี* (รายงานผลการวิจัย). ราชบุรี: ผู้แต่ง.

- สวัสดิ์ออร์ วงศ์ข้าหลวง. (2556). *ศึกษาความต้องการของผู้ปกครองในการจัดประสบการณ์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของสถานพัฒนาเด็กเอกชนในอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุธาสินี จันทนา. (2558). *การพัฒนาความพร้อมด้านคณิตศาสตร์ด้วยกิจกรรมศิลปะสร้างสรรค์สำหรับนักเรียน ชั้นอนุบาลปีที่ 2* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- อริษฐาน พูลศิลป์ศักดิ์กุล. (2556). กระตุ้นกล้ามเนื้อเด็กเสริมสร้างสติปัญญา. *นิตยสารบันทึกคุณแม่*, 9(118), 110–114.
- Al-Thani, T. (2022). The relationship between physical education and cognitive development of preschool children. *Journal of Educational and Developmental Psychology*, 12(2), 83–93. doi:10.5539/jedp.v12n2p83
- Fissler, P., Küster, O. C., Laptinskaya, D., Loy, L. S., von Arnim, C. A. F., & Kolassa, I. T. (2018). Jigsaw puzzling taps multiple cognitive abilities and is a potential protective factor for cognitive aging. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 10, 1–11. doi:10.3389/fnagi.2018.00299
- Guarino, K. F., Wakefield, E. M., Morrison, R. G., & Richland, L. E. (2021). Exploring how visual attention, inhibitory control, and co-speech gesture instruction contribute to children's analogical reasoning ability. *Cognitive Development*, 58, 101040. doi:10.1016/j.cogdev.2021.101040
- Haleemunnissa, S., Didel, S., Swami, M. K., Singh, K., & Vyas, V. (2021). Children and COVID19: Understanding impact on the growth trajectory of an evolving generation. *Children and Youth Services Review*, 120, 105754. doi:10.1016/j.childyouth.2020.105754
- Harbourne, R. T., & Berger, S. E. (2019). Embodied cognition in practice: Exploring effects of a motor-based problem-solving intervention. *Physical Therapy*, 99(6), 786–796. doi:10.1093/ptj/pzz031
- Klupp, S., Möhring, W., Lemola, S., & Grob, A. (2021). Relations between fine motor skills and intelligence in typically developing children and children with attention deficit hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 110, 103855. doi:10.1016/j.ridd.2021.103855
- Kumar, M., & Behera, B. (2022). Influence of home environment on children's foundational literacy and numeracy skills: A systematic synthesis with India in focus. *Asian Journal for Mathematics Education*, 1(3), 359–380. doi:10.1177/27527263221129366
- Lehrl, S., Ebert, S., Blaurock, S., Rossbach, H. G., & Weinert, S. (2020a). Long-term and domain-specific relations between the early years home learning environment and students' academic outcomes in secondary school. *School Effectiveness and School Improvement*, 31(1), 102–124. doi:10.1080/09243453.2019.1618346

- Lehrl, S., Evangelou, M., & Sammons, P. (2020b). The home learning environment and its role in shaping children's educational development. *School Effectiveness and School Improvement*, *31*(1), 1–6. doi:10.1080/09243453.2020.1693487
- Li, X., Wu, X., & Liu, Q. (2022). Children with low effortful control benefit in high-quality home learning environment: Evidence from China. *Journal of Family Psychology*, *36*(6), 1021–1029. doi:10.1037/fam0000999
- Niklas, F., Cohrssen, C., & Tayler, C. (2016). Improving preschoolers' numerical abilities by enhancing the home numeracy environment. *Early Education and Development*, *27*(3), 372–383. doi:10.1080/10409289.2015.1076676
- Niklas, F., & Schneider, W. (2017). Home learning environment and development of child competencies from kindergarten until the end of elementary school. *Contemporary Educational Psychology*, *49*, 263–274. doi:10.1016/j.cedpsych.2017.03.006
- Nizette, D., & Barkway, P. (2020). Mental health theory and influence across the lifespan. In K. Evans, D. Nizette, & A. O'Brien (Eds.), *Psychiatric and mental health nursing in the UK* (pp. 105–127). Chatswood: Elsevier.
- Oppermann, E., Anders, Y., & Hachfeld, A. (2016). The influence of preschool teachers' content knowledge and mathematical ability beliefs on their sensitivity to mathematics in children's play. *Teaching and Teacher Education*, *58*, 174–184. doi:10.1016/j.tate.2016.05.004
- Osei, A. M., Liang, Q. J., Natalia, I., & Stephen, M. A. (2016). The use of pre-reading activities in reading skills achievement in preschool education. *European Journal of Educational Research*, *5*(1), 35–42. doi:10.12973/eu-jer.5.1.35
- Sk, R., & Banerjee, A. (2021). Measuring the child's home learning environment and its associated factors in Malda: A micro-level study in India. *Children and Youth Services Review*, *125*(4), 105984. doi:10.1016/j.childyouth.2021.105984
- Soto-Calvo, E., Simmons, F. R., Adams, A. M., Francis, H. N., Patel, H., & Giofrè, D. (2020). Identifying the preschool home learning experiences that predict early number skills: Evidence from a longitudinal study. *Early Childhood Research Quarterly*, *53*, 314–328. doi:10.1016/j.ecresq.2020.04.004
- Suarez-Lopez, J. R., Cairns, M. R., Sripada, K., Quiros-Alcala, L., Mielke, H. W., Eskenazi, B., ... Kordas, K. (2021). COVID-19 and children's health in the United States: Consideration of physical and social environments during the pandemic. *Environmental Research*, *197*, 111160. doi:10.1016/j.envres.2021.111160

Vermeire, K. (2021). *Improving attention to school tasks through movement play* (Doctoral dissertation). Santa Barbara, CA: Fielding Graduate University.

Webster, E. K., Martin, C. K., & Staiano, A. E. (2019). Fundamental motor skills, screen-time, and physical activity in preschoolers. *Journal of Sport and Health Science*, 8(2), 114–121. doi:10.1016/j.jshs.2018.11.006

การพัฒนาหุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อ และประสิทธิผล ของการใช้หุ่นจำลองต่อทักษะการปฏิบัติและความพึงพอใจ ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3

Developing a Vaccination Model for Intramuscular Injection and Its Effect upon Performance Skills and Satisfaction of Third-year Nursing Students

ปรียกมล รัชชกุล, ปร.ด. (การพยาบาล)¹

Pregamol Rutchanagul, Ph.D. (Nursing)¹

พัชรพร แก้ววิมล, ปร.ด. (การพยาบาล)²

Patcharaporn Kaewwimol, Ph.D. (Nursing)²

Received: December 8, 2020

Revised: November 30, 2022

Accepted: December 7, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของการใช้หุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อ ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาหุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อ และระยะที่ 2 การทดสอบประสิทธิผล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จำนวน 97 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 46 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 51 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย หุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อ แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการฝึกฉีดวัคซีนลงในหุ่นจำลอง มีค่าความเชื่อมั่น .80 และแบบประเมินคุณภาพหุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อ มีค่าความเชื่อมั่น .92 ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนสิงหาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ independent *t*-test

^{1,2} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

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

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: pregamol@nurse.tu.ac.th

ผลการวิจัยพบว่า 1) หุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อผลิตจากซิลิโคน มีสภาพโครงสร้างภายนอกสี ลักษณะผิวหนัง และน้ำหนักเสมือนทารกจริง สามารถใช้อธิบายลักษณะทางกายภาพขณะฉีดวัคซีนได้ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติการฝึกฉีดวัคซีนลงในหุ่นจำลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.811, p < .001$) และ 3) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อคุณภาพหุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อโดยรวมในระดับมากที่สุด ($M = 4.62, SD = .36$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า อาจารย์พยาบาลควรนำหุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนนี้ไปใช้เป็นสื่อการสอนในการเตรียมผู้เรียนให้มีทักษะการปฏิบัติการฉีดวัคซีนที่ถูกต้องก่อนขึ้นฝึกในรายวิชาภาคปฏิบัติ
คำสำคัญ: หุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีน การฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อ นักศึกษาพยาบาล ทักษะการปฏิบัติ ความพึงพอใจ

Abstract

This research and development aimed to develop and study the effect of a vaccination model for intramuscular injection. There were two phases including: 1) model development and validation; and 2) model evaluation. Samples consisted of 97 third-year nursing students who were studying at Faculty of Nursing, Thammasat University and were divided into the experimental group ($n = 46$) and the control group ($n = 51$). The research instruments included a vaccination model for intramuscular injection, a performance skill evaluation form with reliability of .80, and a vaccination model quality evaluation form with reliability of .92. The implementation and data collection were conducted from January to August 2019. Data were analyzed using mean, standard deviation, and independent t -test.

The research results revealed that 1) a vaccination model for intramuscular injection was developed from silicone. It was designed to imitate the human structure of an entire infant's body, skin color, texture, and body size. The developed model was found to facilitate vaccination practice; 2) after intervention, the experimental group had statistically significantly higher mean score of performance skill than that of the control group ($t = 6.811, p < .001$); and 3) the experimental group had the total mean score of satisfaction toward vaccination model quality at a very high level ($M = 4.62, SD = .36$).

This research suggests that nursing instructors should adopt this vaccination model for intramuscular injection as a media to promote preclinic vaccination practice achievement of students.

Keywords: Vaccination model, Intramuscular injection, Nursing students, Performance skills, Satisfaction

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน ประเทศไทยมีการยกระดับให้การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคทั้งหมดเป็นไปตามมาตรฐานหลักขององค์การอนามัยโลก ว่าด้วยเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยประชากรต้องได้รับวัคซีนถ้วนหน้าและวัคซีนต้องมีประสิทธิภาพเพียงพอต่อการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค สำหรับกลไกการส่งเสริมให้งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคประสบความสำเร็จตามเป้าหมายนั้น ส่วนสำคัญอย่างหนึ่ง คือ ผู้ให้บริการวัคซีนต้องคำนึงถึงคุณภาพโดยรวมของงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นหัวใจหลักเสมอ (World Health Organization, 2019) ซึ่งประสบการณ์การนำวัคซีนเข้าสู่ร่างกายเด็กนั้น พยาบาลทุกคนจะได้รับการถ่ายทอดและฝึกฝนมาตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาลโดยการควบคุมดูแลของอาจารย์พยาบาล การปฏิบัติที่ถูกต้องจะนำมาสู่การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ในปัจจุบันกำหนดให้นักศึกษาพยาบาลต้องได้รับประสบการณ์การให้วัคซีนแก่เด็กที่มารับบริการอย่างน้อย 1 ครั้ง และครอบคลุมทุกช่องทางของการให้วัคซีน เช่น การให้ทางปาก การฉีดเข้าชั้นผิวหนัง การฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง การฉีดเข้าชั้นกล้ามเนื้อ (คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2560) ทั้งนี้ การนำวัคซีนเข้าสู่ร่างกายเด็กแต่ละช่องทางมีเทคนิคและขั้นตอนที่ซับซ้อนและแตกต่างกัน นักศึกษาต้องคำนึงถึงหลักการให้วัคซีน องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับวัคซีนที่จะให้ และต้องมีทักษะในห้องปฏิบัติการผ่านการฝึกกับหุ่นจำลองในระดับที่อาจารย์ผู้สอนมีความพึงพอใจและมั่นใจได้ว่านักศึกษาจะสามารถไปปฏิบัติกับผู้รับบริการได้จริง และไม่พบข้อผิดพลาดในการฝึกปฏิบัติ

จากประสบการณ์การสอนมากกว่า 20 ปี ของผู้วิจัย พบว่า การฝึกฝนทักษะการฉีดวัคซีนของนักศึกษาเป็นสิ่งจำเป็นและต้องฝึกฝนด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ ต้องปฏิบัติหลายครั้งจนกว่าจะเกิดความชำนาญ ซึ่ง

นักศึกษาต้องเตรียมความพร้อมให้กับตนเองเป็นอย่างดี ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการฉีดวัคซีนจริง จึงจะสามารถให้บริการได้อย่างมั่นใจและไม่เกิดข้อผิดพลาดใด ๆ กับผู้รับบริการ ทั้งนี้ ในระหว่างการปฏิบัติการฉีดวัคซีนมีโอกาสผิดพลาดน้อยมากเนื่องจากมีอาจารย์นิเทศคอยกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม จากการนิเทศติดตามผลการประเมินคุณภาพตามกรอบมาตรฐานงาน การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน พบว่า การบริหารจัดการวัคซีนยังคงมีข้อผิดพลาดอยู่ เช่น การเตรียมวัคซีนไม่ถูกวิธีการให้วัคซีนเข้าสู่ร่างกายผิดช่องทาง หรือแม้แต่การฉีดวัคซีนด้วยเทคนิคที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ในภายหลังได้ โดยข้อผิดพลาดที่พบบ่อยจากการฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อ คือ ระดับความลึกของเข็มฉีดวัคซีนไม่เพียงพอ ผู้ปฏิบัติฉีดวัคซีนไม่ลงลึกพอถึงชั้นกล้ามเนื้อ ทำให้วัคซีนตกค้างอยู่ในชั้นใต้ผิวหนังจนเกิดไตแข็งบริเวณผิวหนังที่ฉีดวัคซีน (กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค, 2561)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือหรืออุปกรณ์ช่วยฝึกปฏิบัติที่ส่งเสริมการเรียนรู้เสมือนจริง จะช่วยให้นักศึกษาเกิดทักษะทางปัญญาได้เมื่อมีความรู้ความเข้าใจร่วมกับได้ฝึกฝนบ่อย ๆ ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในทักษะการปฏิบัติของตนเองและมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติหัตถการนั้น (ปฐมามาศ โสติดิพนธ์, กิตติพรเนาว์สุวรรณ, ธารินี นนทพุทฺธ, และจรรยารัตน์ รอดเนียม, 2556) แต่ด้วยข้อจำกัดเรื่องความปลอดภัยและสิทธิผู้ป่วย จึงทำให้การฝึกฉีดวัคซีนไม่สามารถทดลองฝึกฉีดในมนุษย์จริงได้ นักศึกษาจึงต้องทบทวนหลักการบริหารวัคซีนและฝึกฉีดวัคซีนผ่านหุ่นจำลองแทน ปัจจุบัน หุ่นจำลองที่นำมาใช้ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมักเป็นวัสดุที่จำลองขึ้นเพื่อเลียนแบบของจริงและใช้อธิบายลักษณะโครงสร้างของมนุษย์ ข้อดีของการใช้หุ่นจำลอง คือ เป็นสื่อการสอนในลักษณะสามมิติ ทำให้จับต้องได้ มองเห็นได้ด้วยตาเปล่า รวมทั้งใช้ฝึกปฏิบัติหัตถการต่าง ๆ ได้ หุ่นจำลองที่ดีควรมีขนาดและสภาพ

ใกล้เคียงกับมนุษย์จริงมากที่สุด สามารถผลิตได้จากวัสดุ
ที่ทำได้โดยทั่วไป แต่การผลิตต้องอยู่ภายใต้ความชำนาญ
ของผู้มีประสบการณ์และมีความรู้ความเชี่ยวชาญต่อ
การแสดงโครงสร้างอวัยวะ (สุสัณหา ยิ้มแย้ม, 2559)

ปัจจุบัน หุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนเป็นหุ่นทารก
สามมิติ ผลิตจากยางพาราผสมเนื้อซิลิโคน มีเค้าโครง
และขนาดเท่ากับทารกจริง บริเวณขาทั้งสองข้างของหุ่น
มีการระบุตำแหน่งที่ใช้ในการฉีดวัคซีน เพื่อให้นักศึกษา
ได้ฝึกฉีดวัคซีนเข้าไปในหุ่น โดยมีการกำหนดจุดหรือ
ตำแหน่งเพื่อเป็นพื้นที่สำหรับฝึกฉีดวัคซีน และกำหนด
ความลึกไว้แล้ว ซึ่งมีความง่ายต่อการฝึกปฏิบัติของ
นักศึกษา แต่แตกต่างจากการให้บริการจริง ที่นักศึกษา
ต้องวัดตำแหน่งและกำหนดความลึกด้วยตนเอง ดังนั้น
การใช้หุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนแบบเดิมจึงอาจทำ
ให้นักศึกษาข้ามขั้นตอน และขาดกระบวนการคิดและ
การฝึกปฏิบัติในการกำหนดตำแหน่งที่ถูกต้องในการฉีด
วัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อ ดังนั้นจึงเป็นการดียิ่งขึ้นหากมี
หุ่นจำลองฝึกปฏิบัติการที่ส่งเสริมความสามารถในส่วนนี้
ด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสิ่งประดิษฐ์
อื่นๆ พบว่า บางชิ้นงานมีการประกอบชุดสัญญาณ
นำทางด้วยไฟสัญญาณขนาดเล็กก่อนนำอุปกรณ์เข้าไป
ในร่างกายจำลอง เพื่อเพิ่มความแม่นยำของการนำ
อุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านเข้าสู่ร่างกายมนุษย์ (Rios &
Foster, 2015) ตัวอย่างเช่น การพัฒนาหัวเข็มอัจฉริยะ
ที่นำทางด้วยแสงไฟขนาดเล็ก (fluorescence) ซึ่ง
สิ่งประดิษฐ์นี้ถูกใช้อย่างแพร่หลายในวงการแพทย์ โดย
เป็นส่วนหนึ่งของอุปกรณ์กล้องส่องทางเดินอาหาร
ขนาดเล็ก กล้องส่องหลอดลม เป็นต้น นอกจากนี้
ยังมีการพัฒนาวิธีการนำเข็มเข้าสู่ร่างกายให้แม่นยำถูก
ตำแหน่งในรูปแบบของสมองกลอัจฉริยะ ตัวอย่างเช่น
หุ่นอัจฉริยะที่สามารถฉีดยาเข้าหลอดเลือดมนุษย์ได้
อย่างแม่นยำ (Park et al., 2011) ซึ่งเหมาะสำหรับใช้
เตรียมการผ่าตัดหลอดเลือดที่มีขนาดเล็กและต้องการ
ความแม่นยำสูง โดยเครื่องมือชนิดนี้จะคำนวณความลึก

และองศาของการแทงเข็มได้อย่างแม่นยำก่อนการแทง
เข็มเข้าไปในหลอดเลือดและฉีดยาเข้าไป จากการทบทวน
วรรณกรรมพบว่ายังไม่มีหุ่นจำลองแบบใดที่สามารถ
แสดงความแม่นยำของตำแหน่งการฉีดวัคซีนได้ แม้ว่า
การฝึกปฏิบัติผ่านหุ่นจำลองจะช่วยส่งเสริมการปฏิบัติ
การพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานได้ แต่หากสื่อ
การสอนสามารถส่งเสริมการปฏิบัติตามสถานการณ์
จำลองได้เสมือนจริง จะช่วยให้ผู้เรียนมีกระบวนการ
ตัดสินใจทางคลินิกที่แม่นยำมากขึ้น (La Cerra et al.,
2019) จากเหตุผลที่กล่าวมา เพื่อเป็นการลดข้อจำกัด
ของหุ่นจำลองแบบเดิมที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติและเพิ่ม
ประสิทธิผลของการฝึกฉีดวัคซีนในเด็ก ผู้วิจัยจึงมุ่ง
พัฒนาหุ่นทารกจำลองที่มีความเสมือนจริงมากที่สุด
สามารถส่งสัญญาณเสียงตอบโต้แก่ผู้เรียนได้เมื่อนัด
วัคซีนลงในตำแหน่งที่ถูกต้อง โดยทดลองนำชุดอุปกรณ์
ระบบเซนเซอร์มาบรรจุเพิ่มในหุ่นจำลอง เพื่อแสดงผล
ย้อนกลับให้ผู้เรียนทราบว่าสามารถฉีดวัคซีนได้อย่าง
ถูกต้อง ซึ่งการสร้างประสบการณ์ความสำนึกจากสภาพที่
เสมือนจริงจะทำให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ
มีความพึงพอใจและมีทัศนคติที่ดีต่อการฝึกปฏิบัติ
นำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ที่ดีจากการให้บริการพยาบาล
ที่มีมาตรฐาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาหุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนเข้าชั้น
กล้ามเนื้อ
2. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการใช้หุ่นจำลอง
ฝึกฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อ ต่อทักษะการปฏิบัติ
การฉีดวัคซีนและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

กลุ่มทดลองที่ใช้หุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนที่พัฒนา
ขึ้นมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติการฉีดวัคซีนสูงกว่า
กลุ่มควบคุมที่ใช้หุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนแบบเดิม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งพัฒนาหุ่นจำลองฝึกคิดวิเคราะห์เข้าชั้นกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นการพัฒนาสิ่งประดิษฐ์เพื่อนำมาใช้ในการฝึกปฏิบัติการเป็นหลัก โดยใช้กรอบแนวคิด ADDIE Model (Aldoobie, 2015) ในการพัฒนาสื่อ ซึ่งกรอบแนวคิดดังกล่าวประกอบด้วย การพัฒนา 5 ขั้นตอน ได้แก่ การวิเคราะห์ (analysis) การออกแบบ (design) การพัฒนา (development) การนำไปใช้ (implementation) และการประเมินผล (evaluation) โดยพัฒนาหุ่นทารกจำลองฝึกคิดวิเคราะห์เข้าชั้นกล้ามเนื้อที่มีระบบเซนเซอร์ เพื่อให้สามารถส่งสัญญาณเสียงตอบโต้แก่ผู้เรียนได้เมื่อนักศึกษาลงในตำแหน่งที่ถูกต้อง และนำไปใช้กับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 เพื่อเป็นการทดสอบประสิทธิผลของสิ่งประดิษฐ์ โดยประเมินทักษะการปฏิบัติการคิดวิเคราะห์และความพึงพอใจต่อสิ่งประดิษฐ์ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development [R & D]) ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาหุ่นจำลองฝึกคิดวิเคราะห์เข้าชั้นกล้ามเนื้อ (ครอบคลุมการพัฒนาขั้นตอนที่ 1-3: การวิเคราะห์ การออกแบบ และการพัฒนา) ใช้การสังเกตประสบการณ์การใช้หุ่นจำลองแบบเดิมในภาคสนาม (field observation) และการวิเคราะห์เอกสารจากการประเมินผลรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก (document analysis) และระยะที่ 2 การทดสอบประสิทธิผล (ครอบคลุมการพัฒนาขั้นตอนที่ 4-5: การนำไปใช้และการประเมินผล) ซึ่งในการทดสอบประสิทธิผลใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัตหลังการทดลอง (two-group posttest-only design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นจำนวน 97 คน เนื่องด้วยทักษะการปฏิบัติการคิดวิเคราะห์เป็นประสบการณ์ที่นักศึกษาพยาบาลทุกคนต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดของรายวิชาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ดังนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษาในประชากรทั้งหมด โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (นักศึกษา section 2) จำนวน 46 คน ใช้หุ่นจำลองฝึกคิดวิเคราะห์ที่พัฒนาขึ้น และกลุ่มควบคุม (นักศึกษา section 1) จำนวน 51 คน ใช้หุ่นจำลองฝึกคิดวิเคราะห์แบบเดิม โดยแบ่งเข้ากลุ่มตามการจัด block rotation การฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ซึ่งจะละนักศึกษาที่มีผลการเรียนในระดับสูง ปานกลาง และต่ำ อยู่ในแต่ละกลุ่ม ทำให้นักศึกษาทั้ง 2 กลุ่มมีความสามารถที่ใกล้เคียงกัน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ หุ่นจำลองฝึกคิดวิเคราะห์เข้าชั้นกล้ามเนื้อ ที่ได้จากการวิจัยในขั้นตอนการพัฒนา (อยู่ในระยะที่ 1 ของการวิจัย) ดังรายละเอียดที่จะกล่าวต่อไป

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการคิดวิเคราะห์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากมาตรฐานงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เรื่อง คุณภาพการให้บริการวัคซีน จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่ถูกต้อง หรือปฏิบัติถูกต้อง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน และหากปฏิบัติถูกต้อง ให้ 1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-15 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีทักษะการปฏิบัติการคิดวิเคราะห์ได้ถูกต้องน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีทักษะการปฏิบัติการคิดวิเคราะห์ได้ถูกต้องมาก โดยเกณฑ์ผ่าน คือ 12 คะแนนขึ้นไป (คิดเป็นร้อยละ 80)

ชุดที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจต่อคุณภาพหุ่นจำลองฝึกคิดวิเคราะห์เข้าสู่ชั้นกล้ามเนื้อ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 18 ข้อ ครอบคลุมประเด็นรูปร่าง สี ลักษณะ ขนาด รูปแบบการอธิบายโครงสร้างของขาทารก ความสามารถในการสาธิตเพื่อระบุตำแหน่งการคิดวิเคราะห์ ความสะดวกต่อการใช้งาน การเคลื่อนย้าย การเก็บรักษา และความคงทนต่อการใช้ฝึกปฏิบัติการคิดวิเคราะห์ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อยปานกลาง มาก และมากที่สุด สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความพึงพอใจต่อคุณภาพในระดับน้อยที่สุด (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)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินทักษะการปฏิบัติการคิดวิเคราะห์และแบบประเมินความพึงพอใจต่อคุณภาพหุ่นจำลองฝึกคิดวิเคราะห์เข้าสู่ชั้นกล้ามเนื้อ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก (2 คน) ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาสิ่งประดิษฐ์ (2 คน) และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลเด็ก ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .85 และ .75 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้น ผู้วิจัยทั้งสองคนทำการประเมินทักษะการปฏิบัติการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี interrater reliability ได้ค่าเท่ากับ .80 และนำแบบประเมินความพึงพอใจต่อคุณภาพหุ่นจำลองฯ ไปทดลองใช้กับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ชุดที่ 3 มธ. (เอกสารรับรอง เลขที่ 169/2561 วันที่ 18 ธันวาคม 2561) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูล จะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (ขั้นตอนที่ 1-3 ของ ADDIE Model) ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2562 ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ (analysis) โดยผู้วิจัยทำการศึกษาสถานการณ์ปัญหา และวิเคราะห์ปัญหาจากการใช้หุ่นจำลองฝึกคิดวิเคราะห์แบบเดิม (หุ่นขาทารกจำลอง) เพื่อทบทวนประโยชน์จากการใช้งาน และวิเคราะห์ข้อจำกัด อุปสรรคจากการใช้งานในขณะสอนฝึกคิดวิเคราะห์ในการอบรมเชิงปฏิบัติการ เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมสอนและนักศึกษาพยาบาลอื่นๆ ร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อดี ประโยชน์จากการใช้งาน ตลอดจนข้อจำกัด และผลการประเมินสื่อการสอนในรายวิชา จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความต้องการในการพัฒนาสิ่งประดิษฐ์ใหม่ วิเคราะห์งบประมาณ ค้นหาแหล่งทรัพยากรในการพัฒนาสิ่งประดิษฐ์ และประชุมทีมวิจัยเพื่อวางแผนการพัฒนาหุ่นจำลองฝึกคิดวิเคราะห์แบบใหม่

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบ (design) หลังจากผู้วิจัยได้พบประเด็นข้อจำกัดจากการใช้งานหุ่นจำลองฝึกคิดวิเคราะห์แบบเดิม ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมและออกแบบโครงร่างสิ่งประดิษฐ์ เพื่อพัฒนางานใหม่ให้แก้ไขข้อจำกัดของงานเดิม และเพื่อส่งเสริมให้การฝึกคิดวิเคราะห์สะท้อนความถูกต้องแม่นยำมากขึ้น จากนั้น

จึงบันทึกเป็นข้อสรุปการออกแบบ พร้อมภาพวาดประกอบ (drawing)

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนา (development) ในขั้นตอนนี้แบ่งงานออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 งานพัฒนาระบบเซนเซอร์ โดยผู้วิจัยดำเนินการสรรหาฝ่ายเทคนิคในงานอุปกรณ์การแพทย์เพื่อพัฒนาระบบเซนเซอร์ให้สามารถส่งสัญญาณเสียงตอบโต้ได้เมื่อฉีดวัคซีนลงในตำแหน่งที่ถูกต้อง ผ่านกล่องสัญญาณที่เชื่อมต่อแผ่นโลหะในหุ่นทารกจำลอง และส่วนที่ 2 งานพัฒนาเค้าโครงหุ่นทารกจำลอง ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับทารกจริง ทั้งขนาดของขาที่ต้องการฝึกนวดและลักษณะของผิวหนังเทียม เมื่อดำเนินการผลิตในแต่ละส่วนแล้วผู้วิจัยจึงดำเนินการประกอบชิ้นส่วนงานเข้าเป็นหุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อ ก่อนนำไปทดลองใช้

ระยะที่ 2 (ขั้นตอนที่ 4-5 ของ ADDIE Model) ดำเนินการในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนสิงหาคม 2562 ดังนี้

ขั้นตอนที่ 4 การนำไปใช้ (implementation) ก่อนการนำหุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อไปใช้งานจริง ผู้วิจัยส่งรายละเอียดสิ่งประดิษฐ์นี้ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (2 คน) และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาสื่อการสอนและสิ่งประดิษฐ์ (3 คน) ตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นส่งให้ผู้เชี่ยวชาญทดสอบฟังก์ชันการใช้งานและความเหมาะสมต่อการใช้งาน ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข และนำไปทดลองใช้งานในการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค พบว่ามีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงเรื่องความฝืดของเนื้อหุ่น ผู้วิจัยจึงดำเนินการปรับปรุง จากนั้นนำไปทดลองใช้ (pilot study) ในการสอนนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จำนวน 30 คน

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล (evaluation) โดยผู้วิจัยดำเนินการทดสอบประสิทธิผลของหุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อที่พัฒนาขึ้น ในการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

ชั้นปีที่ 3 โดยเปรียบเทียบทักษะการปฏิบัติการฉีดวัคซีนระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้หุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนที่พัฒนาขึ้น กับกลุ่มควบคุมที่ใช้หุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนแบบเดิม ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิด้วย เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยกลุ่มควบคุมจะได้ใช้หุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนที่พัฒนาขึ้นในการฝึกปฏิบัติด้วยตนเองในห้องปฏิบัติการ โดยมีคำแนะนำการใช้หุ่น เพื่อให้กลุ่มควบคุมสามารถใช้งานได้

การวิเคราะห์ข้อมูล การเปรียบเทียบผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPA) และการเปรียบเทียบทักษะการปฏิบัติการฉีดวัคซีน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test ส่วนข้อมูลความพึงพอใจต่อคุณภาพหุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาหุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อ

หุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อที่พัฒนาขึ้น เป็นสิ่งประดิษฐ์เพื่อฝึกปฏิบัติการฉีดวัคซีนในเด็ก ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ที่ประกอบด้วยชุดลำโพงขนาดเล็ก ชุดสวิตช์ขนาดเล็ก (micro switch) และแผงสัญญาณเซนเซอร์ (plate sensor) โดยเชื่อมต่อทั้งหมดเข้าด้วยกัน และออกแบบชุดอุปกรณ์ให้มีขนาดเล็กที่สุด เส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 5 เซนติเมตร เพื่อให้มีความเป็นไปได้ในการฝังชุดอุปกรณ์ลงในหุ่นทารกจำลอง ซึ่งมีขนาดรอบวงและเส้นผ่านศูนย์กลางเท่ากับทารกอายุ 4 เดือน โดยกลไกการทำงานของชุดอุปกรณ์ระบบเซนเซอร์ คือ จะทำงานเมื่อมีเข็มฉีดยาปักทำมุม 90 องศาเท่านั้น หรือแทงเข้าตรงกลางหุ่นทารกจำลองข้างใดข้างหนึ่ง และชุดอุปกรณ์ระบบเซนเซอร์จะปล่อยสัญญาณเสียงในชุดลำโพงขนาดเล็ก ในขณะเดียวกัน หากผู้ฝึกปฏิบัติ

คิดลงในตำแหน่งที่ไม่ถูกต้องจะไม่มีสัญญาณเสียงดังขึ้น ซึ่งระบบเซนเซอร์ที่ดีควรมีความไวและความแม่นยำของระยะตำแหน่งที่เข็มฉีดยาจะตกกระทบ เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการทำงานของระบบเซนเซอร์ผิดพลาด ซึ่งผู้วิจัยได้ทดสอบความเที่ยงของระบบเซนเซอร์จนมั่นใจก่อนนำไปฝังลงในหุ่นขาทารกจำลอง

สำหรับการประดิษฐ์หุ่นทารกจำลอง เริ่มจากการพัฒนาโครงร่างของส่วนขาทารกให้มีขนาดใกล้เคียงกับทารกที่มีอายุ 4 เดือน และใช้ซิลิโคนกึ่งสำเร็จรูปผสมสีให้ใกล้เคียงกับสีผิวหนังธรรมชาติ ออกแบบให้มีความหนาใกล้เคียงกับความลึกของชั้นกล้ามเนื้อที่จะ

ใช้ในการฝึกฉีดยา จากนั้นจึงนำมาทดสอบฉีดยาจริง เพื่อตรวจสอบความหนาของผิวหนังเทียมบนหุ่นทารกจำลอง และตรวจสอบความผิดปกติของเข็มผ่านชั้นผิวหนังเทียม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความหนืดของชั้นกล้ามเนื้อที่หนาเกินไปของหุ่นทารกจำลอง โดยผู้วิจัยได้พัฒนาสัดส่วนการผสมยางพารากับซิลิโคนให้ได้สูตรที่เหมาะสม ตรงตามสภาพผิวหนังเทียมที่ต้องการ ก่อนนำไปหล่อลงในโครงหุ่นที่เตรียมไว้ แล้วจึงผลิตหุ่นทารกจำลองออกมาประกอบกับชุดอุปกรณ์ระบบเซนเซอร์ การประดิษฐ์หุ่นจำลองฝึกฉีดยาวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อที่ใช้ระบบเซนเซอร์ แสดงในภาพที่ 1-3



ภาพที่ 1 การหล่อหุ่นด้วยยางพาราผสมซิลิโคน และการขึ้นรูป



ภาพที่ 2 การประกอบหุ่น และการเชื่อมสายไฟจากส่วนลำตัวกับส่วนขาที่ฝังอุปกรณ์ระบบเซนเซอร์



ภาพที่ 3 หุ่นทารกพร้อมลำโพงประยุกต์จากขวดน้ำดื่มสำหรับเด็กใช้จริง มีขนาดเหมาะสมและน้ำหนักเบา

2. การทดสอบประสิทธิผลของการใช้หุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อ

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 จำนวน 97 คน โดยกลุ่มทดลองจำนวน 46 คน มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPA) เฉลี่ย 3.16 ($SD = .44$) และกลุ่มควบคุม จำนวน 51 คน มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPA) เฉลี่ย 3.11 ($SD = .26$) เมื่อเปรียบเทียบผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPA) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

2.1 ทักษะการปฏิบัติการฉีดวัคซีน พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งหมดมีทักษะการปฏิบัติการฉีดวัคซีนถูกต้องในเรื่อง การเช็ดบริเวณที่จะฉีดวัคซีนด้วยสำลีแอลกอฮอล์และรอจนแห้ง และการปักเข็มท่ามุม 90 องศา และลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อ คิดเป็น

ร้อยละ 100 เท่ากัน ส่วนกิจกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ครบถ้วนหรือไม่ถูกต้อง พบว่า กลุ่มทดลองลืมล้างมือก่อนเตรียมวัคซีน ไม่เปลี่ยนเข็มก่อนฉีดเป็นเบอร์ 25 และใส่ฟองอากาศออกไม่หมด ไม่ทดสอบก่อนดันวัคซีนเข้าไปในชั้นกล้ามเนื้อ และไม่ได้กดสำลีแห้งหลังถอนเข็มฉีดยาขึ้นมา คิดเป็นร้อยละ 4.30 ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ยึดตรงผิวหนังบริเวณรอบ ๆ ก่อนปักเข็ม และไม่กดสำลีแห้งหลังถอนเข็มฉีดยาขึ้นมา คิดเป็นร้อยละ 29.40 เมื่อเปรียบเทียบทักษะการปฏิบัติการฉีดวัคซีนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติการฉีดวัคซีนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.811, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติการฉีดวัคซีนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
กลุ่มทดลอง (n = 46)	14.74	.57	6.811	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 51)	13.73	.87		

2.2 ความพึงพอใจต่อคุณภาพหุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อคุณภาพหุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อโดยรวมในระดับมากที่สุด ($M = 4.62, SD = .36$) โดยรายการประเมินที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ “มีความคงทนในการใช้งาน ไม่เปื่อย สามารถนำกลับมาฝึกฉีดซ้ำได้” ($M = 4.87, SD = .34$) รองลงมาคือ “มีความแข็งแรง ไม่เปราะบางหรือหักง่าย” ($M = 4.80, SD = .40$) และ “ใช้สาริตหรือฝึกฉีดวัคซีนได้หลายครั้ง ไม่เกิดรอยพรุนหรือฉีกขาด” ($M = 4.78, SD = .42$) ตามลำดับ ส่วนรายการประเมินที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ “ผิวสัมผัสมีความเหมือนจริง” ($M = 4.26, SD = .65$) ถัดขึ้นไปคือ “โครงสร้างมีความเหมือนจริง” ($M = 4.37, SD = .53$) และ “น้ำหนักมีความเหมือนจริง” ($M = 4.37, SD = .61$)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ใช้หุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนที่พัฒนาขึ้นมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติการฉีดวัคซีนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ใช้หุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่า การใช้สื่อการสอน “หุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อ” ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น สามารถช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเกิดทักษะการปฏิบัติการฉีดวัคซีนที่เหมาะสมได้ดีกว่าการใช้หุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนแบบเดิม ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การผลิตหุ่นทารกจำลองฝึกฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อที่ใช้ระบบเซนเซอร์นี้ ช่วยลดข้อจำกัดของหุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนแบบเดิมได้หลายประเด็น กล่าวคือ หุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนแบบเดิมมีลักษณะเป็นหุ่นทารกทั้งตัว แต่มีพื้นที่สำหรับการฉีดวัคซีนได้เฉพาะบริเวณหน้าขา ภายใต้อาณัติที่กำหนดให้ฉีดเท่านั้น และฐานรองใต้ผิวหนังบริเวณที่ฉีดทำจากฟองน้ำหนา หากฝึกฉีดน้ำเข้าไปหลายๆ ครั้ง ก็ต้องนำฟองน้ำมาเปลี่ยน

เนื่องจากฟองน้ำดูดซับน้ำจมนุ่ม นอกจากนี้ การแทงเข็มลงในชั้นผิวหนังจนถึงชั้นกล้ามเนื้อจะไม่สามารถบอกได้ว่าปลายเข็มอยู่ในระดับที่เหมาะสมสำหรับการฉีดเข้าในชั้นกล้ามเนื้อหรือไม่ อีกทั้งยังมีข้อจำกัดเรื่องความคงทน โดยบริเวณขอบเขต (landmark) ในการฝึกแทงเข็มฉีดวัคซีนจะเป็นรูพรุนเมื่อมีการฝึกปฏิบัติหลายๆ ครั้ง ซึ่งทำให้ผิวหนังของหุ่นจำลองเกิดการฉีกขาดได้ ส่วนหุ่นทารกจำลองฝึกฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อที่ใช้ระบบเซนเซอร์ การผลิตจะทำการทำหุ่นทารกทั้งตัวเช่นเดียวกัน เลือกใช้วัสดุซิลิโคน ซึ่งจะทำให้หุ่นมีน้ำหนักใกล้เคียงกับทารกอายุ 4 เดือน ผิวของหุ่นมีความยืดหยุ่น สามารถเลือกบริเวณที่ฉีดวัคซีนได้ทั้งตัว ไม่ขาดลุ่ยหรือเป็นรอยเมื่อแทงเข็มฉีดยาหลายๆ ครั้ง อีกทั้งบริเวณหน้าขาทั้งสองข้างของหุ่นยังฝังชุดอุปกรณ์ระบบเซนเซอร์ที่สามารถส่งสัญญาณเสียงตอบโต้แก่ผู้ฝึกปฏิบัติได้เมื่อฉีดวัคซีนลงในตำแหน่งที่ถูกต้อง ซึ่งการไม่แสดงขอบเขตพื้นที่สำหรับฝึกฉีดวัคซีนเป็นการสร้างความท้าทายโดยการให้ผู้ฝึกปฏิบัติวัดตำแหน่งที่จะฉีดด้วยตนเอง ทำให้เกิดทักษะการปฏิบัติที่ดีกว่า และการมีสัญญาณเสียงที่ยืนยันความถูกต้องของการปฏิบัติทำให้ผู้ฝึกปฏิบัติทราบข้อบกพร่องของตนเองและฝึกปฏิบัติจนกว่าจะมีสัญญาณเสียงที่ยืนยันความถูกต้อง สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1997) ที่กล่าวว่า หากบุคคลเกิดความรู้สึกทางบวกต่อการปฏิบัติจะทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจที่สามารถปฏิบัติได้สำเร็จ ซึ่งความรู้สึกทางบวกต่อประสบการณ์นี้เองทำให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติ เมื่อมีประสบการณ์ความสำเร็จเกิดขึ้นก็จะยังต้องการฝึกปฏิบัติมากขึ้นจนเกิดความชำนาญ การพัฒนาสิ่งประดิษฐ์ใหม่นี้จึงช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้น กลุ่มทดลองที่ใช้หุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนที่พัฒนาขึ้นจึงมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติการฉีดวัคซีนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ใช้หุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนแบบเดิม

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย

ความพึงพอใจต่อคุณภาพหุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อโดยรวมในระดับมากที่สุด ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ทักษะการปฏิบัติของผู้เรียนจะเกิดขึ้นได้เมื่อมีการฝึกทักษะนั้นซ้ำ ๆ จนเกิดความชำนาญ ซึ่งการที่ผู้เรียนมีความตั้งใจในการฝึกปฏิบัติมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับสื่อการสอนที่สามารถกระตุ้นหรือเข้าใจให้จดจ่อกับสิ่งที่เรียน จึงจะสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องและทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ ประกอบกับผู้เรียนเป็นกลุ่มเยาวชน ที่ชอบความท้าทาย ความตื่นเต้น (Albaqawi et al., 2020) ซึ่งตรงกับคุณลักษณะที่ดีของสื่อการสอน คือ สามารถจัดประสบการณ์ กิจกรรม และการกระทำต่าง ๆ ไว้ได้ตามความต้องการ สามารถจัดแจง จัดการ และปรุงแต่งประสบการณ์ใหม่ ๆ ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการเรียนการสอน สามารถใช้เทคนิคพิเศษเพื่อเอาชนะข้อจำกัดในความเป็นนามธรรมได้ สามารถเผยแพร่สู่คนจำนวนมาก และสามารถใช้ซ้ำได้หลาย ๆ ครั้ง ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาด้านการเรียนการสอนได้เป็นอย่างดี การมีสื่อการสอนที่ดีจึงก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้เรียนเป็นอย่างมาก ซึ่งหุ่นจำลองฝึกปฏิบัติจะช่วยเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ที่เป็นนามธรรมให้เป็นรูปธรรมที่สามารถสัมผัสและเข้าใจได้ง่ายขึ้น (Kim, Park, & Shin, 2016) ทำให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้อย่างรวดเร็วจากข้อผิดพลาด เกิดประสบการณ์ทางบวกและความรู้สึกมั่นใจเมื่อมีสัญญาณเสียงที่บ่งบอกว่าปฏิบัติได้ถูกต้อง การสร้างสื่อการสอนที่ทำทนายจึงเป็นการเปิดประสบการณ์ที่แปลกใหม่ สร้างคุณค่าแก่ผู้เรียน และนำไปสู่การเรียนรู้ที่บรรลุเป้าหมายได้ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อคุณภาพหุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อโดยรวมในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
อาจารย์พยาบาลควรนำหุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนในการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เพื่อเป็นสื่อการสอนในการเตรียมผู้เรียน

ให้มีทักษะการปฏิบัติการฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อแก่ทารกที่ถูกต้องก่อนฉีดในรายวิชาภาคปฏิบัติ รวมทั้งผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำไปใช้ในการจัดอบรมเพื่อพัฒนาทักษะการปฏิบัติการฉีดวัคซีนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการพัฒนาหุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อที่สามารถฉีดได้ทั้งบริเวณกล้ามเนื้อต้นแขน (deltoid muscle) และกล้ามเนื้อหน้าขา (vastus lateralis muscle) พร้อมทั้งมีสัญญาณเสียงในทุกตำแหน่ง เพื่อให้ผู้ใช้งานได้ทดสอบความถูกต้องในการฝึกปฏิบัติ

2.2 ควรมีการพัฒนาผิวสัมผัสของตัวหุ่นจำลองและด้านในชั้นกล้ามเนื้อให้อ่อนนุ่ม ลดความหนืดในขณะแทงเข็มฉีดยาลงไปและถอนเข็มฉีดยาขึ้นมาเพื่อให้รู้สึกเสมือนจริงมากขึ้น

2.3 ควรมีการพัฒนาหุ่นจำลองฝึกฉีดวัคซีนชนิดต่อแหล่งจ่ายไฟแบบพกพาได้ โดยไม่ต้องเตรียมถ่านหรือแบตเตอรี่สำรอง เพื่อความสะดวกในการใช้งาน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่มีอบทุนสนับสนุนการพัฒนาสิ่งประดิษฐ์ครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค. (2561). *มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคประจำปี 2561*. สืบค้นจาก <http://dvpd.ddc.moph.go.th/storage/content /file%20standard/1528956173-0085>
- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (2560). *คู่มือการดำเนินงานตามมาตรฐานหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต*. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- ปฐมมาศ โขติบัณฑิต, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ธาธิณี นนทพุทธร, และจรรยารัตน์ รอดเนียม. (2556). นวัตกรรมชุดหุ่นฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์*, 5(3), 1-12.
- สุสันหา ยิ้มยิ้ม. (2559). การพัฒนาหุ่นจำลองเพื่อฝึกทักษะทางคลินิกของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. *พยาบาลสาร*, 43(2), 142-151.
- Albaqawi, M. H., Dayrit, R. D. J., Gonzales, F. M., Algahtani, F., Alboliteh, M., Albagawi, B., & Alshammari, F. (2020). Perceived benefits of simulation-based training among nursing students of the University of Hail. *International Journal of Advanced and Applied Sciences*, 7(1), 60-71. doi: 10.21833/ijaas.2020.01.006
- Aldoobie, N. (2015). ADDIE Model. *American International Journal of Contemporary Research*, 5(6), 68-72. Retrieved from http://www.ajcernet.com/journals/Vol_5_No_6_December_2015/10.pdf
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Kim, J. H., Park, J. H., & Shin, S. (2016). Effectiveness of simulation-based nursing education depending on fidelity: A meta-analysis. *BMC Medical Education*, 16(1), 1-8. doi:10.1186/s12909-016-0672-7
- La Cerra, C., Dante, A., Caponnetto, V., Franconi, I., Gaxhja, E., Petrucci, C., ... Lancia, L. (2019). Effects of high-fidelity simulation based on life-threatening clinical condition scenarios on learning outcomes of undergraduate and postgraduate nursing students: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 9(2), 1-11. doi:10.1136/bmjopen-2018-025306
- Park, S. H., Kim, L. H., Shin, S. J., Lee, D. H., Park, W. J., Cho, H. C., & Kim, H. J. (2011). *US Patent No. 2012301858A1: Injection simulation system and method*. Washington, DC: U.S. Patent and Trademark Office.
- Rios, G. A., & Foster, C. B. (2015). *US Patent No. 10235904B2: Injection training tool emitting omnidirectional light*. Washington, DC: U.S. Patent and Trademark Office.
- World Health Organization. (2019). *The global vaccine action plan 2011-2020: Review and lessons learned: Strategic advisory group of experts on immunization*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329097>

ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้ และการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้า จากโรคเบาหวานในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน* Effects of Experiential Learning Program on Knowledge and Practice Regarding Assessment of Diabetic Foot Complications among Village Health Volunteers *

พิมพ์พิชชา รักษา, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)¹
Phimphitcha Raksa, M.N.S. (Community Nurse Practitioner)¹
ศิวพร อึ้งวัฒนา, ศศ.ด. (การวางแผนและพัฒนาชุมชน)²
Sivaporn Aungwattana, Ph.D. (Rural Planning Development)²
เดชา ทำดี, วท.ด. (ระบาดวิทยาคลินิก)³
Decha Tamdee, Ph.D. (Clinical Epidemiology)³

Received: September 8, 2022 Revised: November 22, 2022 Accepted: December 7, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: Phimphitcha_rak@cmu.ac.th

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

ประจำหมู่บ้านในอำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 36 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบบสอบถามความรู้ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวานในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีค่าความเชื่อมั่น .78 และแบบสังเกตการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวานในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีค่าความเชื่อมั่น .83 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.420, p < .001$ และ $t = 5.090, p < .001$ ตามลำดับ) และ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.430, p < .001$ และ $t = 4.370, p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลชุมชนควรมีโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ไปใช้ในการพัฒนาความรู้และการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวาน

คำสำคัญ: การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ การประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of experiential learning program on knowledge and practice regarding assessment of diabetic foot complications. The participants consisted of 36 village health volunteers who lived in Doi Saket District, Chiang Mai Province and were divided into the experimental group ($n = 18$) and the control group ($n = 18$). The research instruments consisted of an experiential learning program, a general information questionnaire, a knowledge regarding assessment of diabetic foot complications questionnaire with reliability of .78, and a practice regarding assessment of diabetic foot complications observation form with reliability of .83. The implementation and data collection were conducted from June to July, 2020. Data were analyzed using 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 higher mean score of knowledge regarding assessment of diabetic foot complications than that of before the experiment and that of the control group ($t = 5.420, p < .001$ and $t = 5.090, p < .001$, respectively); and 2) after the experiment, the experimental group had statistically significantly higher mean score of practice regarding assessment of diabetic foot complications than that of before the experiment and that of the control group ($t = 6.430, p < .001$ and $t = 4.370, p < .001$, respectively).

This research suggests that community nurses should apply this experiential learning program for improving knowledge and practice regarding assessment of diabetic foot complications among village health volunteers. This will help prevent foot complications in diabetic patients.

Keywords: Experiential learning, Assessment of diabetic foot complications, Village health volunteers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2583 จำนวนผู้ที่เป็นเบาหวานทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคน (Department of Environmental Quality Promotion, 2018 อ้างถึงในชยพล ศิรินิยมชัย, ฅัญญุนิษ บุญหนัก, ศรีพรรณ ศรีวงศ์วรรณ, และพิชชา วรรณชัย, 2562) นอกจากนี้ยังพบว่า ประชากรที่เป็นโรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดของโรคนี้ มีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นกัน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560) สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลรายงานการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน คือ มีการเสื่อมของประสาทส่วนปลายเท้า ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดแผลที่เท้า (อัจฉรา สุวรรณาคินทร์, 2559) โดยอุบัติการณ์การเกิดแผลเบาหวานที่เท้าพบร้อยละ 8-17 ความชุกของภาวะแทรกซ้อนที่เท้าพบร้อยละ 20-30 ภาวะแทรกซ้อนที่ปลายประสาทพบร้อยละ 20-30 หลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันพบร้อยละ 3-8 และพบผู้ที่เป็นเบาหวาน

ถูกตัดขาหรือเท้าร้อยละ 0.50 (วิชัย เอกพลากร, 2553) จากสถานการณ์โดยรวม พบผู้ที่เป็นเบาหวานถูกตัดขา 14,000 คนต่อปี ส่วนในจังหวัดเชียงใหม่ ปี 2560 พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวาน ได้แก่ อาการชาที่เท้า การสูญเสียความรู้สึกของระบบประสาทที่เท้า และการมีแผลที่เท้าร่วมกับมีประวัติการเกิดแผลที่เท้ามาก่อน จำนวน 9,039 คน และที่ไม่ทราบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับเท้า จำนวน 16,888 คน (ชยพล ศิรินิยมชัย และคณะ, 2562)

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า คือ การที่ผู้ที่เป็นเบาหวานมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน (ชยพล ศิรินิยมชัย และคณะ, 2562) โดยสิ่งที่ทำให้เกิดแผลที่เท้า ได้แก่ หลอดเลือดส่วนปลายที่มาเลี้ยงขาและเท้าตีบ ในกรณีที่เป็นเบาหวานมานานร่วมกับมีการเสื่อมของเส้นประสาทส่วนปลาย ทำให้มีโอกาสเกิดแผลที่เท้าได้ง่าย และไม่รู้สึกเจ็บปวดที่บริเวณแผล จึงมีโอกาสเกิดการลุกลามและเรื้อรังของแผล การเกิดแผลเบาหวานที่เท้าส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง และเพิ่มภาระการดูแลของครอบครัว (ชยพล ศิรินิยมชัย,

2561) การจัดการปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่เท่าในผู้ที่เป็นเบาหวานที่ผ่านมา ใช้วิธีการให้ความรู้ การส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนที่เท่า ซึ่งพบว่ายังมีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรม เช่นงบประมาณในการดำเนินกิจกรรม ผู้ร่วมกิจกรรมไม่สะดวกในการปฏิบัติกิจกรรม การปฏิบัติขัดกับอาชีพในการดำเนินชีวิตประจำวัน (จิรปรียา บุญสงค์, จิระศักดิ์ เจริญพันธ์, และจิราพร วรวงศ์, 2559) ซึ่งหากผู้ที่เป็นเบาหวานได้รับการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท่า จะช่วยให้สามารถคาดการณ์ปัญหาและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท่าได้

จากนโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้มีการตรวจเท่าในผู้ที่เป็นเบาหวานปีละ 1 ครั้ง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) แต่เนื่องจากผู้ที่เป็นเบาหวานมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมาก จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท่าจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นด้วย ในขณะที่พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่ทำการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท่าจากโรคเบาหวานมีจำนวนน้อย จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาความรู้และการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท่าจากโรคเบาหวานแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการร่วมดูแลสุขภาพของประชาชน โดยให้ อสม. ได้ฝึกฝนการใช้อุปกรณ์สำคัญในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท่าจากโรคเบาหวาน ได้แก่ โมโนฟิลาเมนต์ (monofilament) ซึ่งมีลักษณะเป็นใยไนลอน ขนาด 10 กรัม รวมถึงการให้คำแนะนำแก่ผู้ที่เป็นเบาหวาน การพัฒนาความรู้และการปฏิบัติดังกล่าวนับว่าเป็นการพัฒนาศักยภาพของ อสม. เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ ซึ่งที่ผ่านมา อสม.มีการอบรมตามหลักสูตรจนเกิด อสม.เชี่ยวชาญสาขาการเฝ้าระวังการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ และได้รับการพัฒนาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน (ดวงพร กตัญญูตานนท์ และคณะ, 2561) แต่ยังคงขาดการพัฒนาทักษะการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท่าจากโรคเบาหวาน ซึ่ง อสม.จำเป็นต้องมีความรู้

และทักษะในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท่าจากโรคเบาหวานที่ถูกต้อง เพื่อที่จะนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติจริงได้

แนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) ของ Kolb (1984) ได้กล่าวว่า การเรียนรู้เชิงประสบการณ์เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์เดิมของตนเอง โดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกกระบวนการ ซึ่งเป็นประสบการณ์จากความรู้หรือกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติมาเพื่อนำไปสู่ความรู้ ความเข้าใจ โดยผ่านกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 2) การสะท้อนคิดและอภิปราย 3) การสรุปความคิดรวบยอด และ 4) การทดลองปฏิบัติ โดยมีการศึกษาที่นำแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์นี้ไปใช้ในการพัฒนาความรู้และทักษะของ อสม. เช่น การศึกษาของนิตา มีทิพย์, เดชา ทำดี, และประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล (2559) ที่พบว่า หลังได้รับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ อสม. มีความรู้และการปฏิบัติในการคัดกรองและให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงที่ดีขึ้น

จากการที่ภาวะแทรกซ้อนที่เท่าจากโรคเบาหวานเป็นภาวะที่มีความรุนแรงในผู้ที่เป็นเบาหวาน และ อสม. เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการร่วมดูแลสุขภาพของประชาชน ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จึงสนใจที่จะนำแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ของ Kolb (1984) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. ให้มีความรู้และสามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท่าจากโรคเบาหวานได้อย่างถูกต้อง ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยให้ อสม.มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมา 2) การสะท้อนคิดและอภิปราย โดยให้ อสม.ทำความเข้าใจประสบการณ์ที่ได้แลกเปลี่ยนกัน และมีการคิดวิเคราะห์ข้อมูลจากการแลกเปลี่ยนอย่างรอบคอบ สะท้อนความคิดเห็น และมีการอภิปรายในหัวข้อที่กำหนด ทำให้เกิดความเข้าใจ

และเกิดการเรียนรู้มากขึ้น 3) การสรุปความคิดรวบยอด โดยให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ อสม. มีการเตรียมอุปกรณ์พร้อมทั้งสาธิตวิธีการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวานตามขั้นตอนอย่างละเอียด และให้ อสม. สาธิตย้อนกลับ และ 4) การทดลองปฏิบัติ โดยให้ อสม. จับคู่กัน ฝึกปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวานตามขั้นตอนที่ผู้วิจัยสาธิตให้ดู และให้ ฝึกฝนการปฏิบัติในผู้ที่ เป็นเบาหวานร่วมด้วย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้คาดว่าจะทำให้อสม. มีความรู้และการปฏิบัติ ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน ที่ถูกต้อง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานในชุมชนได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน และการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน และการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

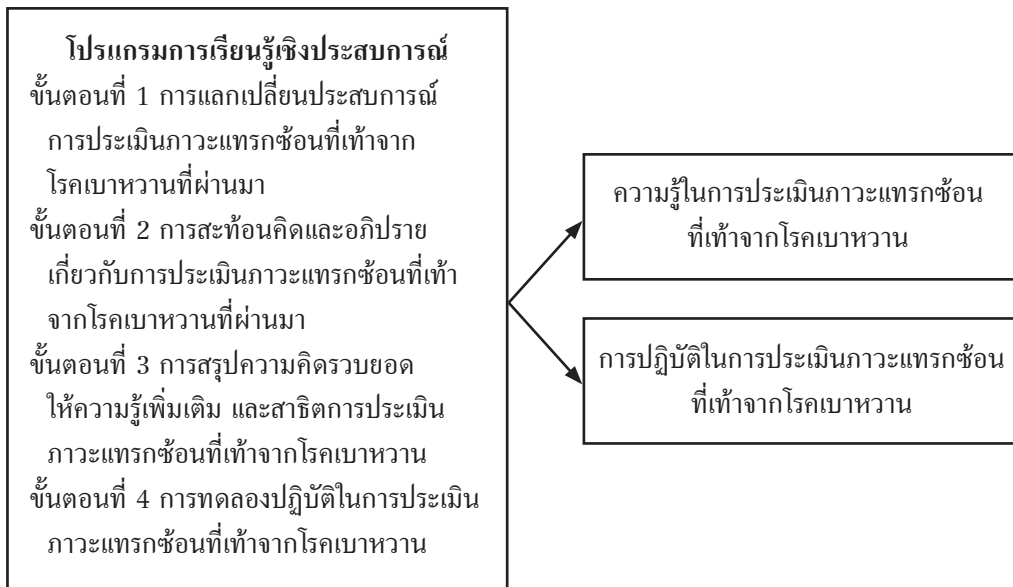
1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน สูงกว่าก่อน

การทดลอง

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ของ Kolb (1984) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยให้อสม. แลกเปลี่ยนประสบการณ์การประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวานที่ผ่านมา 2) การสะท้อนคิดและอภิปราย โดยให้อสม. ร่วมกันสะท้อนคิดและอภิปรายเกี่ยวกับการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวานที่ผ่านมา 3) การสรุปความคิดรวบยอด โดยผู้วิจัยสรุปผลการวิเคราะห์กิจกรรมที่ผ่านมา ให้ความรู้เพิ่มเติม สาธิตการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน และให้อสม. สาธิตย้อนกลับ และ 4) การทดลองปฏิบัติ โดยให้อสม. ฝึกปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 4 เรื่อง ได้แก่ การซักประวัติการเกิดแผลที่เท้า การประเมินลักษณะเท้าภายนอก แผล และหลอดเลือดที่เท้า การประเมินการรับความรู้สึกที่เท้า และการบันทึกผลการตรวจ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. ให้มีความรู้และการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวานที่ถูกต้อง สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดเชียงใหม่ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการวิจัย และขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 1.24 ซึ่งคำนวณจากการศึกษาของนิตา มีทิพย์ และคณะ (2559) เนื่องจากค่าที่ได้เกินจากตารางของ Burns and Grove (2009) จึงใช้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง คือ .60 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจ

การทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 14 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 28 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Polit & Hungler, 1999) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 18 คน รวมจำนวน 36 คน โดยแบ่งพื้นที่ตามภูมิศาสตร์ของจังหวัด ได้แก่ พื้นที่ทางทิศตะวันออก ทิศใต้ และทิศตะวันตก เลือกอำเภอพื้นที่ละ 1 อำเภอ ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย ได้อำเภอดอยสะเก็ด อำเภอสารภี และอำเภอสันป่าตอง ตามลำดับ แล้วเลือกอำเภอ 1 อำเภอ ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย ได้อำเภอดอยสะเก็ด จากนั้นเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 1 แห่ง (จากจำนวน 14 แห่ง) ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย ได้ รพ.สต.เทพเสด็จ ซึ่งกำหนดให้เป็นกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมเลือกจาก รพ.สต.ที่มีพื้นที่คล้ายคลึงกัน คือ รพ.สต.บ้านห้วยหม้อ (สมเด็จ) เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ของ Kolb (1984) เป็นชุดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์การประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท่าจากโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 1) แผนการสอน 2) สื่อการสอน PowerPoint วิดีทัศน์ เรื่อง การประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท่าจากโรคเบาหวาน และคู่มือความรู้เรื่อง การประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท่าจากโรคเบาหวาน และ 3) ชุดอุปกรณ์ประเมินเท่า ประกอบด้วย แวนขยาย ถูมือ โมโนฟิลาเมนต์ ทิชชูเปียกสำหรับเช็ดเท่า อุปกรณ์บังเท่า และแผ่นภาพเท่า พร้อมตำแหน่งที่ประเมิน พร้อมแบบบันทึกผลการตรวจ โดยโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ประกอบด้วย การดำเนินการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง โดยให้กลุ่มตัวอย่างเล่าประสบการณ์ การประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท่าจากโรคเบาหวาน ที่ผ่านมา จากนั้นให้ร่วมกันเขียนแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์การปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท่าจากโรคเบาหวาน โดยใช้แนวคำถาม ให้แสดงความคิดเห็นตามประสบการณ์ และให้ออกมานำเสนอ จากนั้นผู้วิจัยสรุป

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดและอภิปราย ใช้เวลา 50 นาที โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน ให้แต่ละกลุ่มร่วมกันสะท้อนคิดและอภิปรายเกี่ยวกับการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท่าจากโรคเบาหวานที่ผ่านมา และบทบาทของ อสม. และให้ออกมานำเสนอ จากนั้นช่วยกันสรุป

ขั้นตอนที่ 3 การสรุปความคิดรวบยอด แบ่งออกเป็น 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยสรุปผลการวิเคราะห์กิจกรรมในขั้นตอนที่ 1 และ 2 ให้ความรู้เรื่อง การประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท่าจากโรคเบาหวาน โดยให้ดูวีดิทัศน์เรื่อง การประเมินภาวะ

แทรกซ้อนที่เท่าจากโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา (ระยะเวลา 10 นาที) และบรรยายประกอบ PowerPoint เนื้อหาประกอบด้วย การชักประวัติการเกิดแผลที่เท่า การประเมินลักษณะเท่าภายนอก แผล และหลอดเลือดที่เท่า การประเมินการรับความรู้สึกที่เท่า และการบันทึกผลการตรวจ จากนั้นกล่าวสรุป และเปิดโอกาสให้ซักถาม

ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 15 นาที โดยผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท่าจากโรคเบาหวาน พร้อมทั้งสาธิตวิธีการตามขั้นตอนอย่างละเอียดทั้ง 4 เรื่อง จากนั้นแจกชุดอุปกรณ์ประเมินเท่าพร้อมแบบบันทึกผลการตรวจแล้วให้กลุ่มตัวอย่างจับคู่กันสาธิตย้อนกลับ โดยผู้วิจัยสังเกตและตรวจสอบความถูกต้องของการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท่าจากโรคเบาหวาน จากนั้นสรุปผลการปฏิบัติ และแจกคู่มือความรู้พร้อมทั้งอธิบายวิธีการใช้

ขั้นตอนที่ 4 การทดลองปฏิบัติ ใช้เวลาครั้งละ 4 ชั่วโมง 40 นาที โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 6 กลุ่ม กลุ่มละ 3 คน ผู้วิจัยชี้แจงวิธีปฏิบัติแก่กลุ่มตัวอย่าง 3 คน และผู้ที่เป็นเบาหวาน 6 คน ที่มารับการตรวจตามนัด แจกชุดอุปกรณ์ประเมินเท่าพร้อมแบบบันทึกผลการตรวจ ให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนฝึกฝนการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท่าจากโรคเบาหวานในผู้ที่เป็นเบาหวานจำนวน 2 คน (ลำดับที่ 1-2, 3-4 และ 5-6 ตามลำดับ) จนกว่าจะปฏิบัติได้ โดยผู้วิจัยสังเกตและตรวจสอบการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท่าจากโรคเบาหวาน ทำเช่นนี้ในแต่ละกลุ่ม จนครบทั้ง 6 กลุ่ม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการเป็น อสม. จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะ

คำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวานในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-15 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนนคะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความรู้ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนฯ น้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรู้ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนฯ มาก

ชุดที่ 3 แบบสังเกตการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวานในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ใช้สำหรับให้ผู้วิจัยตรวจสอบการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนฯ ของ อสม. จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากปฏิบัติถูกต้อง ให้ 1 คะแนน และหากปฏิบัติไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนฯ ได้ถูกต้องน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนฯ ได้ถูกต้องมาก

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ แบบสอบถามความรู้ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวานในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแบบสังเกตการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวานในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อาจารย์สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (3 คน) และพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของ

แบบสอบถามความรู้ในการประเมินฯ และแบบสังเกตการปฏิบัติในการประเมินฯ เท่ากับ .80 และ .78 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสอบถามความรู้ในการประเมินฯ ไปทดลองใช้กับ อสม. ที่อยู่ภายใต้การดูแลของ รพ.สต.สันป่าเถื่อน อำเภอค้อยสะเกิด ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .78 ส่วนแบบสังเกตการปฏิบัติในการประเมินฯ ผู้วิจัยนำไปใช้ในการสังเกตการปฏิบัติในการประเมินฯ ของ อสม. (กลุ่มเดิม) พร้อมกับพยาบาล 1 คน หากค่าความเชื่อมั่นของการสังเกต (interrater reliability) ได้ค่าเท่ากับ .83

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 026/2020 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเทพเสด็จ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยหม้อ (สมเด็จ) ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเทพเสด็จ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแบบสอบถามความรู้ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวานในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้เวลา 15 นาที จากนั้นให้จับคู่และผลัดกันประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน โดยผู้วิจัยสังเกตและตรวจสอบความถูกต้อง และบันทึกลงในแบบสังเกตการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวานในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาคนละ 7 นาที

3. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยหม้อ (สมเด็จพระ) แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความรู้ในการประเมินฯ โดยใช้เวลา 15 นาที จากนั้นให้จับคู่และผลัดกันประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน โดยผู้วิจัยสังเกตและตรวจสอบความถูกต้อง และบันทึกลงในแบบสังเกตการปฏิบัติในการประเมินฯ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาคนละ 7 นาที

4. ในสัปดาห์ที่ 1-5 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเทพเสด็จ ให้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมทั้ง 4 ขั้นตอน โดยในสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 1 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดและอภิปราย ในสัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 3 การสรุปความคิดรวบยอด ซึ่งแบ่งกิจกรรมออกเป็น 2 ครั้ง ห่างกัน 4 วัน ส่วนในสัปดาห์ที่ 4-5 ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 4 การทดลองปฏิบัติ

5. ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเทพเสด็จ ให้ตอบแบบสอบถามความรู้ในการประเมินฯ โดยใช้เวลา 12 นาที จากนั้นให้จับคู่และผลัดกันประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน โดยผู้วิจัยสังเกตและตรวจสอบความถูกต้อง และบันทึกลงในแบบสังเกต

การปฏิบัติในการประเมินฯ หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาคนละ 7 นาที

6. ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยหม้อ (สมเด็จพระ) ให้ตอบแบบสอบถามความรู้ในการประเมินฯ โดยใช้เวลา 12 นาที จากนั้นให้จับคู่และผลัดกันประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน โดยผู้วิจัยสังเกตและตรวจสอบความถูกต้อง และบันทึกลงในแบบสังเกตการปฏิบัติในการประเมินฯ หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาคนละ 7 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความรู้ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน และการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบความรู้ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน และการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 77.80 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.40 โดยมีอายุเฉลี่ย 50.83 ปี (*SD* = 14.61) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 61.10 และมีระยะเวลาการเป็น อสม. มากกว่า 10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.60 โดยมีระยะเวลาการเป็น

อสม.เฉลี่ย 14 ปี ($SD = 11.73$) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 77.80 มีอายุอยู่ในช่วง 41–50 ปี และ 51–60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.30 เท่ากัน โดยมีอายุเฉลี่ย 46 ปี ($SD = 9.01$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.60 และมีระยะเวลาการเป็น อสม. มากกว่า 10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 โดยมีระยะเวลาการเป็น อสม.เฉลี่ย 10.67 ปี ($SD = 8.93$)

2. การเปรียบเทียบความรู้ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เฝ้าจากโรคเบาหวาน และการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เฝ้าจากโรคเบาหวาน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลัง

การทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เฝ้าจากโรคเบาหวาน และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เฝ้าจากโรคเบาหวาน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.420, p < .001$ และ $t = 6.430, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เฝ้าจากโรคเบาหวาน และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เฝ้าจากโรคเบาหวาน ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เฝ้าจากโรคเบาหวาน และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เฝ้าจากโรคเบาหวาน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
กลุ่มทดลอง (n = 18)						
ความรู้ในการประเมิน	11.33	1.78	14.00	1.28	5.420	< .001
การปฏิบัติในการประเมิน	6.44	1.76	9.50	.86	6.430	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 18)						
ความรู้ในการประเมิน	11.50	2.43	11.39	1.75	.140	.886
การปฏิบัติในการประเมิน	7.33	2.25	7.17	2.09	.270	.790

3. การเปรียบเทียบความรู้ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เฝ้าจากโรคเบาหวาน และการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เฝ้าจากโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เฝ้าจากโรคเบาหวาน และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติใน

การประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เฝ้าจากโรคเบาหวาน ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เฝ้าจากโรคเบาหวาน และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เฝ้าจากโรคเบาหวาน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.090, p < .001$ และ $t = 4.370, p < .001$)

ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เฝ้าจากโรคเบาหวาน และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เฝ้าจากโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 18)		กลุ่มควบคุม (n = 18)		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง						
ความรู้ในการประเมิน	11.33	1.78	11.50	2.43	.230	.816
การปฏิบัติในการประเมิน	6.44	1.76	7.33	2.25	1.320	.195
หลังการทดลอง						
ความรู้ในการประเมิน	14.00	1.28	11.39	1.75	5.090	< .001
การปฏิบัติในการประเมิน	9.50	.86	7.17	2.09	4.370	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เฝ้าจากโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจาก อสม.ในกลุ่มทดลองได้ เข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ทั้ง 4 ขั้นตอน ที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์เดิม ของตนเอง โดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกกระบวนการ (Kolb, 1984) ประกอบกับผู้วิจัยมีการให้ความรู้เรื่อง การประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เฝ้าจากโรคเบาหวาน โดยใช้สื่อการเรียนรู้ ที่น่าสนใจ เช่น วิดีทัศน์ อีกทั้งมีการแจกคู่มือความรู้ เรื่อง การประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เฝ้าจากโรคเบาหวาน ที่ อสม.สามารถนำกลับไปอ่านทบทวนได้ ทำให้อสม. มีความรู้ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เฝ้าจากโรค

เบาหวานเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนิดา มีทิพย์ และคณะ (2559) ที่พบว่า หลังได้รับการเรียนรู้ เชิงประสบการณ์ อสม.มีความรู้ในการคัดกรองและ ให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนได้รับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์และสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และสอดคล้องกับการศึกษา ของสุประภา ะรังษี (2560) ที่พบว่า หลังได้รับการเรียนรู้ เชิงประสบการณ์ อสม.มีความรู้เกี่ยวกับงานคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์อาหารสูงกว่าก่อนได้รับการเรียนรู้ เชิงประสบการณ์และสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเรียนรู้ เชิงประสบการณ์

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมี คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่ เฝ้าจากโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจาก อสม.ในกลุ่มทดลองได้ เข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ทั้ง 4 ขั้นตอน ที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์เดิม

ของตนเอง โดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกกระบวนการ (Kolb, 1984) โดย อสม.มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท่าจากโรคเบาหวานที่ผ่านมา ได้ร่วมกันสะท้อนคิดและอภิปรายเกี่ยวกับการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท่าจากโรคเบาหวานที่ผ่านมา ได้ดูผู้วิจัยสาธิตวิธีการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท่าจากโรคเบาหวานตามขั้นตอนอย่างละเอียด ได้จับคู่กันสาธิตย้อนกลับ โดยผู้วิจัยสังเกตและตรวจสอบความถูกต้องของการปฏิบัติ นอกจากนี้ อสม.ยังได้ฝึกฝนการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท่าจากโรคเบาหวานในผู้ที่เป็นเบาหวานที่มารับการตรวจตามนัด จำนวน 2 คน จนกว่าจะปฏิบัติได้จริง ส่งผลให้ อสม.มีการพัฒนาการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท่าจากโรคเบาหวานขึ้นเป็นลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของนิตา มีทิพย์ และคณะ (2559) ที่พบว่า หลังได้รับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ อสม.มีการปฏิบัติในการคัดกรองและให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนได้รับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์และสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และสอดคล้องกับการศึกษาของสุประภา ะรังษี (2560) ที่พบว่า หลังได้รับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ อสม.มีทักษะเกี่ยวกับงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์อาหารสูงกว่าก่อนได้รับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์และสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลชุมชนควรมีโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ไปใช้ในการพัฒนาความรู้และการปฏิบัติในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท่าจากโรคเบาหวานของ อสม.ในพื้นที่อื่น ๆ โดยเพิ่มการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท่า เพื่อให้เกิดความครอบคลุมตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อการพัฒนาศักยภาพด้านอื่น ๆ ของ อสม. เช่น การประเมินภาวะแทรกซ้อนทางตาในผู้ที่เป็นเบาหวาน การประเมินภาวะแทรกซ้อนทางสมองในผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

- จิรปริยา บุญสงค์, จิระศักดิ์ เจริญพันธ์, และจิราพร วรวงศ์. (2559). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงขวาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*, 23(2), 46–59.
- ชยพล ศิรินิยมชัย. (2561). การจัดการแผลเท้าเบาหวาน: บทบาทของพยาบาล. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ*, 24(1), 1–14.
- ชยพล ศิรินิยมชัย, ณัฐฐินิข บุญหนัก, ศรีพรรณ ศรีวงศ์วรรณ, และพิชชา วรรณชัย. (2562). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งโดยชุมชนเป็นฐานเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม ตำบลสันปูเลย อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 12(1), 14–32.
- ดวงพร กัตัญญุตานนท์, อมลวรรณ อนุการ, เบญจมาศ โนนวัฒน์, ทศนีย์ คงคล้าย, ศรีจิตรา อินสว่าง, วชิราภรณ์ บรรหาร, และปิยาภรณ์ เวชการ. (2561). การปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคเบาหวานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ. *วารสาร มจร.วิชาการ*, 21(42), 1–12.

- นิดา มีทิพย์, เดชา ทำดี, และประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล. (2559). ผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *พยาบาลสาร*, 43(พิเศษ), 104–115.
- วิชัย เอกพลากร. (บ.ก.). (2553). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551–2*. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2558 เล่มที่ 4: การบริหารงบบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง (บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง)*. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560). *แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560–2564)*. กรุงเทพฯ: อิมชัน อาร์ต.
- สุประภา ยะรังษี. (2560). *ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และทักษะงานคุ้มครองผู้บริโภคดีด้านผลิตภัณฑ์อาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเกาะลิบง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง (งานวิจัยปริญญาบัณฑิต)*. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง.
- อัจฉรา สุวรรณากินทร์. (2559). *คู่มือการพยาบาลการดูแลทำเพื่อป้องกันการเกิดแผลในผู้ป่วยเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์แรกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 The Effect of Health Literacy Development Program among Primigravida on COVID-19 Prevention Behavior

อารีรัตน์ วิเชียรประภา, พย.ม. (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด)¹
Areerat Wichainprapha, M.N.S. (Maternal and Newborn Nursing)¹
ชนิษฐา เมฆกมล, พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว)²
Kanitta Mekkamol, M.N.S. (Family Nursing)²

Received: November 3, 2022 Revised: December 23, 2022 Accepted: December 25, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .96 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 มีค่าความเชื่อมั่น .71 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนตุลาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.260, p < .01$ และ $t = 2.190, p < .05$ ตามลำดับ) 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.400, p < .05$ และ $t = 2.340, p < .05$ ตามลำดับ) และ 3) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มากกว่ากลุ่มควบคุม

^{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: kanitta@pnc.ac.th

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลแผนกฝากครรภ์ควรนำโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพนี้ไปใช้ในการสอนสุศึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์แรก เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์แรกมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ที่เหมาะสม และมีอัตราการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์แรก
พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of health literacy development program among primigravida on COVID-19 prevention behavior. The participants consisted of 60 primigravida who received the antenatal care at Phrapokklao Hospital, Chanthaburi Province and were divided into the experimental group ($n = 30$) and the control group ($n = 30$). The research instruments were composed of the health literacy development program, the personal questionnaire, the health literacy questionnaire with reliability of .96, and the COVID-19 prevention behavior questionnaire with reliability of .71. The implementation and data collection were conducted from February to October, 2022. 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 higher mean score of health literacy than that of before the experiment and that of the control group ($t = 3.260, p < .01$ and $t = 2.190, p < .05$, respectively); 2) after the experiment, the experimental group had statistically significantly higher mean score of COVID-19 prevention behavior than that of before the experiment and that of the control group ($t = 3.400, p < .05$ and $t = 2.340, p < .05$, respectively); and 3) after the experiment, the experimental group had got COVID-19 vaccine more than the control group.

This research suggests that antenatal nurses should apply this health literacy development program in health education for primigravida in order to promote appropriate COVID-19 prevention behavior and enhance COVID-19 vaccination rate.

Keywords: Health literacy development program, Primigravida,
COVID-19 prevention behavior

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) ในประเทศไทยและทั่วโลก ทำให้มีอัตราการป่วยและการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก ซึ่งโรคโควิด-19 เป็นโรคที่ติดต่อผ่านทางละอองเสมหะและการสัมผัส การติดเชื้อทำให้เกิดกลุ่มอาการทางระบบหายใจอย่างรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ณ วันที่ 29 ธันวาคม 2564 ระบุว่าพบผู้ติดเชื้อทั่วโลกจำนวน 279,114,972 คน และเสียชีวิตจำนวน 5,397,580 คน สำหรับประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อจำนวน 2,214,712 คน และเสียชีวิตจำนวน 21,630 คน (World Health Organization Thailand, 2021) โดยหญิงตั้งครรภ์เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 และเสียชีวิตได้สูง เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาทั้งระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจ รวมทั้งระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายมีประสิทธิภาพลดลง ทำให้หญิงตั้งครรภ์เพิ่มความเสี่ยงที่จะติดเชื้อโควิด-19 และมีอาการรุนแรงทั้งจากภาวะปอดอักเสบและระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (ปวีณ นุตเจริญใจ, 2564) จากรายงานการติดเชื้อโควิด-19 ในหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2563 ถึงวันที่ 25 มิถุนายน 2564 จำนวน 502 ราย พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 80.33 ซึ่งติดเชื้อแบบไม่แสดงอาการหรือมีอาการเล็กน้อย มีภาวะปอดอักเสบแต่ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ คิดเป็นร้อยละ 26.75 เสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 1.40 รวมทั้งมีการคลอดก่อนกำหนดคิดเป็นร้อยละ 12.74 (สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย, 2564) อย่างไรก็ตาม หญิงตั้งครรภ์มีอัตราการได้รับวัคซีนค่อนข้างต่ำ คือ ไม่ถึงร้อยละ 10 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ซึ่งประเทศไทยได้กำหนดเกณฑ์เป้าหมายของประชากรชาวไทยที่อาศัยอยู่ในราชอาณาจักรได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างน้อยร้อยละ 70 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวง

สาธารณสุข, 2564) ดังนั้น บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 (สุปียา วิริไฟ และพิมลดา ถัดตงาม, 2564) โดยหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีน ความเสี่ยงที่จะติดเชื้อโควิด-19 และความรุนแรงของโรคโควิด-19 ก่อนที่จะตัดสินใจรับวัคซีน ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป ควรได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เพื่อลดความรุนแรงของโรคและลดการเสียชีวิต (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564) ดังนั้น ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคโควิด-19 และการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์ จึงถือเป็นเรื่องที่ทำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ตลอดจนลดอัตราการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ได้

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของตนเองในการเข้าถึงและทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพของประชากร โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดด้านการส่งเสริม ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศสำหรับในปีงบประมาณ 2565 ได้กำหนดเกณฑ์เป้าหมายจำนวนคนมีความรู้ด้านสุขภาพ 10,000,000 คน ซึ่งดำเนินการในขอบเขตนโยบายกระทรวงสาธารณสุข “สุขภาพดีวิถีใหม่ 3 อ.” โดยความรู้ของบุคคลประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึง เข้าใจ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564) ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญของบุคคลทั้งในภาวะสุขภาพปกติและเจ็บป่วย ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ และเป็นทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพ เมื่อบุคคลได้รับการพัฒนาความรู้ด้าน

สุขภาพจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น (วรรณศิริ นิลเนตร และวาสนา เรื่องจตุโพธิ์พาน, 2562) ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหญิงตั้งครรภ์ โดยหญิงตั้งครรภ์จะต้องมีความสามารถในการเข้าใจ พิจารณา ประเมิน และแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคขณะตั้งครรภ์ เพื่อการตัดสินใจใช้ข้อมูลสุขภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง จากการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อายุ และอายุครรภ์ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ได้ (วิลาสินี บุตรศรี และอัญสุรีย์ ศิริโสภณ, 2563) ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์จึงควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ เพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดี ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการตายของมารดาได้

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพที่ดีของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนางเยาว์ สุวานิช (2565) ที่พบว่า มารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพขณะตั้งครรภ์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพจากการวัดครั้งที่ 1-3 เพิ่มขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษาผลของโปรแกรมต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และการได้รับ วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์แรก เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์แรกยังไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้หญิงตั้งครรภ์ ต้องมีการดูแลป้องกันตนเองเพิ่มมากขึ้น จึงควรส่งเสริม และพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจ เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ตัดสินใจในการดูแลตนเอง และรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 รวมทั้งสามารถปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างถูกต้อง

เหมาะสมและต่อเนื่อง เพื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีทั้ง ของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบการได้รับวัคซีนป้องกันโรค โควิด-19 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลัง การทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

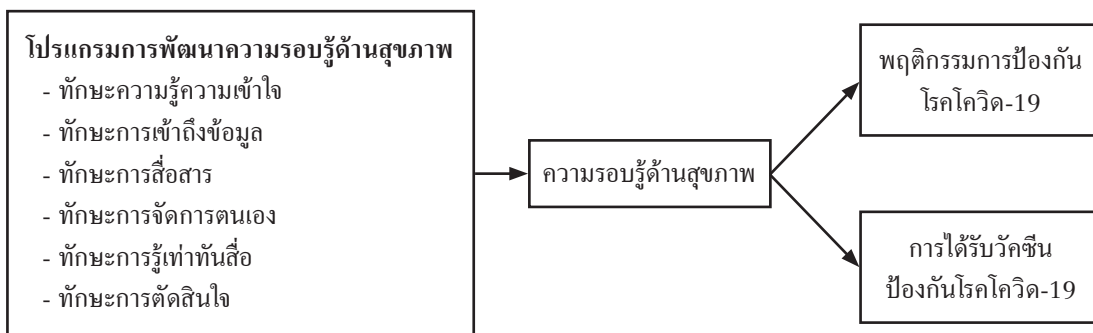
1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการได้รับวัคซีน ป้องกันโรคโควิด-19 มากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ของ Nutbeam (2008) ที่จำแนกความรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (functional health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียน ที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและทักษะทาง สังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูล ข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสาร และประยุกต์ใช้

ข้อมูลเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ สามารถวิเคราะห์ ประเมิน และนำข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้ประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการวิจัยครั้งนี้ ครอบคลุมความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 3 ระดับ และเกี่ยวข้องกับทักษะสำคัญ 6 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะความรู้ความเข้าใจ (cognitive skill) 2) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล (access skill) 3) ทักษะ

การสื่อสาร (communication skill) 4) ทักษะการจัดการตนเอง (self-management skill) 5) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy skill) และ 6) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) ซึ่งทักษะทั้ง 6 ทักษะนี้สามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลได้ หากหญิงตั้งครรภ์แรกมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 จะช่วยให้สามารถประเมินวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง และรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์และวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มาฝากครรภ์ครั้งแรก 2) ยังไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 3) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษา

ไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามที่กำหนด และขอลอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power (นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาตร์เพชร, และญาดา นภาอารักษ์, 2562) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดใหญ่ เท่ากับ .80 ซึ่งอ้างอิงจากการศึกษาของศิริวรรณ สงจันทร์, วิไลลักษณ์ ปิยะวัฒนพงษ์, ประภาศรี ทুমสิงห์, สุรางรัตน์ ไหมยิตชนสาร, และพีรญา มายูร (2562) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน

(กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 52 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 30 คน รวมจำนวน 60 คน ทั้งนี้ ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 30 คนแรก เป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 30 คนหลัง เป็นกลุ่มทดลอง โดยจับคู่ตามอายุและระดับการศึกษา

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ของ Nutbeam (2008) ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ครั้ง ในการเสริมสร้างทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสาร และทักษะการรู้เท่าทันสื่อแก่หญิงตั้งครรภ์แรกนั้น ผู้วิจัยให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ วิธีการป้องกันโรคและการดูแลตนเอง และการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 และแจกคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 สำหรับหญิงตั้งครรภ์ และ QR Code สำหรับการดาวน์โหลดเอกสารคู่มือฯ เพื่อใช้ในการพิจารณาและเปรียบเทียบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับกับข้อมูลจากสื่ออื่น ๆ อีกทั้งในการนัดหมายแต่ละครั้ง ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ข้อมูลมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้วิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ส่วนการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองแก่หญิงตั้งครรภ์แรก ผู้วิจัยให้ลงบันทึกข้อมูลอาการเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคโควิด-19 ใน Google form หรือในแบบบันทึกข้อมูล เพื่อให้มีการสังเกตอาการผิดปกติของร่างกายที่อาจเกิดขึ้นจากโรคโควิด-19 ให้ประเมินภาวะเสี่ยงต่อโรคโควิด-19 และวางแผนในการปฏิบัติตัวและการจัดการตนเอง หากติดเชื้อโควิด-19 สำหรับการเสริมสร้างทักษะการตัดสินใจแก่หญิงตั้งครรภ์แรก ผู้วิจัยให้ฝึกประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลอาการเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคโควิด-19 จากข้อมูลที่ลงบันทึกไว้ รวมทั้งตัดสินใจ

เลือกวิธีปฏิบัติในการดูแลตนเอง ซึ่งกิจกรรมแต่ละครั้ง มีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรก ใช้เวลาประมาณ 20 นาที โดยผู้วิจัยซักประวัติอาการเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคโควิด-19 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ วิธีการป้องกันโรคและการดูแลตนเอง และการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 พร้อมแจกคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 สำหรับหญิงตั้งครรภ์ และ QR Code สำหรับการดาวน์โหลดเอกสารคู่มือฯ (เมื่อต้องการอ่านผ่านโทรศัพท์มือถือ/แท็บเล็ต) ให้วางแผนในการปฏิบัติตัวและการจัดการตนเองหากติดเชื้อโควิด-19 และแนะนำการลงบันทึกข้อมูลอาการเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคโควิด-19 ใน Google form หรือในแบบบันทึกข้อมูล (มีส่วนประกอบเหมือนกันให้เลือกใช้อย่างใดอย่างหนึ่ง)

ครั้งที่ 2 หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตามแพทย์นัดครั้งที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 20 นาที โดยผู้วิจัยให้ทบทวนความรู้และคำแนะนำที่ได้รับจากการมาฝากครรภ์ครั้งก่อน ประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลอาการเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคโควิด-19 จากข้อมูลที่ลงบันทึกไว้ ให้คำแนะนำวิธีการป้องกันโรคและการดูแลตนเองในระยะคลอด และแนะนำให้ลงบันทึกข้อมูลอาการเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคโควิด-19 ใน Google form หรือในแบบบันทึกข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

ครั้งที่ 3 หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตามแพทย์นัดครั้งที่ 3 ใช้เวลาประมาณ 20 นาที โดยผู้วิจัยให้ทบทวนความรู้และคำแนะนำที่ได้รับจากการมาฝากครรภ์ครั้งก่อน ประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลอาการเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคโควิด-19 จากข้อมูลที่ลงบันทึกไว้ ให้คำแนะนำวิธีการป้องกันโรคและการดูแลตนเองในระยะหลังคลอด และการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแนะนำให้ลงบันทึกข้อมูลอาการเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคโควิด-19 ใน Google form หรือในแบบบันทึกข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

ครั้งที่ 4 หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตามแพทย์นัดครั้งที่ 4 ใช้เวลาประมาณ 20 นาที โดยผู้วิจัยให้บทวนความรู้และคำแนะนำที่ได้รับจากการมาฝากครรภ์ครั้งก่อน วิเคราะห์และสรุปข้อมูลอาการเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคโควิด-19

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของอังคินันท์ อินทรกำแหง (2560) จำนวน 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับน้อยที่สุด (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)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกำบังโรคโควิด-19 ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ บงกช โมระสกุล และพรศิริ พันธสี (2564) จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมกำบังโรคในระดับน้อย (1.00-1.99 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.00-2.99 คะแนน) และในระดับดี (3.00-4.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำไปประกอบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมกำบังโรคโควิด-19 ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล มารดาทารกและการผดุงครรภ์ และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน และนำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมกำบังโรคโควิด-19 ไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .96 และ .71 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 006/65 วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า ประสานกับหัวหน้า

แผนกฝากครรภ์และวางแผนครอบครัว เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ในการมาฝากครรภ์ครั้งแรก ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่แผนกฝากครรภ์และวางแผนครอบครัวเป็นรายบุคคล แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที จากนั้นในการมาฝากครรภ์ตามแพทย์นัดครั้งที่ 2 และ 3 ให้ได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยการซักประวัติอาการเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคโควิด-19 และการให้คำแนะนำตามอาการของหญิงตั้งครรภ์

3. ในการมาฝากครรภ์ตามแพทย์นัดครั้งที่ 4 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่แผนกฝากครรภ์และวางแผนครอบครัวเป็นรายบุคคล ให้ตอบแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที

4. ในการมาฝากครรภ์ครั้งแรก ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่แผนกฝากครรภ์และวางแผนครอบครัวเป็นรายบุคคล แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที จากนั้นให้ได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ครั้งที่ 1 ร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาล

5. ในการมาฝากครรภ์ตามแพทย์นัดครั้งที่ 2 และ 3 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่แผนกฝากครรภ์และวางแผนครอบครัวเป็นรายบุคคล ให้ได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ครั้งที่ 2 และ 3 ร่วม

กับการได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาล

6. ในการมาฝากครรภ์ตามแพทย์นัดครั้งที่ 4 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่แผนกฝากครรภ์และวางแผนครอบครัวเป็นรายบุคคล ให้ได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ครั้งที่ 4 ร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาล จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนตุลาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 20-25 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.30 เท่ากัน ทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 60 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 และอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก คือ 12 สัปดาห์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่ามีอายุอยู่ใน

ช่วง 20–25 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30 มีการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30 ทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 100 มีอาชีพแม่บ้าน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001–10,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.70 และอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ครั้งแรก คือ 8 สัปดาห์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30

2. การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ด้านสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกัน โรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($t = 3.260, p < .01$ และ $t = 3.400, p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองมี คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ไม่แตกต่างจาก ก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกัน โรคโควิด-19 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
กลุ่มทดลอง (<i>n</i> = 30)						
ความรู้ด้านสุขภาพ	4.20	.59	4.38	.64	3.260	.003
พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19	3.49	.37	3.60	.43	3.400	.020
กลุ่มควบคุม (<i>n</i> = 30)						
ความรู้ด้านสุขภาพ	4.08	.57	4.09	.57	1.770	.086
พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19	3.37	.31	3.37	.31	.000	1.000

3. การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อน การทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ด้านสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกัน โรคโควิด-19 ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนหลัง

การทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ด้านสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกัน โรคโควิด-19 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($t = 2.190, p < .05$ และ $t = 2.340, p < .05$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง						
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	4.20	.59	4.08	.57	.803	.425
พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19	3.49	.37	3.37	.31	1.386	.171
หลังการทดลอง						
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	4.38	.64	4.09	.57	2.190	.032
พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19	3.60	.43	3.37	.31	2.340	.023

4. การเปรียบเทียบการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมี

การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 คิดเป็นร้อยละ 33.30 ส่วนกลุ่มควบคุมไม่มีการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับวัคซีน	10	33.33	-	-
ไม่ได้รับวัคซีน	20	66.67	30	100

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจาก

หญิงตั้งครรภ์แรกในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์แรกมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมจำนวน 4 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ผู้วิจัยให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ผลกระทบต่อ

การตั้งครรภ์ วิธีการป้องกันโรคและการดูแลตนเอง การรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ให้ฝึกทักษะในการวางแผนในการปฏิบัติตัวและการจัดการตนเองหากติดเชื้อโควิด-19 และให้ลงบันทึกข้อมูลอาการเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคโควิด-19 ของตนเอง ส่วนครั้งที่ 2 และ 3 หญิงตั้งครรภ์แรกได้ฝึกทักษะในการประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลอาการเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคโควิด-19 ของตนเอง จากข้อมูลที่ลงบันทึกไว้ และผู้วิจัยให้คำแนะนำวิธีการป้องกันโรคและการดูแลตนเอง ในระยะคลอด ระยะหลังคลอด และการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และครั้งที่ 4 หญิงตั้งครรภ์แรกได้ทบทวนความรู้และคำแนะนำที่ได้รับในครั้งที่ 1-3 วิเคราะห์และสรุปข้อมูลอาการเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคโควิด-19 จากกิจกรรมต่าง ๆ ดังกล่าว ทำให้หญิงตั้งครรภ์แรกมีความรู้ความเข้าใจ ได้ฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 สอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ของ Nutbeam (2008) ที่กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์เป็นทักษะพื้นฐานและทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสาร และประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งทักษะสำคัญที่ต้องได้รับการพัฒนาประกอบด้วย 1) ทักษะความรู้ความเข้าใจ เป็นความรู้ความสามารถในการจดจำข้อมูล มีความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ และสามารถนำไปปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ 2) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล เป็นความสามารถในการเลือกหาแหล่งข้อมูล และทราบวิธีการในการค้นหาข้อมูลด้านบริการสุขภาพด้วยตนเอง 3) ทักษะการสื่อสาร เป็นความสามารถในการสื่อสาร สอบถามข้อมูล แลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเอง 4) ทักษะการจัดการตนเอง เป็นความสามารถในการวางแผน กำหนดเป้าหมาย และปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ รวมถึงทบทวนการปฏิบัติและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การปฏิบัติให้ถูกต้องเหมาะสม 5) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ เป็นการตรวจสอบและพิจารณาความน่าเชื่อถือ ความถูกต้องของข้อมูลที่รับจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และ 6) ทักษะการตัดสินใจ เป็นการวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียในแต่ละทางเลือก เพื่อนำมาดูแลและป้องกันโรคด้วยตนเอง การที่หญิงตั้งครรภ์แรกได้ฝึกทักษะต่าง ๆ ตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรก โดยหญิงตั้งครรภ์แรกจะต้องมีความสามารถในการเข้าใจ พิจารณา ประเมิน และแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคขณะตั้งครรภ์ เพื่อการตัดสินใจใช้ข้อมูลสุขภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงทำให้หลังได้รับโปรแกรม หญิงตั้งครรภ์แรกมีคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของดวงหทัย เกตุทอง (ม.ป.ป.) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมเสริมความรู้ด้านสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับการศึกษาของวิลาสินี บุตรศรี และอัญสุรีย์ ศิริโสภณ (2563) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ได้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพนี้ จัดให้หญิงตั้งครรภ์แรกในกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้น 4 ครั้ง ซึ่งเป็นกิจกรรมในการเสริมสร้างทักษะความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจ จึงช่วยให้หญิงตั้งครรภ์แรกได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และมีความตระหนักในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 จากการได้รับการกระตุ้นเตือนเป็นระยะ

ซึ่งการติดตามให้คำแนะนำและฝึกทักษะเพื่อพัฒนา ความรอบรู้ด้านสุขภาพจำนวน 4 ครั้งนี้ มีส่วนช่วยให้ หญิงตั้งครรภ์แรกตัดสินใจรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 นอกจากนี้ หญิงตั้งครรภ์แรกยังได้รับคู่มือการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 สำหรับหญิงตั้งครรภ์ ที่มีเนื้อหาตามคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอด และเด็กเล็ก ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ เชื้อ COVID-19 ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2563) เพื่ออ่านทบทวนและทำความเข้าใจ อีกทั้งยังมีการวางแผนในการปฏิบัติตัวและการจัดการตนเองหาก ติดเชื้อโควิด-19 รวมถึงได้ลงบันทึกข้อมูลอาการเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคโควิด-19 ของตนเองใน แบบบันทึกข้อมูล ทำให้หญิงตั้งครรภ์แรกมีการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องเหมาะสม และต่อเนื่อง และมีการตัดสินใจรับวัคซีนป้องกันโรค โควิด-19 โดยหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ขึ้นไป สามารถรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ได้ เพื่อ ลดความรุนแรงของโรคและลดการเสียชีวิต (ราชวิทยาลัย สูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564) ซึ่งผลการวิจัย ครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพีรวัดน์ ตระกูลทิวสุข (2565) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสมัครใจเข้ารับ วัคซีนโควิด-19 คือ การที่บุคคลมีการรับรู้ทางสังคม ชิงบวกเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 และการรับรู้ถึงประโยชน์ ของวัคซีนโควิด-19 ในระดับสูง และมีปัจจัยเชิงลบ เกี่ยวกับความเชื่อต่อวัคซีนและโรคโควิด-19 ในระดับ ต่ำ สำหรับกลุ่มควบคุมที่พบว่าไม่มีหญิงตั้งครรภ์แรก ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 นั้น อาจเนื่องจาก กลุ่มควบคุมไม่ได้รับคำแนะนำและการเสริมสร้างทักษะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการกระตุ้นเตือนเป็นระยะ ในการมาฝากครรภ์แต่ละครั้งเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค โควิด-19 ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ วิธีการป้องกัน โรคและการดูแลตนเอง การรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ตลอดจนการวางแผนในการปฏิบัติตัวและการจัดการ ตนเองหากติดเชื้อโควิด-19 และการสังเกตอาการเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคโควิด-19 ซึ่งส่งผลต่อความรู้

ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของการรับวัคซีนป้องกัน โรคโควิด-19 จึงทำให้กลุ่มควบคุมไม่มีหญิงตั้งครรภ์ แรกได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลแผนกฝากครรภ์ควรนำโปรแกรม การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพนี้ไปใช้ในการสอน สุขศึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์แรก เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์แรก มีความรู้ความเข้าใจ และมีพฤติกรรมการป้องกันโรค โควิด-19 ที่เหมาะสม รวมทั้งมีอัตราการได้รับวัคซีน ป้องกันโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ ในการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อนำผลไปใช้ในการวางแผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ต่อไป

2.2 ควรมีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิง ตั้งครรภ์สามารถดูแลตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *หญิง ตั้งครรภ์ อัตราตายจากโควิดสูง 2.5 เท่า แต่ยังมี ฉีดวัคซีนน้อย*. สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31041>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือ การปฏิบัติตัวสำหรับหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอด และเด็กเล็ก ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ เชื้อ COVID-19*. สืบค้นจาก https://multimedia.anamai.moph.go.th/ebooks/guide_pregnant-women-covid-19-1

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข. (2564). *รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวง สาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565*. สืบค้นจาก <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8813>
- ดวงหทัย เกตุทอง. (ม.ป.ป.). *การใช้โปรแกรมเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มารับ บริการที่คลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการ สุขภาพสตรี สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง*. สืบค้นจาก <https://mwi.anamai.moph.go.th/th/news-anamai/download/?did=206849&id=80052&reload=>
- นางเยาว์ สุวานิช. (2565). ประสิทธิผลของโปรแกรม ความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ต่อน้ำหนักทารกแรกเกิด. *วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 37(1), 41–51.
- นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาตร์เพชร, และญาดา นภาพารักษ์. (2562). การคำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. *วารสาร วิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 5(1), 496–507.
- บงกช โมระสกุล, และพรศิริ พันธสี. (2564). ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยนานาชาติ เซนต์เทเรซา และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์. *วารสาร ศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(37), 179–195.
- ปวีณช บุตรเดียมใจ. (2564). Pregnancy with COVID-19: When things turn critical. ใน *คู่มือ สดการ, ครรชิต ปิยะเวชวิรัตน์, สันจิตติ โมรากุล, และ ภูษิต เพ็องฟู (บ.ก.), The long march through COVID* (น. 507–515). นนทบุรี: บียอนด์ เอ็น เทอร์ไพรส์.
- พีรวัฒน์ ตระกูลวิสุข. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ เข้ารับวัคซีนโควิด-19 และข้อกังวลในบุคลากร ทางการแพทย์. *วารสารวิจัยและพัฒนา นวัตกรรม ทางสุขภาพ*, 3(1), 47–57.
- ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2564). *ประกาศราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ที่ 06/2564 เรื่อง การฉีดวัคซีนป้องกันโรค โควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์หรือสตรีให้นมบุตร*. สืบค้นจาก https://www.thaiperinatal.com/album/news/large/27052021143601-S_177143816.jpg
- วรรณศิริ นิลเนตร, และวาสนา เรืองจตุโพธิ์พาน. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับวิชาชีพพยาบาล. *วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย*, 15(2), 1–18.
- วิลาสินี บุตรศรี, และอัญสุรีย์ ศิริโสภณ. (2563). ปัจจัย ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ที่รับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัด นครสวรรค์. *วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัย ราชภัฏสวนสุนันทา*, 5(1), 60–70.
- ศิริวรรณ สงจันทร์, วิไลลักษณ์ ปิยะวัฒนพงษ์, ประภาศรี ทุมสิงห์, สุรางรัตน์ ไขมิตธนาสาร, และพีรญา มายูร. (2562). ผลของการใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่ม หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำเพื่อวินิจฉัย ก่อนคลอด ณ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. *วารสาร ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น*, 11(2), 39–52.
- สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย. (2564). *สถานการณ์การติดเชื้อ COVID-19 ในหญิง ตั้งครรภ์ หลังคลอด 6 สัปดาห์ และทารก แรกเกิด ระหว่าง 1 ธันวาคม 2563–25 มิถุนายน 2564*. สืบค้นจาก <https://www.thaiperinatal.com/news/5-38-25062564->

- สุเปีย วิริไฟ, และพิมลดา ลัดดางาม. (2564). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) และการตั้งครรภ์: ความทำทหายของพยาบาลผดุงครรภ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 22(43), 89-102.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2560). รายงานฉบับสมบูรณ์ เรื่อง การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย. สืบค้นจาก <http://bsris.swu.ac.th/upload/268335.pdf>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050
- World Health Organization Thailand. (2021). สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ในประเทศไทย 29 ธันวาคม 2564. สืบค้นจาก https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/thailand/2021_12_30_tha-sitrep-216-covid-19_th.pdf?sfvrsn=710ef2f1_5
-

การฝึกปฏิบัติในยุควิถีใหม่โดยประยุกต์ใช้ ADDIE Model เพื่อพัฒนาทักษะการพยาบาลขั้นต้นของนักศึกษาพยาบาล

Practical Training in the New Normal Era Applied the ADDIE Model for Developing Primary Medical Care Skills of Nursing Students

สุปราณี มณีวงศ์, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) ¹

Supranee Maneewong, M.N.S. (Community Nurse Practitioner) ¹

ชัยณรงค์ นาคเทศ, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) ²

Chainarong Naktes, M.N.S. (Community Nurse Practitioner) ²

สุวรรณี ละออบปักฉิม, กศ.ด. (การทดสอบและวัดผลการศึกษา) ³

Suwannee Laoopugsin, Ed.D. (Educational Testing and Measurement) ³

กาญจนา ปัญญาเพชร, ปร.ด. (สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ) ⁴

Kanjana Punyapet, Ph.D. (Health Education and Health Promotion) ⁴

Received: July 11, 2022 Revised: November 13, 2022 Accepted: November 22, 2022

บทคัดย่อ

ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายประการ โดยเฉพาะต่อการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติของสถาบันการศึกษาด้านสุขภาพ ที่ต้องดำเนินการให้ก้าวทันสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่พึงประสงค์ภายใต้การฝึกปฏิบัติวิธินิยาม สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 แนวทางการออกแบบการจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลขั้นต้นโดยประยุกต์ใช้ ADDIE Model ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์ 2) การออกแบบ 3) การพัฒนา 4) การนำไปใช้ และ 5) การประเมินผล เพื่อพัฒนาทักษะการพยาบาลขั้นต้นของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ด้านการซักประวัติและตรวจร่างกาย การวินิจฉัยแยกโรคและการรักษาโรค

^{1, 2, 4} อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

^{1, 2, 4} Instructor, Faculty of Nursing, Saint Louis College

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: chainarong@slc.ac.th

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

³ Associate Professor, Faculty of Nursing, Saint Louis College

ที่พบบ่อย การทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม และการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามขอบเขตวิชาชีพ โดยปรับการฝึกปฏิบัติเป็นการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในสถาบันการศึกษา และใช้กระบวนการนิเทศด้วยหลัก “4 สร้าง” คือ 1) สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ 2) สร้างประสบการณ์ 3) สร้างความชำนาญ และ 4) สร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนาผู้เรียนให้เกิดทักษะปฏิบัติและประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกับการฝึกปฏิบัติในผู้ป่วยจริงมากที่สุด และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนกับสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพได้

คำสำคัญ: การฝึกปฏิบัติในยุควิถีใหม่ ทักษะการรักษายาบาลขั้นต้น นักศึกษาพยาบาล ADDIE Model

Abstract

The effect of the COVID-19 pandemic causes many changes especially the practice learning management of health education institutes which has to keep pace with the pandemic situation, in order to ensure the students' academic achievements under the clinical practice in the new normal during the COVID-19 pandemic. Guideline for the design of teaching in primary medical care practicum applied the ADDIE Model consists of 5 steps: analysis, design, development, implementation, and evaluation. The goal is to develop primary medical care skills in senior nursing students, including history taking and physical examination, differential diagnosis and treatment for common diseases, basic surgical procedures, and rational drug usage under the professional scope by managing the students practice in simulation under 4 supervision procedures: 1) create a learning environment, 2) gather experiences, 3) build proficiency, and 4) build self-confidence. As the result, learners will develop the clinical skills and experiences that are most similar to those in practice with real patients and can be applied for health multidisciplinary learning.

Keywords: Practical training in the new normal era, Primary medical care skills, Nursing students, ADDIE Model

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (COVID-19) ส่งผลกระทบต่อหลายด้าน โดยเฉพาะต่อระบบการศึกษา ทำให้สถาบันการศึกษาไม่สามารถจัดการเรียนการสอนได้ตามปกติ จึงเกิดรูปแบบการเรียนการสอนที่หลากหลายในยุควิถีใหม่ (new normal) ประกอบด้วย 1) การเรียนแบบออนไลน์ (online)

2) การเรียนในชั้นเรียน (onsite) 3) การเรียนแบบผสมผสาน (online and onsite) และ 4) การเรียนที่บ้าน (home school) (วิชัย วงษ์ใหญ่ และมารุต พัฒนา, 2563; สุวิมล มธุรส, 2564) เพื่อนำไปสู่การพัฒนาผู้เรียนให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ (learning outcome) ตามที่คาดหวัง สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลได้รับผลกระทบในการจัดการเรียนการสอนเช่นเดียวกับ

สถาบันการศึกษาอื่นๆ โดยเฉพาะการเรียนการสอนภาคปฏิบัติที่ต้องฝึกปฏิบัติในสถานพยาบาล แต่เนื่องด้วยสถานการณ์ดังกล่าวทำให้ไม่สามารถฝึกปฏิบัติในสถานพยาบาลได้ จึงจำเป็นต้องออกแบบการฝึกปฏิบัติในยุควิถีใหม่ เพื่อพัฒนาสมรรถนะของนักศึกษาให้มีความรู้ความสามารถตามมาตรฐานวิชาชีพและผลิตบัณฑิตให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมไทย ผู้เขียนในฐานะอาจารย์พยาบาล เป็นส่วนหนึ่งในการผลิตบัณฑิตสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ จึงออกแบบการเรียนการสอนรูปแบบใหม่ให้สอดคล้องกับยุควิถีใหม่ โดยประยุกต์ใช้ ADDIE Model (McGriff, 2000) ซึ่งอาศัยหลักของวิธีการระบบ (system approach) อันเป็นรูปแบบที่ทำความเข้าใจได้ง่ายและสามารถประยุกต์ใช้ได้กับทุกสาขาวิชาชีพ รวมทั้งวิชาชีพพยาบาล เช่น การศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาสื่อการสอนเสมือนจริง เรื่องการบริหารยาสำหรับนักศึกษาพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2563) การออกแบบการเรียนการสอนเชิงระบบเพื่อพัฒนาการคิดแบบเมตาคอกนิชันของนักศึกษาพยาบาล (ปริเยศดา ภัทรสังข์ธรรม, 2559) การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ (โสภารักษ์ารธรรม, พัชรี วัฒนชัย, และจารุวัส หนูทอง, 2562) ซึ่งพบว่านักศึกษามีความรู้และทักษะปฏิบัติสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ดังนั้น เพื่อรองรับข้อจำกัดของการฝึกปฏิบัติในสถานพยาบาลจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงโดยประยุกต์ใช้ ADDIE Model ในการออกแบบการเรียนการสอนจึงมีความสำคัญ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากระบวนการคิด ความรู้ ความเชื่อมั่นในตนเอง และทักษะทางคลินิก การที่นักศึกษาพยาบาลจะมีสมรรถนะตามมาตรฐานของวิชาชีพนั้น ย่อมเป็นผลมาจากการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสมรรถนะทางวิชาการและทักษะทางคลินิก ซึ่งการทำหัตถการและทักษะด้านปฏิบัติการพยาบาลเป็น 1 ใน 8 สมรรถนะหลักของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในทุก

ระดับ (สภาการพยาบาล, 2561) ทั้งนี้ กระบวนการเรียนการสอนภาคปฏิบัติในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่างก็มีส่วนสนับสนุนให้นักศึกษาเกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ได้ไม่แตกต่างจากการเรียนการสอนภาคปฏิบัติในสถานที่จริง ดังการศึกษาที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง มีความสามารถในการปฏิบัติการรักษาพยาบาลขั้นต้นเพิ่มขึ้นและเพิ่มขึ้นมากกว่านักศึกษาที่ได้รับการเรียนการสอนตามปกติ (สืบตระกูล ตันตลานุกูล, สุวัฒน์ รัตนศักดิ์, ชมพูนุช แสงพานิช, วิภาวรรณ สีสังข์, และจิตติอาภา ตั้งคำวานิช, 2559) บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ ADDIE Model ในการออกแบบการฝึกปฏิบัติในยุควิถีใหม่ โดยจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียนที่ได้พัฒนาขึ้นให้คล้ายคลึงกับสถานที่จริง ผ่านกระบวนการนิเทศที่สำคัญ เพื่อพัฒนาทักษะการรักษาพยาบาลขั้นต้นของนักศึกษาพยาบาล

การเรียนการสอนในยุควิถีใหม่

การออกแบบการเรียนการสอนในยุควิถีใหม่เป็นการออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนที่ผู้เรียนสามารถกำหนดเป้าหมาย วิธีการ การประเมิน และการสะท้อนคิด เพื่อพัฒนาตนเองให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับยุควิถีใหม่ (วิชัย วงษ์ใหญ่ และมารุต พัฒผล, 2563) ซึ่งสามารถจัดการเรียนการสอนได้ 4 รูปแบบ ดังนี้

1. การเรียนแบบออนไลน์ เหมาะสำหรับนักศึกษาที่มีความพร้อมในการเรียนและครอบครัวมีความพร้อมในการให้ความช่วยเหลือ รวมทั้งมีเครื่องมือสนับสนุนการเรียน เช่น คอมพิวเตอร์ ไลน์บุ๊ก แท็บเล็ต สมาร์ทโฟน อินเทอร์เน็ต โดยสามารถเรียนรู้ผ่านช่องทางที่หลากหลาย เช่น Google meet, Moodle, Microsoft team, Zoom
2. การเรียนในชั้นเรียน เหมาะสำหรับสถาบันการศึกษาที่มีนักศึกษาจำนวนไม่มาก หรือมีพื้นที่เพียงพอให้สามารถปฏิบัติตามนโยบายเพื่อรักษาระยะห่าง (social distancing) หรือเหมาะสำหรับการเรียน

การสอนแบบกลุ่มย่อยที่ต้องการพัฒนาทักษะเฉพาะที่จำเป็น

3. การเรียนแบบผสมผสาน เป็นการเรียนแบบออนไลน์ร่วมกับการเรียนในชั้นเรียน เหมาะสำหรับสถาบันการศึกษาขนาดใหญ่ที่มีนักศึกษาจำนวนมาก เช่น การสลับวันเข้าเรียนในพื้นที่ เช่น กลุ่มละ 2-3 วัน ต่อสัปดาห์ เพื่อลดการรวมกลุ่มของนักศึกษา

4. การเรียนที่บ้าน เหมาะสำหรับกลุ่มเด็กที่มีความต้องการพิเศษหรือมีโรคประจำตัวที่มีความเสี่ยงหากต้องเดินทาง โดยผู้ปกครองจะมีบทบาทเป็นผู้จัดการเรียนการสอนในรูปแบบที่เหมาะสมกับผู้เรียน ซึ่งอาจเป็นการเรียนแบบออนไลน์ควบคู่กับการจัดครูเฉพาะวิชาเข้าไปสอนที่บ้าน ปัจจุบันในประเทศไทยมีการจัดการเรียนการสอนรูปแบบนี้ค่อนข้างน้อย แต่คาดว่าจะเพิ่มขึ้นในอนาคต

สำหรับการนำรูปแบบการเรียนการสอนในยุควิถีใหม่ทั้ง 4 รูปแบบ มาประยุกต์ใช้นั้น ขึ้นอยู่กับความพร้อมและเงื่อนไขของสถาบันการศึกษา อย่างไรก็ตาม ผู้เขียนเห็นว่าในแต่ละรูปแบบต้องอาศัยการจัดการจัดการและการวางแผนงานอย่างเป็นระบบตามวัตถุประสงค์ของแต่ละรายวิชา เพื่อให้การเรียนการสอนในยุควิถีใหม่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น การออกแบบการฝึกปฏิบัติในยุควิถีใหม่โดยประยุกต์ใช้ ADDIE

Model เพื่อพัฒนาทักษะการรักษาพยาบาลขั้นต้นของนักศึกษาพยาบาล

ADDIE Model

ADDIE Model ถูกพัฒนาขึ้นประมาณปี ค.ศ. 1950 เพื่อใช้ในการออกแบบการเรียนการสอน โดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ ซึ่งถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายในการออกแบบและพัฒนาระบบการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการออกแบบสื่อวัสดุอุปกรณ์ประกอบการเรียนการสอน ตลอดจนนำไปใช้ในการออกแบบการเรียนการสอนในระดับมหภาค (ปรีเยดา ภัทรสังขธรรม, 2559; ฤทธวิศ พิณจณี, 2564; McGriff, 2000) โดยอาศัยหลักของวิธีการระบบประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์ (analysis) 2) การออกแบบ (design) 3) การพัฒนา (development) 4) การนำไปใช้ (implementation) และ 5) การประเมินผล (evaluation) ซึ่งการออกแบบการเรียนการสอนโดยประยุกต์ใช้ ADDIE Model ทั้ง 5 ขั้นตอน เป็นโครงสร้างที่สามารถพบได้ทั่วไปในการวางแผนการเรียนการสอน แต่มีความแตกต่างกันในเนื้อหาของการวิเคราะห์ในแต่ละขั้นตอน ซึ่งวิธีการนำไปใช้/ กิจกรรมที่ปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนจะมีความเชื่อมต่อและเชื่อมโยงกัน โดยมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การออกแบบการเรียนการสอนโดยประยุกต์ใช้ ADDIE Model (McGriff, 2000)

ขั้นตอน	วิธีการนำไปใช้/ กิจกรรมที่ปฏิบัติ
1. การวิเคราะห์ (analysis: A)	วิเคราะห์ปัญหาและประเมินความต้องการ โดยปฏิบัติดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์ผู้เรียนด้วยการใช้กระบวนการกลุ่มหรือใช้แบบประเมิน - วิเคราะห์เป้าหมายของหลักสูตรและผลลัพธ์การเรียนรู้ของรายวิชา - วิเคราะห์ความเพียงพอของทรัพยากรที่มีอยู่ในองค์กร

ตารางที่ 1 การออกแบบการเรียนการสอนโดยประยุกต์ใช้ ADDIE Model (McGriff, 2000) (ต่อ)

ขั้นตอน	วิธีการนำไปใช้/ กิจกรรมที่ปฏิบัติ
2. การออกแบบ (design: D)	กำหนดวัตถุประสงค์และกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้ โดยปฏิบัติดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - ออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้หรือกลยุทธ์การสอน เช่น บรรยาย สาธิต อภิปรายกลุ่ม - ออกแบบสื่อการเรียนรู้ เช่น วิดีทัศน์ กราฟิก สถานที่ กรณีศึกษา - ออกแบบวิธีการวัดและประเมินผลตามวัตถุประสงค์
3. การพัฒนา (development: D)	พัฒนาสื่อการเรียนรู้และเครื่องมือ โดยปฏิบัติดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำสื่อการเรียนรู้ เช่น วิดีทัศน์ กราฟิก สถานที่ กรณีศึกษา - จัดทำเครื่องมือวัดและประเมินผล เช่น แบบฝึกหัด ข้อสอบ แบบประเมินทักษะ
4. การนำไปใช้ (implementation: I)	นำสิ่งที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับกลุ่มผู้เรียน โดยปฏิบัติดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - นำสื่อการเรียนรู้และเครื่องมือวัดและประเมินผลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้เรียนบางส่วน (tryout) - ปรับปรุงสื่อการเรียนรู้และเครื่องมือวัดและประเมินผลภายหลังการทดลองใช้ - อบรมผู้สอนในแต่ละกิจกรรมการเรียนรู้ - นำสิ่งที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงกับกลุ่มผู้เรียน
5. การประเมินผล (evaluation: E)	ประเมินผลตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ โดยปฏิบัติดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินผลระหว่างฝึกปฏิบัติหรือประเมินเป็นระยะ (formative evaluation) เพื่อพัฒนาผู้เรียน และให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) - ประเมินสรุปผล (summative evaluation) เพื่อประเมินผลการเรียนรู้ และนำผลที่ได้มาปรับปรุงในแต่ละขั้นตอนให้ดียิ่งขึ้น

การประยุกต์ใช้ ADDIE Model ในการออกแบบการฝึกปฏิบัติในยุควิถีใหม่

คณาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน ซึ่งรับผิดชอบจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลขั้นต้น ได้นำ ADDIE Model ทั้ง 5 ขั้นตอน (McGriff, 2000) มาสังเคราะห์และประยุกต์ใช้ในการออกแบบรายวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลขั้นต้น

ซึ่งเป็นการออกแบบเชิงระบบที่ทำความเข้าใจได้ง่าย สอดคล้องกับสถานการณ์และข้อจำกัดที่เกิดขึ้นจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในปัจจุบัน จากเดิมเป็นการฝึกปฏิบัติในโรงพยาบาลกับผู้ป่วยจริง มาเป็นการฝึกปฏิบัติรูปแบบใหม่ในห้องปฏิบัติการที่ออกแบบให้มีสภาพแวดล้อมใกล้เคียงกับสถานที่จริง โดยการเรียนรู้จากสถานการณ์จำลองเสมือนจริง การใช้วัสดุอุปกรณ์

และสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสม ร่วมกับการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีในการให้การดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อเต็มเต็มการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) ภายใต้การนิเทศด้วยหลัก “4 สร้าง” ที่ถูกออกแบบอย่างรอบคอบ ประกอบด้วย 1) สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ 2) สร้างประสบการณ์ 3) สร้างความชำนาญ และ 4) สร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงทฤษฎีสู่การปฏิบัติได้เป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบใหม่ในต่างประเทศที่ได้มีการนำ ADDIE Model มาประยุกต์ใช้กับนักศึกษาพยาบาล เช่น การพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาล ทักษะการแก้ไขปัญหา (Kim & Lee, 2021) การพัฒนาทักษะการสื่อสารโดยใช้สถานการณ์จำลองผ่านคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (Choi, Lee, & Gwon, 2021) ที่พบว่านักศึกษามีทักษะดังกล่าวสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งการประยุกต์ใช้ ADDIE Model ในการออกแบบการฝึกปฏิบัติในยุควิถีใหม่เพื่อพัฒนาทักษะการรักษายาบาลขั้นต้นของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีรายละเอียดดังนี้

1. การวิเคราะห์ เป็นขั้นตอนการวิเคราะห์หรือการกำหนดสิ่งที่จะเรียน โดยมีจุดเน้นในการตั้งคำถามเพื่อพิจารณาเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมาย (target audience) เป้าหมายของหลักสูตรและผลลัพธ์ของรายวิชา และทรัพยากรที่มีในองค์กร โดยดำเนินการดังนี้

1.1 วิเคราะห์ผู้เรียน (audience analysis) ผู้เรียน คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 เป็นกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย ในช่วงวัยนี้ต้องการความเป็นส่วนตัวและรักอิสระมากขึ้น จึงทำให้ผู้เรียนขาดความสนใจและให้ความสำคัญกับกิจกรรมการเรียนการสอนน้อยลง ประกอบกับในช่วงวัยนี้จะมีความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนและมองเพื่อนเป็นบุคคลที่มีความสำคัญ (พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์, วินัดดา ปิยะศิลป์, วันดี นิงสานนท์, และประสพศรี อึ้งถาวร, 2557) ซึ่งเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับอาจารย์ผู้สอนเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

สถานการณ์ต่างๆ อย่างรวดเร็ว (disruption) ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างอาจารย์ผู้สอนกับผู้เรียนและระหว่างผู้เรียนกับผู้เรียนมากขึ้น ดังนั้น การออกแบบการเรียนการสอนจะต้องเพิ่มความน่าสนใจและมีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้เรียนมากขึ้น โดยเน้นให้ผู้เรียนมีเพื่อนคู่ฝึกมีส่วนร่วมในการออกแบบการเรียนการสอนที่หลากหลายและสอดคล้องกับสถานการณ์ จะเป็นการลดช่องว่างระหว่างกัน ซึ่งจะสามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความกระตือรือร้นและส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดความสนใจมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ของ Harris, Lowery-Moore, and Farrow (2008) ที่กล่าวว่า การจัดการเรียนรู้ต้องใช้กลยุทธ์และเทคนิคที่จะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น เช่น การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง การสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก

1.2 วิเคราะห์โครงสร้างหลักสูตรและรายวิชา (course structural analysis) โดยศึกษาถึงผลลัพธ์การเรียนรู้ที่กำหนดไว้ภายหลังการฝึกปฏิบัติ ซึ่งผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องการในรายวิชาปฏิบัติการรักษายาบาลขั้นต้น คือ 1) ผู้เรียนสามารถซักประวัติ ตรวจร่างกายให้การวินิจฉัยแยกโรค และให้การรักษาโรคที่พบบ่อยได้อย่างถูกต้อง 2) ทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรมที่พบบ่อยได้อย่างชำนาญ ได้แก่ การเย็บแผล (suture) การผ่าฝี (incision and drainage [I & D]) และการถอดเล็บ (nail extraction) และ 3) สามารถช่วยอย่างสมเหตุสมผลตามขอบเขตวิชาชีพ นอกจากการพัฒนาทักษะปฏิบัติการรักษายาบาลขั้นต้นให้มีประสิทธิภาพแล้ว ยังจำเป็นต้องพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาลที่สำคัญอีกด้วย เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและเตรียมพร้อมสำหรับการก้าวเป็นบัณฑิตทางการพยาบาลในอนาคต

1.3 วิเคราะห์ทรัพยากร (resource analysis) โดยการวิเคราะห์อุปกรณ์ที่มีอยู่ภายในองค์กร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอน ซึ่งสถาบันการศึกษาแห่งนี้มีทรัพยากรที่เป็นแหล่งเรียนรู้มากมาย เช่น simulation lab หุ่นตรวจร่างกาย

วัตถุประสงค์ทางศัลยกรรม อุปกรณ์สำหรับการตรวจร่างกายเพื่อวินิจฉัยแยกโรค ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับรายวิชาปฏิบัติการรักษายาบาลขั้นต้นได้เป็นอย่างดี และเป็นแนวทางในการพัฒนาเป็นสื่อการเรียนรู้เพิ่มเติมได้

2. การออกแบบ เป็นขั้นตอนดำเนินการออกแบบการจัดการเรียนการสอนหรือการกำหนดวิธีเรียน ที่จะนำไปสู่เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของรายวิชาที่ตั้งไว้อย่างเฉพาะเจาะจงต่อสมรรถนะทางวิชาชีพที่ต้องการพัฒนา คือ สมรรถนะการรักษายาบาลขั้นต้นเชิงบูรณาการความรู้ทั้ง 4 ชั้นปี การมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษายาบาลขั้นต้น และการแสดงทักษะการรักษายาบาลขั้นต้นอย่างชำนาญ โดยดำเนินการดังนี้

2.1 ออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอน เป็นการออกแบบวิธีการเรียนให้เหมาะสมกับผู้เรียนและสอดคล้องกับเนื้อหาของรายวิชา ซึ่งการออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนต้องมีการจัดลำดับผลลัพธ์การเรียนรู้ให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจทั้งในลักษณะรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมของรายวิชา คือ 1) คิดวิเคราะห์ได้อย่างเป็นระบบโดยใช้องค์ความรู้ทางวิชาชีพ 2) ใช้ทักษะการสื่อสารในการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ และ 3) สามารถปฏิบัติทักษะการรักษายาบาลขั้นต้นได้ในสถานการณ์จำลอง ซึ่งมีการจัดแผนการเรียนรู้ให้มีการฝึกปฏิบัติหัตถการทางศัลยกรรมโดยใช้หุ่นแขนจำลองที่ผู้สอนพัฒนาขึ้น ร่วมกับการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ให้เหมือนในสถานการณ์จริง โดยผ่านการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การตรวจร่างกายเพื่อวินิจฉัยแยกโรคกับผู้ป่วยจำลอง และการใช้ simulation lab รวมถึงการให้การรักษาโดยใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามขอบเขตวิชาชีพ และมีการกระตุ้นการเรียนรู้ก่อนเข้าสู่ขั้นตอนการฝึกปฏิบัติโดยใช้เกมประกอบเนื้อหาและสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้สามารถส่งเสริมการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลได้ ดังหลายการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การสร้างบรรยากาศการเรียนรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสัมฤทธิ์ทาง

การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล โดยองค์ประกอบย่อยของบรรยากาศการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ สภาพแวดล้อมภายในชั้นเรียน วิธีการสอน กิจกรรมการเรียนรู้ และสื่อการเรียนรู้ นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับทักษะการเรียนรู้และการเรียนรู้อย่างมีความสุขของนักศึกษาพยาบาล (จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์ และคณะ, 2561; ดารารธรรม รองเมือง, 2562; รุ่งนภา กุลภักดี และเพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2560)

2.2 ออกแบบการประเมินผลตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่สามารถวัดและสังเกตได้ แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) การประเมินระหว่างเปลี่ยนหน่วยจำลองที่ฝึกปฏิบัติ โดยออกแบบเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลทักษะปฏิบัติในแต่ละหัตถการเมื่อสิ้นสุดการฝึกในแต่ละหน่วยจำลอง (formative evaluation) และ 2) การประเมินเมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนรายวิชา (summative evaluation) ด้วยการสอบวัดความรู้ ซึ่งใช้ข้อสอบที่ผ่านการพิจารณาจากทีมผู้สอน และการสอบวัดทักษะปฏิบัติด้วยการสอบ OSCE ซึ่งประยุกต์มาจากการศึกษาผลของการใช้รูปแบบการสอบ OSCEs เพื่อประเมินทักษะปฏิบัติทางคลินิกด้านการรักษายาบาลขั้นต้นของนักศึกษาพยาบาล (กชกร ธรรมนำสีล, กาญจนา ปัญญาเพ็ชร, สุปราณี น้อยตั้ง, และจินตนา อาจสันเทียะ, 2561)

3. การพัฒนา เป็นขั้นตอนที่นำผลลัพธ์ที่ได้จากขั้นตอนการออกแบบมาดำเนินการต่อ เพื่อให้สามารถลงมือฝึกปฏิบัติได้จริง โดยดำเนินการดังนี้

3.1 พัฒนาสถานที่ โดยการลงมือพัฒนาสถานที่ให้เป็นหน่วยจำลองเสมือนจริง เปลี่ยนแปลงห้องฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลและห้องเรียนในองค์กรให้คล้ายคลึงกับสถานที่จริง ประกอบด้วยแผนกฉุกเฉิน (ER) แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) และหน่วยบริการปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (PCU) เพื่อให้ นักศึกษาราบถึงบริบท ขอบเขต และบทบาทหน้าที่ ในการให้การรักษายาบาลขั้นต้นในแต่ละแผนก และ

เป็นการสร้างบรรยากาศให้เกิดการเรียนรู้ที่เสมือนจริง ให้ได้มากที่สุด

3.2 พัฒนาวัดอุปกรณ์ประกอบบทเรียน เป็นการพัฒนาหุ่นแขนจำลองที่ต้องใช้สำหรับการฝึกปฏิบัติตามที่ออกแบบไว้ โดยเริ่มจากการนำทรัพยากรที่มีอยู่ในองค์กรมาต่อยอดและปรับปรุงให้สามารถฝึกปฏิบัติได้จริง โดยพัฒนาหุ่นแขนจำลองเพื่อใช้สำหรับการฝึกทักษะทางศัลยกรรม ซึ่งทำจากวัสดุที่หาซื้อได้ง่ายและประหยัดงบประมาณ ประกอบด้วยถุงมือยางแบบหนา ใยสังเคราะห์ ลูกโป่งที่บรรจุโลหะผสมเบตาดีนให้มีลักษณะคล้ายหนอง และเล็บปลอม เพื่อใช้ในการทำหัตถการเย็บแผล ผ่าฝี และถอดเล็บ

3.3 พัฒนาสื่อการเรียนรู้ โดยการพัฒนาสื่อที่จะใช้ในการเรียนการสอนเพื่อให้สามารถนำมาฝึกปฏิบัติได้จริง เช่น กรณีศึกษา เกมประกอบเนื้อหา วิดีทัศน์ การทำหัตถการ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มนักศึกษาบางส่วน หากพบปัญหาหรืออุปสรรค จะปรับปรุงพัฒนาให้มีคุณภาพจนสามารถนำมาใช้ได้จริง โดยสื่อที่ใช้ประกอบบทเรียน คือ 1) กรณีศึกษาเสมือนจริง ที่ปรับปรุงมาจากข้อมูลของผู้ป่วยที่พบได้บ่อยในแต่ละแผนก 2) วิดีทัศน์จากสถานการณ์จริง เพื่อสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ ทบทวนบทบาทและขอบเขตการปฏิบัติในแต่ละแผนก 3) กิจกรรมเกมประกอบเนื้อหา เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ก่อนเข้าสู่บทเรียน เช่น เกมจับผิดโรค เกมเปิดป้ายทายโรค เกมหัวไม้ทายโรค เกม Where is my sign และ 4) วิดีทัศน์การทำหัตถการทางศัลยกรรม ประกอบด้วย การเย็บแผล การผ่าฝี และการถอดเล็บ เพื่อให้ให้นักศึกษานำไปทบทวนจนเกิดความคุ้นเคยและเกิดความชำนาญมากยิ่งขึ้น

4. การนำไปใช้ เป็นการนำบทเรียนที่พัฒนาขึ้นมาใช้กับกลุ่มเป้าหมายในสถานการณ์จำลองผ่านกระบวนการนิเทศ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดทั้งความรู้ ทักษะ และทักษะปฏิบัติ รวมถึงเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองที่จะก้าวสู่การเป็นบัณฑิตในอนาคต ผู้เขียนจึงวิเคราะห์ขั้นตอนการนำไปใช้รอบคอบโดยใช้

หลัก “4 สร้าง” คือ 1) สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ 2) สร้างประสบการณ์ 3) สร้างความชำนาญ และ 4) สร้างความเชื่อมั่นในตนเอง เพื่อให้เกิดทักษะและประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกับการฝึกปฏิบัติในผู้ป่วยจริงมากที่สุด โดยดำเนินการดังนี้

4.1 สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ เป็นการจัดบรรยากาศชั้นเรียนเชิงบวก ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ 1) ด้านกายภาพ (physical environment) เป็นลักษณะบรรยากาศที่เกิดจากการจัดอาคารสถานที่ สื่อวัสดุอุปกรณ์ ให้สอดคล้องกับกิจกรรมการเรียนการสอน ส่งผลให้ผู้เรียนเกิดความกระตือรือร้น มีความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัวมากขึ้น และ 2) ด้านจิตวิทยาหรือจิตใจ (psychological environment) เป็นบรรยากาศที่มีความสำคัญต่อการเรียนการสอน ซึ่งทั้งผู้สอนและผู้เรียนต้องมีส่วนร่วมในการสร้างบรรยากาศด้านนี้ร่วมกัน โดยที่ผู้สอนกับผู้เรียนและผู้เรียนกับผู้เรียนต้องมีส่วนร่วมที่ดีต่อกันและให้ความร่วมมือซึ่งกันและกัน จะทำให้การเรียนการสอนดำเนินไปได้อย่างราบรื่น (พิมพ์พันธ์ เดชะคุปต์ และเพยาว์ ยินดีสุข, 2558) ผู้เขียนจึงจัดบรรยากาศชั้นเรียนทั้งสถานที่และวัสดุอุปกรณ์ให้มีความคล้ายคลึงกับการฝึกปฏิบัติในแผนกฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก และหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนรับรู้ถึงบรรยากาศเสมือนกับอยู่ในสถานการณ์จริง ส่งผลให้ผู้เรียนเข้าใจและทราบถึงบทบาทหน้าที่ของตนเอง เข้าใจบริบทและขอบเขตการปฏิบัติงานในแต่ละแผนกได้อย่างชัดเจน และจะชัดเจนมากยิ่งขึ้นเมื่อจัดการเรียนการสอนร่วมกับการกระตุ้นการเรียนรู้ด้วยเกมประกอบเนื้อหา (game-based learning) ก่อนเข้าสู่บทเรียน การใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง การแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์ และการใช้สื่อวีดิทัศน์จากสถานการณ์จริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฤทัยรัตน์ ชิดมงคล และเปรมฤดี บริบาล (2556) ที่พบว่า บรรยากาศในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลที่มีการจัดสภาพให้มีความพร้อมทั้งทางกายภาพและ

ทางจิตใจ จะก่อให้เกิดบรรยากาศการเรียนรู้ที่อบอุ่น ทำให้นักศึกษารู้สึกผ่อนคลาย ไม่เครียด ก่อให้เกิด การรับรู้และเรียนรู้ที่ดีขึ้น จึงนำไปสู่ความสำเร็จใน การเรียนของนักศึกษามากขึ้น ดังนั้น บรรยากาศในการ เรียนการสอนจึงเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่สามารถผลักดันให้นักศึกษาเกิดแรงจูงใจในการเรียน และเกิดผลสำเร็จในการเรียนได้

4.2 สร้างประสบการณ์ เป็นการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง โดยสร้างประสบการณ์ให้นักศึกษาผ่าน สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เป็นวงจรของการลง ปฏิบัติ โดยเริ่มจากการรับรู้ปัญหา เริ่มหาวิธีแก้ไขปัญหา และลงมือปฏิบัติจนเกิดเป็นประสบการณ์ จากนั้น นักศึกษาจะสร้างความรู้ด้วยตนเองโดยการยืนยันความรู เดิมหรือเกิดการปรับเปลี่ยนความรู้เดิมเป็นความรู้ใหม่ กลายเป็นการเรียนรู้ที่มีความหมายและสามารถ นำไปใช้แก้ไขปัญหามาในสถานการณ์จริงที่คล้ายคลึงกับ ประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้มาได้อย่างเหมาะสม โดยการสร้าง ประสบการณ์จะเริ่มจากการพัฒนาความรู้และทักษะ ควบคู่กันไปตามทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom, 1956) ที่กล่าวว่า วิชา ความรู้และทักษะเป็นปัจจัยที่ มีความเชื่อมโยงกันและมีความสำคัญต่อการเรียนรู้ ความรู้ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาทักษะของผู้เรียน ใน ขณะเดียวกัน เมื่อทักษะเพิ่มขึ้นความรู้ก็จะเพิ่มขึ้นตาม ไปด้วย ผู้เขียนจึงสร้างประสบการณ์การเรียนรู้โดยใช้ สถานการณ์จำลองเสมือนจริงอย่างเป็นรูปธรรม โดยให้ ผู้เรียนได้วิเคราะห์ คิดแก้ไขปัญหามาจากการเรียนรู้ผ่าน สถานการณ์จำลองผู้ป่วยที่มีบาดแผลในระดับต่างๆ เช่น บาดแผลที่มีลักษณะดื้นหรือลึก ลักษณะของฝีหนอง การบาดเจ็บของเส้นในลักษณะต่างๆ เพื่อให้ผู้เรียนได้ ประเมิน วินิจฉัย และตัดสินใจในการรักษา ทั้งการทำ หัตถการทางศัลยกรรมและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ซึ่ง กรณีศึกษาที่พัฒนาขึ้นจะมีความแตกต่างกัน โดยเริ่มจาก กรณีศึกษาที่ง่ายไปจนถึงกรณีศึกษาที่มีความซับซ้อน มากขึ้น โดยที่ผู้สอนมีการสาธิตการปฏิบัติกับหุ่นแขน จำลอง และให้ผู้เรียนฝึกปฏิบัติและสาธิตย้อนกลับเป็น

รายบุคคลกับอาจารย์นิเทศ ผลของการใช้สถานการณ์ จำลองเสมือนจริงช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดทักษะ การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในสถานการณ์ที่ได้เผชิญ อย่างเหมาะสม และสามารถนำประสบการณ์ที่ได้รับมา ประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ ๆ ได้ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของศุภรัตน์ แจ่มแจ่ม, วิรดา อรรถเมธากุล, รัตนา นิลล้อม, และนาตยา วงศ์ยะรา (2564) ที่พบว่า ภายหลังจากสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือน จริง ผู้เรียนมีความสามารถในการแก้ปัญหา และเกิด ความมั่นใจในการปฏิบัติกรพยาบาล สูงกว่าก่อน การทดลอง

4.3 สร้างความชำนาญ เป็นความสามารถใน การกระทำหรือการปฏิบัติและทบทวนซ้ำ ๆ เกี่ยวกับการ ทำหัตถการทางศัลยกรรม การซักประวัติและตรวจ ร่างกาย การวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาลขั้นต้น รวมถึงการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามขอบเขตวิชาชีพ จนเกิดความชำนาญ โดยให้นักศึกษาพยาบาลฝึกปฏิบัติ กับเพื่อนคู่ฝึก ซึ่งในแต่ละสถานการณ์จะสลับกันเป็น พยาบาลและเป็นผู้ป่วยจำลอง เนื่องจากการฝึกปฏิบัติ กับเพื่อนที่เป็นผู้ป่วยจำลองจะทำให้ได้เรียนรู้กับร่างกาย ที่ตรงตามกายวิภาคจริงของมนุษย์ ภายหลังจากฝึก ปฏิบัติกับเพื่อนจะมีการทบทวนซ้ำ ๆ ด้วยตนเอง ผ่าน การชมวิดิทัศน์ การสาธิตจนเกิดความคุ้นเคยและเกิด ความชำนาญในที่สุด ดังการศึกษาเกี่ยวกับการสอนโดย ใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการสาธิต ที่ให้นักศึกษาพยาบาล ได้ฝึกปฏิบัติซ้ำ ๆ ในทักษะที่ยังไม่ชำนาญ พบว่า ภายหลัง การฝึกปฏิบัติ นักศึกษามีความสามารถในการเย็บแผล และผ่าฝีในระดับดีมาก (ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ, จารุณี วาระหัส, ขวัญเรือน สนิทวงศ์ ณ อุทยาน, พันทยา วรรณวิไล, และสิริมาศ วงศ์ใหญ่, 2562)

4.4 สร้างความเชื่อมั่นในตนเอง เป็นการกระตุ้น ให้นักศึกษาสร้างทัศนคติเกี่ยวกับทักษะและความสามารถ ของตนเองจนเกิดเป็นความมั่นใจในทักษะทางคลินิก ทำให้นักศึกษาเกิดการยอมรับและไว้วางใจในตนเอง โดยที่อาจารย์นิเทศให้แรงเสริมและให้กำลังใจเป็นระยะ

ในขณะที่ฝึกปฏิบัติ รวมถึงให้คำแนะนำและข้อมูลย้อนกลับ เป็นรายบุคคลภายใต้สถานการณ์ที่ไม่กดดัน เพื่อให้ เกิดประสบการณ์เชิงบวก ร่วมกับการให้รางวัลหรือ คำชมเชยในกรณีที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง เพื่อให้นักศึกษา พัฒนาตนเองจนเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของภาวิณี แพงสุข และชลดา กิ่งมาลา (2564) ที่พบว่า การใช้สถานการณ์จำลองทำให้ผู้เรียนได้ ลงมือปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเองในบริบทสิ่งแวดล้อม ที่ปลอดภัย ทำให้ได้เรียนรู้ในสิ่งที่ถูกต้อง จนทำให้ ผู้เรียนเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง

5. การประเมินผล เป็นการประเมินผลระหว่าง ฝึกปฏิบัติหรือประเมินเป็นระยะ เพื่อพัฒนาทักษะ รายบุคคล และประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ เพื่อสรุปผลและตัดสินใจ และมีการให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยมีการสร้างเครื่องมือเพื่อประเมินสื่อ/กิจกรรมหรือ โปรแกรมการเรียนการสอนตามจุดประสงค์ที่กำหนดไว้ และมีการทดสอบเครื่องมือวัดประเมินผลกับกลุ่มผู้เรียน บางส่วน เพื่อวินิจฉัยผลการเรียนรู้ที่เกิดจากผู้เรียน โดยดำเนินการดังนี้

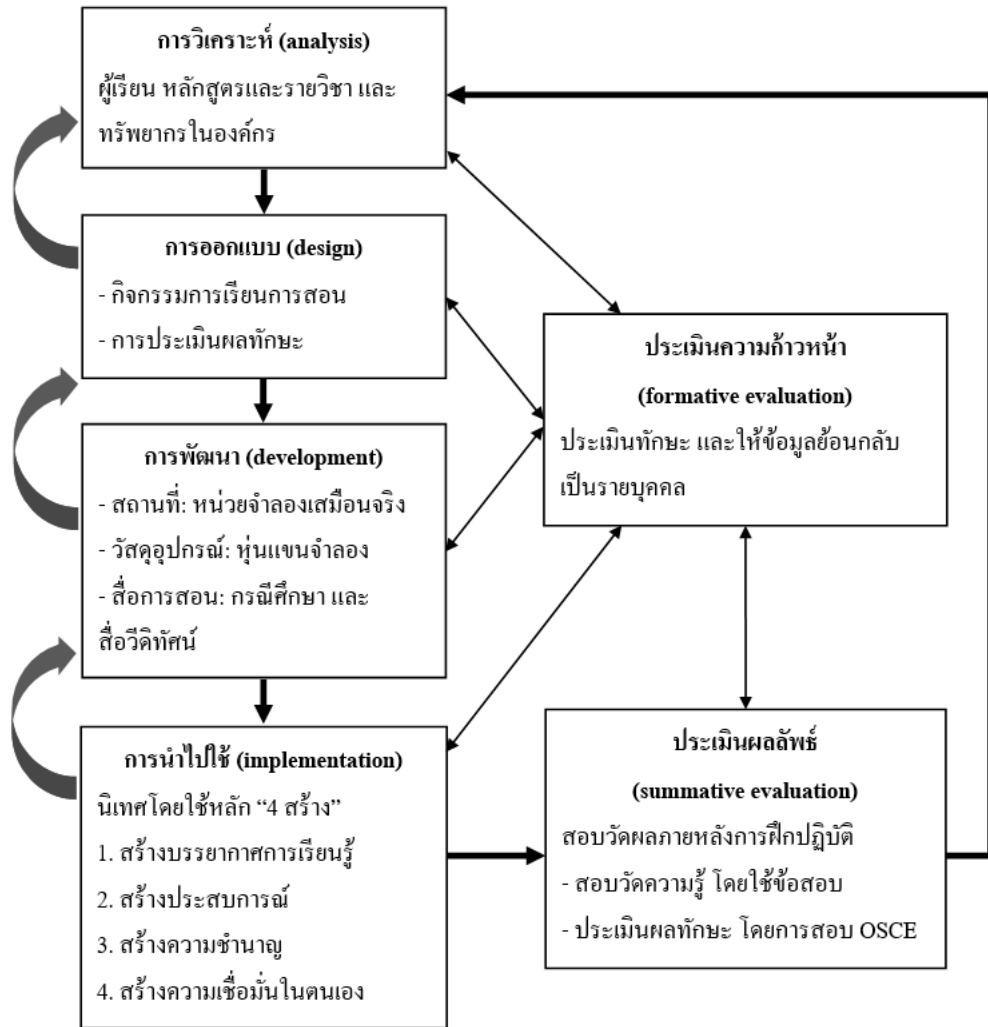
5.1 ประเมินความก้าวหน้า เป็นการประเมิน ทักษะปฏิบัติการพยาบาลขั้นต้นเกี่ยวกับการเย็บ แผล การผ่าฝี และการถอดเล็บในแผนกฉุกเฉิน ประเมิน ทักษะการตรวจร่างกายและการวินิจฉัยแยกโรคในแผนก ผู้ป่วยนอก และประเมินทักษะการรักษาโรคขั้นต้นที่ พบบ่อยด้วยการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหน่วยบริการ ปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และให้ ข้อมูลย้อนกลับในแต่ละหน่วยจำลองเป็นรายบุคคล โดย

คำนึงถึงความแตกต่างในแต่ละบุคคล ซึ่งการประเมิน จะสอดคล้องกับการออกแบบการจัดการเรียนการสอน โดยประเมินทั้งความรู้ ทักษะ และทักษะปฏิบัติ ซึ่ง อาจารย์นิเทศจะประเมินผู้เรียนในกลุ่มเป็นระยะๆ ด้วย แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการเรียน (rubrics score assessment form) และให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงบวก แก่ผู้เรียน

5.2 การประเมินผลลัพธ์ ประกอบด้วย

1) การสอบวัดความรู้ภายหลังการฝึกปฏิบัติ โดยมี เนื้อหาครอบคลุมการฝึกปฏิบัติทั้ง 3 หน่วยจำลอง ลักษณะข้อสอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ที่วัด ตั้งแต่ระดับความรู้จำ จนถึงระดับการนำไปใช้และระดับ การวิเคราะห์ และ 2) การประเมินผลทักษะปฏิบัติการ ทางการแพทย์ขั้นต้นภายหลังการฝึกปฏิบัติเสร็จสิ้น โดยการสอบ OSCE เป็นรายบุคคล ซึ่งลักษณะการสอบ OSCE เป็นการแสดงความชำนาญในทักษะปฏิบัติด้าน การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การทำหัตถการเบื้องต้น ทางศัลยกรรม การวินิจฉัยแยกโรค การรักษา และการใช้ ยาอย่างสมเหตุผล ตามผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง ของรายวิชา

การประยุกต์ใช้ ADDIE Model ทั้ง 5 ขั้นตอน ในการออกแบบการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการรักษา พยาบาลขั้นต้น สามารถสรุปเป็นแบบจำลองการออกแบบ การฝึกปฏิบัติในยุควิถีใหม่โดยประยุกต์ใช้ ADDIE Model เพื่อพัฒนาทักษะการรักษาพยาบาลขั้นต้นของ นักศึกษาพยาบาล ได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แบบจำลองการออกแบบการฝึกปฏิบัติในยุควิถีใหม่โดยประยุกต์ใช้ ADDIE Model เพื่อพัฒนาทักษะการรักษายาบาลขั้นต้นของนักศึกษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการจัดการเรียนการสอนรายวิชา ภาคนวัตกรรมในยุควิถีใหม่

จากข้อมูลที่น่าเสนอมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า ADDIE Model สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการออกแบบ การเรียนการสอนภาคนวัตกรรมได้อย่างครอบคลุมและ สอดคล้องกับบริบทของแต่ละรายวิชา ซึ่งหัวใจสำคัญ ในการพัฒนาทักษะปฏิบัติ คือ การนิเทศด้วยหลัก

"4 สร้าง" ที่ให้ความสำคัญกับการสร้างบรรยากาศ การเรียนรู้ การสร้างประสบการณ์ที่หลากหลาย การสร้าง ความชำนาญในการปฏิบัติ และการสร้างความเชื่อมั่น ในตนเอง ให้เกิดขึ้นกับนักศึกษา ซึ่งหลัก "4 สร้าง" ที่นำเสนอในบทความนี้เป็นเพียงตัวอย่างหนึ่งเท่านั้น ดังนั้นเพื่อให้การจัดการเรียนการสอนรายวิชาภาคนวัตกรรม ในยุควิถีใหม่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้เขียนขอ

เสนอแนะดังนี้

1. การออกแบบรายวิชาภาคปฏิบัติในยุควิถีใหม่ ควรมีการวางแผนอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์อย่างจริงจังในทุกขั้นตอนตามโครงสร้างของ ADDIE Model เพื่อให้การจัดการเรียนการสอนสอดคล้องกับบริบทและข้อจำกัดของแต่ละรายวิชา

2. การฝึกปฏิบัติในยุควิถีใหม่ ควรมีการสร้างบรรยากาศที่เสมือนจริง สร้างประสบการณ์ที่ท้าทายและมีการประเมินเชิงบวกตลอดระยะเวลาการฝึกปฏิบัติ ซึ่งจะเป็นตัวเร่งที่สำคัญที่ทำให้ผู้เรียนเกิดความสนใจและให้ความสำคัญกับการฝึกปฏิบัติมากขึ้น

3. การออกแบบกิจกรรมการฝึกปฏิบัติ ควรมีการร่วมมือกันระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดความชำนาญในทักษะปฏิบัติ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติในสถานการณ์จริงได้

4. การจัดการเรียนการสอนในยุควิถีใหม่ ควรมีการวิจัยและติดตามผลการประยุกต์ใช้ ADDIE Model ในการออกแบบการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนในยุควิถีใหม่ให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

สรุป

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้การเรียนการสอนภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลมีข้อจำกัดในการฝึกปฏิบัติ การประยุกต์ใช้ ADDIE Model ในการออกแบบการฝึกปฏิบัติในยุควิถีใหม่เพื่อพัฒนาทักษะการรักษายาบาลขั้นต้นของนักศึกษาพยาบาลให้คล้ายคลึงกับการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงจึงมีความสำคัญ เพราะทำให้ระบบการเรียนการสอนภาคปฏิบัติสามารถขับเคลื่อนไปได้อย่างมีประสิทธิภาพจากประสบการณ์ในการออกแบบการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการรักษายาบาลขั้นต้นพบว่า การประยุกต์

ใช้ ADDIE Model ในการวางแผนอย่างเป็นระบบมีความจำเป็นและสามารถจัดการเรียนการสอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับสถานการณ์และข้อจำกัดที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้เรียนให้ความสำคัญกับประสบการณ์และการฝึกปฏิบัติอย่างมาก โดยความสนใจที่เกิดขึ้นถูกกระตุ้นด้วยบรรยากาศการเรียนรู้ที่ผู้สอนและผู้เรียนร่วมกันสร้างขึ้น ดังนั้น การนิเทศโดยใช้หลัก “4 สร้าง” ที่ประกอบด้วย การสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ การสร้างประสบการณ์ การสร้างความชำนาญ และการสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง จึงเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนาให้นักศึกษาพยาบาลเกิดทักษะปฏิบัติด้านการซักประวัติและตรวจร่างกาย การวินิจฉัยแยกโรคและการรักษาโรคที่พบบ่อย การทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม และการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามขอบเขตวิชาชีพ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการเรียนการสอนในสายวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่น ๆ ที่มีข้อจำกัดในการฝึกปฏิบัติในสถานพยาบาลหรือในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กชกร ธรรมนำคิด, กาญจนา ปัญญาเพ็ชร, สุปราณี น้อยตั้ง, และจินตนา อาจสันเทียะ. (2561). ผลของการใช้รูปแบบการสอบ OSCEs เพื่อประเมินทักษะปฏิบัติทางคลินิกด้านการรักษายาบาลขั้นต้น ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข*, 28(3), 63–75.
- จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์, เพ็ญภกา พิสัยพันธุ์, จารุวรรณ ท่าม่วง, กฤษณี สุวรรณรัตน์, ชญาดา เนตร์กระจำง, และวรัญญา ชลธารกัมปนาท. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 29(2), 36–46.

- ดาราวรรณ รองเมือง. (2562). บรรยากาศการเรียนรู้ ความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ของนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. *วารสารเครือข่าย วิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(1), 167–177.
- ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ, จารุณี วาระหัส, ขวัญเรือน สนิทวงศ์ ณ อยุธยา, พันสา วรณวิไล, และสิริมาส วงศ์ใหญ่. (2562). ผลการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการสาธิตต่อความสามารถในการเขียนแปลและ ฝ่าฝืนของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาล กระทรงสาธารณสุข*, 29(2), 142–151.
- ปรียะดา ภัทรสัจจธรรม. (2559). การออกแบบ การเรียนการสอนเชิงระบบโดยใช้แบบจำลอง ADDIE : การพัฒนาการคิดแบบเมตาคอกนิชัน (Metacognition) ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร*, 13(2), 6–17.
- พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์, วินัดดา ปิยะศิลป์, วันดี นิงสานนท์, และประสพศรี อึ้งถาวร. (บ.ก.). (2557). *Guideline in child health supervision*. กรุงเทพฯ: สรรพสาร.
- พิมพ์พันธ์ เฉชะคุปต์, และเพียว ยินดีสุข. (2558). *การจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภาวิณี แพงสุข, และชลดา กิ่งมาลา. (2564). ผลของ การใช้สถานการณ์จำลอง ต่อความรู้และความมั่นใจ ในความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 41(2), 89–100.
- รุ่งนภา กุลกักดี, และเพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการเรียนรู้ อย่างมีความสุขของนักเรียนพยาบาล วิทยาลัย พยาบาลกองทัพบก. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 9(2), 115–127.
- ฤทธิวัต พินิจนิก. (2564). *คู่มือการออกแบบการเรียน การสอนด้วย ADDIE Model*. สืบค้นจาก https://www.mebmarket.com/index.php?action=BookDetails&book_id=145905&page_no=1
- ฤทัยรัตน์ ชิดมงคล, และเปรมฤดี บริบาล. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของนักศึกษา พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี. *วารสารพยาบาลกระทรงสาธารณสุข*, 22(1), 98–108.
- วิชัย วงษ์ใหญ่, และมารุต พัฒนา. (2563). *การออกแบบ การเรียนรู้ใน New normal*. กรุงเทพฯ: บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิรดา อรรถเมธากุล, รัตนา นิลเดื่อม, และนัตยา วงศ์ยะรา. (2564). ผลของการเรียนรู้ โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความ สามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลและ ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มี ปัญหาสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล. *วารสาร วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(3), 178–194.
- สภาการพยาบาล. (2561). *ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง สมรรถนะหลักของผู้สำเร็จการศึกษาระดับ ปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอก สาขาพยาบาล ศาสตร์ หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลชั้นสูง ระดับวุฒิปัตร์และได้รับวุฒิปัตร์/หนังสืออนุมัติ แสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาล และการผดุงครรภ์ และการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาพยาบาลศาสตร์*. สืบค้นจาก <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/004.pdf>

- สภาการพยาบาล. (2563). *สื่อการสอนเสมือนจริงเรื่อง การบริหารยาสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิต*. สืบค้นจาก https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/3_%20RDU%202563.pdf
- สืบตระกูล ตันตลานุกุล, สุวัฒน์ รัตนศักดิ์, ชมพูนุช แสงพานิช, วิชาวรรณ สีสังข์, และจิตติอาภา ตั้งคำวานิช. (2559). ผลของการจัดการเรียน การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองต่อการพัฒนา ความสามารถในการปฏิบัติการรักษาพยาบาล เบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี อุดรดิตต์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี อุดรดิตต์*, 8(1), 49–58.
- สุวิมล มทรุส. (2564). การจัดการศึกษาในระบบออนไลน์ ในยุค NEW NORMAL COVID-19. *วารสาร รัชต์ภาคย์*, 15(40), 33–42.
- โสภา รักษาธรรม, พัชรี วัฒนชัย, และจารุวัส หนูทอง. (2562). การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการบำบัด ด้วยออกซิเจนในเด็ก สำหรับนักศึกษาพยาบาล ศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 35(3), 185–198.
- Bloom, B. S. (Ed.). (1956). *Taxonomy of educational objectives, handbook 1: Cognitive domain*. New York: David McKay.
- Choi, H., Lee, U., & Gwon, T. (2021). Development of a computer simulation-based, interactive, communication education program for nursing students. *Clinical Simulation in Nursing*, 56, 1–9. doi:10.1016/j.ecns.2021.04.019
- Harris, S., Lowery-Moore, H., & Farrow, V. (2008). Extending transfer of learning theory to transformative learning theory: A model for promoting teacher leadership. *Theory Into Practice*, 47(4), 318–326. doi:10.1080/00405840802329318
- Kim, S. H., & Lee, B. G. (2021). The effects of a maternal nursing competency reinforcement program on nursing students' problem-solving ability, emotional intelligence, self-directed learning ability, and maternal nursing performance in Korea: A randomized controlled trial. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 27(3), 230–242. doi:10.4069/kjwhn.2021.09.13
- McGriff, S. J. (2000). *Instructional system design (ISD): Using the ADDIE Model*. Retrieved from <https://www.lib.purdue.edu/sites/default/files/directory/butler38/ADDIE.pdf>

ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว

Depression of Adolescents Living in Single-parent Family

วรรณ วิเชียรสรรค์, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)¹

Wanna Wicheansun, M.P.H. (Public Health)¹

อาจินต์ สงทับ, ป.ด. (อายุรศาสตร์เขตร้อน)²

Archin Songthap, Ph.D. (Tropical Medicine)²

Received: October 6, 2020 Revised: December 18, 2022 Accepted: December 19, 2022

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก เป็นภาวะที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนรวมทั้งวัยรุ่น ภาวะซึมเศร้ามักแสดงออกด้วยความผิดปกติด้านอารมณ์เป็นหลัก เช่น ความรู้สึกเศร้า หงุดหงิดง่าย สิ้นหวัง ความสนใจในสิ่งต่างๆ ลดลง ภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก โดยปัจจัยภายใน ได้แก่ ความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง พันธุกรรม และการมีความคิดทางลบ ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อม สังคม และครอบครัว ซึ่งครอบครัวถือว่ามีอิทธิพลอย่างมากต่อการพัฒนาด้านจิตใจและอารมณ์ของวัยรุ่น การที่ครอบครัวในสังคมไทยในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวมากขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบต่อวัยรุ่นหลายประการ โดยเฉพาะการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้น การทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการดูแลและสนับสนุนช่วยเหลือวัยรุ่นที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว วัยรุ่น

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

¹ Doctoral Collegian, Program in Public Health, Faculty of Public Health, Naresuan University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: wannaw62@nu.ac.th

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² Assistant Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University

Abstract

Depression is one of the important health problems in Thailand and worldwide. It can occur to everyone including adolescents and it often manifests with emotional disorders such as grief, easily irritated, despair, and decreased interest. Depression is caused by internal and external factors. Internal factors consist of neurotransmitter imbalance, heredity, and having negative thought, while external factors are environment, social, and family. Family strongly influences mental and emotional development of adolescents. At present, Thai families have largely changed into single-parent families which resulting in many effects to adolescents, especially depression. Therefore, the understanding of depression among adolescents living in single-parent families is necessary. This will help relevant agencies use the information for proper designing of care and assistance among depression risk group adolescents.

Keywords: Depression, Single-parent family, Adolescent

บทนำ

ปัจจุบัน ครอบครัวในสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว (single-parent family) มากขึ้น ซึ่งครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวเป็นครอบครัวที่ประกอบด้วยแม่หรือพ่อและบุตร มีสาเหตุมาจากการหย่าร้างหรือการแยกทางกันของกลุ่มสมรส รวมถึงการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น (ขวัญเนตร สุขใจ, 2562) จากข้อมูลพบว่า ในช่วงปี 2562-2564 ประเทศไทยมีอัตราการหย่าร้างถึงร้อยละ 39.08, 44.60 และ 46.04 ตามลำดับ (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2565) และมีครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวเพิ่มขึ้น จาก 0.97 ล้านครัวเรือน เป็น 1.37 ล้านครัวเรือน (ขวัญเนตร สุขใจ, 2562) การเกิดครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวก่อให้เกิดผลกระทบหลายประการทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสภาพจิตใจของวัยรุ่น (กลุ่มการพัฒนามาตรการกลไก กองส่งเสริมสถาบันครอบครัว, 2558) โดยพ่อหรือแม่จะเป็นผู้หารายได้เพียงคนเดียว ส่งผลต่อฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว บุตรวัยรุ่นต้องทำงานควบคู่ไปกับการเรียนเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระของพ่อหรือแม่ และได้รับผลกระทบ

ด้านจิตใจ เช่น ขาดความรัก ความอบอุ่น ขาดการดูแลใส่ใจ ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ เกิดภาวะซึมเศร้า ส่งผลต่อพฤติกรรมและบุคลิกภาพ (ขวัญเนตร สุขใจ, 2562) ดังการศึกษาที่พบว่า วัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวมีพฤติกรรมเรื้อรัง โหยหาความรัก มีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองต่ำ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น (มนทนา กัญญาชานนท์, 2561; Daryanani et al., 2017) สำหรับสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นจากการศึกษาของวิมลวรรณ ปัญญาอ่อน, รัตนศักดิ์ สันติชานากุล, และโชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ (2563) พบว่า วัยรุ่นอายุ 11-19 ปี ทั่วประเทศ มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 17.50 ในขณะที่การศึกษาของอัญมณี มณีนิล, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ (2565) พบว่า วัยรุ่นตอนปลายมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 51.25 ส่วนข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2565) ระบุว่า ในปี 2564 วัยรุ่นไทยมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 32 โดยมีเด็กและวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี กว่า 10,000 คน โทรเข้าสายด่วนสุขภาพจิต

1323 เพื่อขอรับคำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต โดยปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ความเครียดและภาวะซึมเศร้า ซึ่งวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าสูงมักมีความคิดฆ่าตัวตายสูงเช่นกัน (วินัย รอบคอบ, สมบัติ สกกุลพรรณ, และหรรษา เศรษฐบุปผา, 2561) จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวและสัมพันธภาพในครอบครัวส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของวัยรุ่น นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายได้ ซึ่งการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นควรเริ่มจากครอบครัว เพราะบุคคลในครอบครัวมีความใกล้ชิดกับวัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นรู้สึกปลอดภัย (พัชชา รวยจินดา, สุคนธา ศิริ, ดุสิต สุจิรารัตน์, และศุภชัย ปิติกุลตั้ง, 2561) บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น อาการแสดงของภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าต่อวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว และแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนให้การดูแลและสนับสนุนช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไป

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ปัจจุบัน ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น แบ่งออกเป็น 2 ปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยภายใน ประกอบด้วย 1) ความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง โดยมี serotonin, dopamine และ norepinephrine ลดลง โดยเฉพาะ serotonin พบว่าเมื่อ serotonin ลดลง บุคคลจะมีอารมณ์ทางบวกลดลง ส่งผลให้รู้สึกซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ และไม่มีสมาธิ (Stuart, 2013) 2) พันธุกรรม เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติในยีน และสามารถถ่ายทอดสู่บุตรหลานได้ (ไพบรียพันธ์ สันตะพันธ์, ศิริบุญพร บุสหงส์, และเชาวลิต ศรีเสริม, 2562) และ 3) การมีความคิดทางลบ ทำให้มองตนเองในทางลบ ความรู้สึกมีคุณค่า

ในตนเองลดลง มีอนาคตในทางลบ รู้สึกสิ้นหวังและล้มเหลว นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด (ดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2555)

2. ปัจจัยภายนอก ประกอบด้วยสิ่งแวดล้อม สังคม และครอบครัว หากวัยรุ่นไม่ได้รับการตอบสนองด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ดี จะทำให้รู้สึกเสียคุณค่าในตนเอง ไม่มีความสุข สับสน เสียใจ นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (ดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2555) อีกทั้งการที่ครอบครัวแตกแยก และการเผชิญเหตุการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้เช่นกัน (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความผูกพันในครอบครัวมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น หากวัยรุ่นมีความผูกพันในครอบครัวต่ำจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น (อัณวมณี มณีนิล และคณะ, 2565) ซึ่งสัมพันธภาพในครอบครัวถือเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (นันทยา คงประพันธ์, 2563) โดยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีสัมพันธภาพในครอบครัวต่ำกว่าวัยรุ่นทั่วไป (ศุพรา เอื้ออภิสิทธิ์วงศ์, 2563) นอกจากนี้ วัยรุ่นที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนน้อย หรือมีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมน้อย จะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น (โสภณ แสงอ่อน, พชรินทร์ นินทจันทร์, และจุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว, 2561)

สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมักไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง แต่เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งปัจจัยภายใน เช่น ความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง พันธุกรรม และปัจจัยภายนอก เช่น ครอบครัว การที่ทราบว่าวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าหรือไม่นั้น จำเป็นที่จะต้องประเมินอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น

อาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีอาการแสดงที่สำคัญ 4 ด้าน ดังนี้ (Beck & Alford, 2009 อ้างถึงในดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2555)

1. การแสดงออกด้านอารมณ์ (emotion) โดย

มีความรู้สึกเศร้า หงุดหงิดง่าย ลึนหัวง กระจวนกระจวาย ร้องไห้บ่อยครั้ง ความพึงพอใจในตนเองลดลง ความสนใจในสิ่งต่างๆ ลดลง เมื่อหน่าย ไม่มีแรงจูงใจ ท้อแท้ ไม่รู้สึกกระตือรือร้นในชีวิต ไม่อยากทำกิจกรรมต่างๆ

2. การแสดงออกด้านความคิด (cognition) โดยมีความคิดทางลบ มีการประเมินตนเองต่ำ เช่น คิดว่าตนเองล้มเหลว ทำอะไรไม่สำเร็จ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า มีความยากลำบากในการตัดสินใจ สมารถลดลง บางครั้งมีความคิดอยากตายหรืออยากฆ่าตัวตาย

3. การแสดงออกด้านพฤติกรรม (behavior) โดยไม่สนใจภาพลักษณ์ของตนเอง มีการดูแลตนเองลดลง ไม่เข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนหรือไม่ไปโรงเรียน แยกตัวจากสังคมและเพื่อน ไม่ร่วมกิจกรรมกับครอบครัว เก็บตัวอยู่คนเดียว และอาจมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

4. การแสดงออกด้านร่างกาย (physical) โดยมีความอยากรับประทานอาหารลดลง น้ำหนักลดลง หรือรับประทานอาหารมากเกินไป น้ำหนักเพิ่มขึ้น เคลื่อนไหวเชื่องช้า นอนมากเกินไปหรือนอนน้อยกว่าปกติ ขาดความสนใจเรื่องเพศ มีความเชื่อว่าตนเองเจ็บป่วยทางกาย เพราะมักมีอาการทางกายร่วมด้วย เช่น ปวดท้อง ท้องอืด ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก อ่อนเพลีย ไม่อยากเคลื่อนไหว

สรุปได้ว่า อาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ประกอบด้วย การแสดงออกด้านอารมณ์ การแสดงออกด้านความคิด การแสดงออกด้านพฤติกรรม และการแสดงออกด้านร่างกาย โดยมักแสดงออกด้วยความผิดปกติด้านอารมณ์เป็นหลัก เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นในวัยรุ่นแล้ว ย่อมมีผลกระทบหลายประการตามมา โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว

ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าต่อวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว

ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว สังคม

และเศรษฐกิจของประเทศ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผลกระทบต่อตนเอง ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านต่างๆ คือ ด้านสติปัญญา ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ และด้านพฤติกรรม ทำให้ผลการเรียนต่ำลง สภาพอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด ร้องไห้ ตัดสินใจได้ช้าลง (วินัย รอบคอบ และคณะ, 2561) อาจมีอาการเจ็บป่วยทางกาย นอนไม่หลับ รู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย น้ำหนักเพิ่มขึ้นหรือลดลง ปวดศีรษะ ปวดท้อง และหมดความสนใจหรือความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่างๆ (สุนันท์ เสียงเสนาะ, 2560)

2. ผลกระทบต่อครอบครัว มีดังนี้

2.1 ผลกระทบด้านจิตใจของสมาชิกในครอบครัว เมื่อวัยรุ่นซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวมีภาวะซึมเศร้า สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกเครียดและวิตกกังวล เพราะสงสาร ห่วงใย ละอายใจ มีความเจ็บปวดจากคำถามเกี่ยวกับครอบครัวในเรื่องสาเหตุการเจ็บป่วย รู้สึกผิดกับสิ่งที่เกิดขึ้น รวมถึงมีความวิตกกังวลในสัมพันธภาพกับสังคม กลัวการแบ่งแยกจากชุมชน กลัวปฏิกิริยาของคนในชุมชน และหากวัยรุ่นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ส่งผลให้ครอบครัวมีความรู้สึกผิดหวังและทุกข์ใจ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

2.2 ผลกระทบด้านสัมพันธภาพและเศรษฐกิจของครอบครัว ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธภาพและบทบาทความรับผิดชอบในครอบครัว เช่น ความรับผิดชอบที่ครอบครัวจะต้องดูแลวัยรุ่นเพิ่มและยาวนานขึ้น อาจส่งผลต่อการประกอบอาชีพและการปฏิบัติภารกิจอื่นๆ ของสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ ครอบครัวอาจมีปัญหาด้านการเงินจากการที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง เนื่องจากภาวะซึมเศร้าต้องใช้เวลาในการรักษานานและยังเป็นภาระของครอบครัวที่จะต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (วินัย รอบคอบ และคณะ, 2561)

3. ผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ

จากการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้วัยรุ่นเริ่มใช้สารเสพติด ส่งผลกระทบต่อการศึกษา (อัญมณี มณีนิล และคณะ, 2565) มีปัญหาในบทบาททางสังคมเมื่อเข้าสู่ผู้ใหญ่ เช่น การทำงาน มีพฤติกรรมแยกตัวจากเพื่อนและสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลลดลง ความสนใจต่อกิจกรรมที่เคยทำลดลง และผลกระทบที่สำคัญที่สุด คือ ภาวะซึมเศร้านำไปสู่การฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ จากข้อมูลระบุว่า ความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคมจากภาวะซึมเศร้าพบเป็นลำดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในทุกประเทศทั่วโลก โดยรัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น จึงเป็นการสูญเสียด้านเศรษฐกิจของประเทศด้วย (วินัย รอบคอบ และคณะ, 2561)

สรุปได้ว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นก่อให้เกิดผลกระทบหลายประการตามมา ได้แก่ ผลกระทบต่อตนเอง ผลกระทบต่อครอบครัว ทั้งด้านจิตใจของสมาชิกในครอบครัว และด้านสัมพันธภาพและเศรษฐกิจของครอบครัว และผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ ดังนั้น การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น

แนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีแนวทางหรือวิธีปฏิบัติที่หลากหลาย ที่ใช้กันทั่วไป คือ หลักการปฐมพยาบาลทางใจ 3 ส. ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2560) ดังนี้

1. สอดส่อง มองหา (look) โดยพิจารณาความซุกของภาวะซึมเศร้าในพื้นที่ สํารวจผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่น วัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว วัยรุ่นที่มีประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โดยเฝ้าระวังสังเกตอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า เพื่อเป็นการคัดกรองหรือค้นหากลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในพื้นที่ ซึ่งเป็นการเฝ้าระวังอีกทางหนึ่งที่สามารถช่วยให้อีกกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้รับ

การประเมินและได้รับการดูแลที่ถูกต้องในเบื้องต้นอย่างทันทั่วทั้งที่และครอบคลุม

2. ใฝ่ใจ รับฟัง (listen) เมื่อพบผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า อย่าปล่อยให้ผู้นั้นคนเดียว ให้เข้าไปพูดคุยอย่างตั้งใจ รวมทั้งใช้ภาษากาย เช่น จับมือ โอบกอด ทำให้เขาได้รับความอบอุ่นและเชื่อใจ ไม่ได้รู้สึกเหมือนอยู่ตัวคนเดียว จากนั้นรับฟังสิ่งที่เขารู้สึกหรือประสบมาอย่างตั้งใจ เพื่อให้เกิดความสบายใจและผ่อนคลายกับเรื่องที่อยู่กังวลอยู่ ให้คำแนะนำ คำปรึกษา และข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ถูกต้อง และเป็นประโยชน์ โดยให้การรับฟังมากกว่าการแสดงความคิดเห็น

3. ส่งต่อ เชื่อมโยง (link) เมื่อพบผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าแล้ว ให้การรับฟังอย่างตั้งใจและใฝ่ใจ ให้ข้อมูล คำแนะนำ หรือให้กำลังใจต่างๆ ในเบื้องต้นแล้ว หากอาการแสดงของภาวะซึมเศร้ายังไม่ดีขึ้นและยังเป็นอยู่นาน ควรติดต่อบุคลากรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ เพื่อช่วยประสานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินการประเมินภาวะซึมเศร้า และส่งต่อไปยังหน่วยงานเฉพาะ เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

จากหลักการปฐมพยาบาลทางใจ 3 ส. ข้างต้นในการสำรวจผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า นั้น วัยรุ่นในโรงเรียนควรได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน เช่น แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย ในบริบทโรงเรียน (the Thai version of the Patient Health Questionnaire for Adolescents [PHQ-A] in school setting) ซึ่งวิมลวรรณ ปัญญาว่อง, โชษิตา กาวสุทธิไพสิฐ, และรัตนศักดิ์ สันติธาตกุล (2565) ได้ทำการศึกษาคุณภาพของแบบประเมินดังกล่าว และให้ข้อคิดเห็นว่า บุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาที่ทำงานด้านสุขภาพจิตวัยรุ่น สามารถนำแบบประเมิน PHQ-A ไปใช้ในการคัดกรองวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้าได้

ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น นอกจาก

บุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข และบุคลากรทางการศึกษา จะมีบทบาทที่สำคัญแล้ว เพื่อนของวัยรุ่นที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าก็มีบทบาทที่สำคัญเช่นกัน โดยเพื่อนมีบทบาทใน 4 ลักษณะ ตามหลัก MAST ได้แก่ การสังเกตและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในตัวเพื่อน (monitor; M) การส่งเสริมกิจกรรมทางกายและจิตใจของเพื่อน (Activity; A) การสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อน (Support; S) และการช่วยเพื่อนให้เข้ารับการรักษาภาวะซึมเศร้า (treatment; T) (รวีพรดิ พูลลาก และ อาจินต์ สงทับ, 2563) จะเห็นได้ว่า การปฏิบัติตามหลัก MAST มีความสอดคล้องกับหลักการปฐมพยาบาลทางใจ 3 ส. ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2560) โดยการสังเกตและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในตัวเพื่อน สอดคล้องกับหลัก “สอดส่องมองหา” ส่วนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและจิตใจของเพื่อน และการสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อน สอดคล้องกับหลัก “ใส่ใจรับฟัง” และการช่วยเพื่อนให้เข้ารับการรักษาภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับหลัก “ส่งต่อ”

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือทั้งจากบุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรทางการศึกษา เพื่อน รวมทั้งหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวซึ่งอยู่ใกล้ชิดวัยรุ่นมากที่สุด โดยทั่วไป แนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้น ส่วนใหญ่จะใช้โรงเรียนเป็นฐาน มุ่งเน้นการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหา การเผชิญปัญหา หรือการเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านอารมณ์หรือความคิด มีกระบวนการช่วยเหลือวัยรุ่นที่อาจมีปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียน เช่น การเน้นความสำคัญเกี่ยวกับทักษะชีวิตในชั่วโมงเรียน การมีระบบอาจารย์ที่ปรึกษาที่เข้าถึงได้ง่าย การมีระบบเพื่อนช่วยเพื่อน การสังเกตพฤติกรรมในโรงเรียนที่มีความเสี่ยง ส่วนการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง เช่น วัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว มีพ่อแม่ที่มีประวัติเป็นโรคซึมเศร้า ครอบครัวไม่อบอุ่น มีการหย่าร้างหรือการสูญเสีย ส่วนใหญ่จะใช้ครอบครัว

เป็นฐานหรือชุมชนเป็นฐาน มุ่งเน้นการเสริมสร้างทักษะการจัดการกับความคิดทางลบ การปรับโครงสร้างความคิดใหม่ และการเสริมสร้างทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว สำหรับการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าแต่ยังไม่ถึงเกณฑ์โรคซึมเศร้า จะมีการจัดกิจกรรมที่ช่วยลดความรุนแรงของระดับภาวะซึมเศร้าและป้องกันไม่ให้เกิดโรคซึมเศร้า มีการทำกิจกรรมจิตบำบัด การจัดการกับพฤติกรรมหรือปัญหา ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (ดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2555)

เมื่อพิจารณาการป้องกันภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว ควรเริ่มต้นจากสถาบันครอบครัวเป็นอันดับแรก ในการทำความเข้าใจอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งจะเป็นการช่วยสอดส่อง เฝ้าระวังสมาชิกในครอบครัว มีการใส่ใจรับฟังสิ่งต่างๆ ที่เขากำลังเผชิญอยู่ ให้กำลังใจ ส่งเสริมกิจกรรมการใช้เวลาว่าง เพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ ทำกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัว ซึ่งควรเป็นกิจกรรมที่เน้นการเสริมสร้างความผูกพันในครอบครัว และเพิ่มความฉลาดทางสังคมให้แก่วัยรุ่น (อัญมณี มณีนิล และคณะ, 2565) แนะนำการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เพื่อช่วยลดความเครียด และส่งเสริมการฝึกทักษะให้วัยรุ่นได้ปรับมุมมองความคิด เห็นคุณค่าในตนเอง ครอบครัว และสังคม รวมทั้งมีการส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเมื่อจำเป็น เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ ถูกต้องและเหมาะสม

ในปัจจุบัน มีผู้คิดค้นแนวทางหรือโปรแกรมต่างๆ ที่ใช้ในการป้องกันหรือลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น ดังที่ชนกพร ศรีประสาร, จินตนา วัชรสินธุ์, และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ (2561) ได้พัฒนาและศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมเสริมสร้างความสุขและความเข้มแข็งทางใจโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจกัน 2) การเข้าใจความเป็นจริงของวัยรุ่น โดยให้บอกเล่าเกี่ยวกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน พร้อมระบุความคิดทางลบในมุมมองตนเอง และเชิญชวนให้แบ่งปันความฝันและความหวัง

3) การเสริมสร้างสัมพันธภาพทางบวกและการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว โดยฝึกการสื่อสารทางบวกและการฟังอย่างลึกซึ้งด้วยความเห็นอกเห็นใจร่วมกันกับครอบครัว 4) การส่งเสริมอารมณ์ทางบวกและการมองโลกในแง่ดี โดยให้เล่าเรื่องสนุกหรือมีความสุข ฝึกหัวเราะออกกำลังกาย และเจริญสติ 5) การสนับสนุนการค้นหาเป้าหมายและความหมายในชีวิต โดยให้ระบุเป้าหมายในชีวิต เล่าประสบการณ์ที่ดีกับครอบครัว ความกตัญญูต่อครอบครัว และ 6) การสะท้อนคิดและประเมินผล โดยให้ข้อเสนอแนะ ให้คำชมเชยแก่วัยรุ่น เมื่อนำโปรแกรมไปใช้กับวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม วัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้ามลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

สรุป

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญที่บุคลากรสาธารณสุขควรตระหนัก โดยเฉพาะวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมักเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน อาการแสดงของภาวะซึมเศร้ามีทั้งด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านร่างกาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัววัยรุ่นเอง ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจของประเทศ การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นถือเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น โดยใช้หลักการปฐมพยาบาลทางใจ 3 ส. ที่ประกอบด้วย “สอดส่องมองหา” “ใส่ใจรับฟัง” และ “ส่งต่อ” ร่วมกับให้เพื่อนใช้หลัก MAST ที่ประกอบด้วย การสังเกตและเฝ้าระวัง ภาวะซึมเศร้าในตัวเพื่อน การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และจิตใจของเพื่อน การสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อน และการช่วยเพื่อนให้เข้ารับการรักษาภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ การป้องกันภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจากครอบครัว บุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเริ่มจากครอบครัว สังเกตอาการแสดงด้านอารมณ์และด้านพฤติกรรม จัดให้ได้รับการคัดกรอง วินิจฉัย และได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้วัยรุ่นสามารถดำเนินชีวิต

ในสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2565). *อัตราการทำร้าย พ.ศ. 2525-2564*. สืบค้นจาก <http://service.nic.go.th/em-line.php?id=287>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *การปฐมพยาบาลทางใจ..ใช้ 3 ส.* สืบค้นจาก <https://www.moph.go.th/index.php/news/read/600>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *สภาวะอารมณ์ที่ไม่คงที่ในวัยรุ่น (ตอนที่ 1)*. สืบค้นจาก <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2503>
- กลุ่มการพัฒนามาตรฐานการกลไก กองส่งเสริมสถาบันครอบครัว. (2558). *สรุปรายงานผลการจัดประชุมสมัชชาครอบครัวระดับชาติ ประจำปี 2558*. สืบค้นจาก <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER5/DRAWER087/GENERAL/DATA0000/00000059.PDF>
- ขวัญเนตร สุขใจ. (2562). *ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว: ความท้าทายที่ต้องก้าวผ่านให้ได้ในสังคมไทยปัจจุบัน*. สืบค้นจาก <https://tinyurl.com/mrxxrwum>
- ชนกพร ศรีประสาร, จินตนา วัชรสินธุ์, และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์. (2561). การศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมเสริมสร้างความสุขและความสัมพันธ์ทางใจโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานต่ออาการซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(พิเศษ), 279-288.
- ดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2555). *การทดสอบรูปแบบภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นไทย* (วิทยานิพนธ์ปริญญา ดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทยา คงประพันธ์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น กรณีศึกษา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 5(11), 302-315.

- โปรยทิพย์ สันตะพันธ์, ศิริณพร บุสหงส์, และเชาวลิต ศรีเสริม. (2562). ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: บทบาทพยาบาล. *วารสารเกื้อการุณย์*, 26(1), 187–199.
- พัชชา รวยจินดา, สุคนธา ศิริ, ดุสิต สุจิรารัตน์, และศุภชัย ปิติกุลตั้ง. (2561). ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น. สืบค้นจาก file:///C:/Users/Admin/Downloads/1983-3961-1-SM.pdf
- มนทชา ภิญาชานนท์. (2561). *สภาพการดำเนินชีวิตครอบครัวเดี่ยวเดี่ยวและการสนับสนุนของเครือข่ายทางสังคม* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). สมุทรปราการ: มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- มาโนช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุขนิษฐ์. (บ.ก.). (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รวีวรรณ พูลลาภ, และอาจินต์ สงทับ. (2563). บทบาทของเพื่อนในการช่วยเพื่อนวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า. *พุทธชินราชเวชสาร*, 37(3), 368–377.
- วินัย รอบคอบ, สมบัติ สฤตพรรณ, และहरรรษา เศรษฐบุปผา. (2561). ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น. *พยาบาลสาร*, 45(4), 144–158.
- วิมลวรรณ ปัญญาว่อง, โชนิตา ภาวสุทธิไพสิฐ, และรัตนศักดิ์ สันติธาตกุล. (2565). คุณภาพของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย ในบริบทโรงเรียน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 30(1), 38–48.
- วิมลวรรณ ปัญญาว่อง, รัตนศักดิ์ สันติธาตกุล, และโชนิตา ภาวสุทธิไพสิฐ. (2563). ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย: การสำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 28(2), 136–149.
- ศุภรา เอื้ออภิสิทธิ์วงศ์. (2563). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว และภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 28(3), 231–239.
- สุนันท์ เสียงเสนาะ. (2560). *อิทธิพลของปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2558). ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า. ใน สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, และสรยุทธ วาสิกานนท์ (บ.ก.), *ตำราโรคซึมเศร้า* (น. 29–47). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- โสภณ แสงอ่อน, พัชรินทร์ นินทจันทร์, และจุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นด้วยโอกาสไทยในจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(2), 13–38.
- อัษฎมณี มณีนิล, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 38(1), 293–307.
- Daryanani, I., Hamilton, J. L., McArthur, B. A., Steinberg, L., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2017). Cognitive vulnerabilities to depression for adolescents in single-mother and two-parent families. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(1), 213–227. doi: 10.1007/s10964-016-0607-y
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and practice of psychiatric nursing* (10th ed.). St. Louis: Elsevier.

ประสบการณ์การผ่าตัดโรคถุงน้ำในรังไข่ Experience of Ovarian Cyst Operation

นรินทร์

Received: December 8, 2022 Revised: December 9, 2022 Accepted: December 10, 2022

ประสบการณ์การผ่าตัดครั้งแรกในชีวิตเนื่องจากโรคถุงน้ำในรังไข่ เรื่องราวที่เราจะเล่าต่อไปนี้เป็นเรื่องราวของเราเองที่พบเจอกับตัวเองตั้งแต่เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ขอเล่าย้อนไปตั้งแต่อายุ 11 ปี ย่างเข้าอายุ 12 ปี ตอนนั้นเราเป็นประจำเดือนครั้งแรกก็เหมือนเด็กสาวทั่วๆ ไป จนถึงอายุ 12 ปีกว่าๆ เราไม่เคยปวดท้องประจำเดือนเลย ประจำเดือนมาต่อเดือนก็ 4-5 วัน จนมีวันหนึ่งที่น่าจะเป็นประจำเดือนได้ 5-6 เดือนแล้ว พอเข้าเดือนที่ 6-7 ก็มีประจำเดือนนานขึ้น จาก 5 วัน ก็เป็นยาวต่อมาเรื่อยๆ จนถึง 1 เดือน และไม่มีที่ท่าว่าประจำเดือนจะหยุด แต่เริ่มกังวลแล้วว่าเราเป็นอะไร ทำไมถึงเป็นประจำเดือนนานขนาดนี้ แม่จึงไปปรึกษาเพื่อนของแม่ เพื่อนของแม่บอกว่าลูกเขาก็เป็นเหมือนกัน และแนะนำสมุนไพรมาให้ต้มดื่ม แต่ก็ไม่ได้ขึ้น จนเราเป็นประจำเดือนติดต่อกัน 2 เดือน แม่ก็ยังเครียด แม่ไปปรึกษาพยาบาลที่สถานีนอนามัย เขาแนะนำให้ไปตรวจที่โรงพยาบาล แต่ตอนนั้นแม่ไม่ค่อยว่าง เลยไม่ได้พาเราไปสักที จนเราเป็นประจำเดือนได้ 3 เดือน ตอนนั้นแม่บอกว่าเราเป็นประจำเดือนนานจนตัวซีดเหลือง แม่จึงพาเราไปตรวจที่โรงพยาบาล หมออัลตราซาวด์ทางหน้าท้อง แต่ไม่พบสิ่งผิดปกติ หมอบอกว่าเป็นการทำงานที่ผิดปกติของฮอร์โมน หมอจึงให้ยาปรับฮอร์โมนมา 1 แผง พอกินยาหมด ประจำเดือนก็ไม่มา 4 เดือน จากนั้นประจำเดือนก็มาปกติ แต่ก็มีผิดปกติบ้างบางเดือน แม่พาไปหาหมอที่คลินิกอีก หมอก็บอกไม่ได้ว่าเป็นอะไร แม่จึงหา

สมุนไพรที่ญาติๆ บอกมาให้กิน ประจำเดือนก็มามาก บ้างน้อยบ้าง มาปกติบ้าง มาหลายวันบ้าง แบบนี้ตลอด แต่ไม่ได้มาหลายวันติดต่อกันเป็นเดือนเหมือนครั้งก่อนๆ ผ่านไปเกือบ 2 ปี เราก็เริ่มกลับมาเป็นอีกครั้ง ครั้งนี้แม่พาเราไปหาหมอที่คลินิก หมออัลตราซาวด์ทางหน้าท้อง แต่ไม่พบสิ่งผิดปกติ หมอบอกว่าไม่ได้เป็นอะไร แล้วก็ให้ยาปรับฮอร์โมนมา 1 แผง พอกินยาหมด ประจำเดือนก็กลับมาเป็นปกติ แต่มีบางครั้งที่มามาก บางครั้งมาน้อย บางที 2-3 เดือนมาครั้ง บางเดือนก็ไม่มาเลย และก็เป็นแบบนี้มาตลอด กินยาสมุนไพรบ้าง ยาปฏิชีวนะบ้าง เพราะแม่ไม่รู้จะพาเราไปรักษายังไง

ตอนเราอายุ 19 ปี ก็เริ่มมีประจำเดือนมาทุกวัน ติดต่อกันนานเกือบ 3 เดือนอีกครั้ง มามากบ้างน้อยบ้างสลับกันไป เราจึงไปปรึกษาอาจารย์ (เราเป็นนักศึกษาพยาบาล พอไม่สบายก็จะไปปรึกษาอาจารย์ที่เป็นเวรดูแลสุขภาพประจำวัน) อาจารย์ก็แนะนำให้ไปตรวจที่โรงพยาบาล แผนกสูติรีเวช แต่เรายังไม่ว่างไปสักที จนผ่านไป 6 เดือน เพื่อนสนิทเรามาเล่าให้ฟังว่า เมื่อวานดู Tik Tok เจอคลิปผู้หญิงคนหนึ่งที่เป็นโรค PCOS (polycystic ovary syndrome) คือ กลุ่มอาการถุงน้ำรังไข่หลายใบ ซึ่งผู้หญิงในคลิปมีอาการเหมือนเรา เพื่อนจึงแนะนำให้ไปหาหมอเพื่อตรวจดู เราจึงไปคลินิกเฉพาะทางสูติรีเวช หมอซักประวัติ ถามข้อมูลต่างๆ เราคิดว่าหมอที่คลินิกนี้ซักประวัติละเอียดกว่าที่อื่นที่เราเคยไป พอเราตอบข้อมูล หมอก็วินิจฉัยว่าเป็น PCOS

และได้ตรวจภายในเพื่อความแน่ใจ ก็พบว่ามดงน้ำในรังไข่จริง ๆ แต่ยังไม่ใหญ่มาก จึงให้เรากินยาเพื่อปรับฮอร์โมนและนัดตรวจภายในทุกเดือน เรารักษาแบบนี้อยู่ 3 เดือน หมออัลตราซาวด์ภายในช่องคลอดแล้วบอกว่ามดงน้ำใหญ่ขึ้น รูปร่างไม่เรียบ ดูไม่สวย เหมือนมีก้อนอะไรอยู่ในมดงน้ำด้วย หมอจึงแนะนำให้ผ่าตัด ตอนแรกที่ได้ยินก็ช็อกไปครู่หนึ่ง ตอนนั้นทั้งกลัวและตกใจมาก แต่หมอก็บอกให้กินยาและดูอาการอีก 1 เดือนก่อน แล้วค่อยมาคอนเฟิร์มวันผ่าตัดอีกที พอถึงวันนัดในเดือนถัดไป หมอก็คอนเฟิร์มวันผ่าตัด บอกว่าอยากให้ผ่าตัดเลย เพราะอยากตรวจดูข้างในมดงน้ำ

วันแรกที่ไปนอนโรงพยาบาล เราได้ทำเรื่องแอดมิท จากนั้นเปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดโรงพยาบาล พยาบาลมาวัดความดัน ชักประวัติ ถามระยะเวลาที่เป็นประจำเดือน เริ่มมีอาการแบบนี้ตั้งแต่เมื่อไหร่ อะไรทำให้ตัดสินใจไปหาหมอ พอซักประวัติเสร็จ พยาบาลก็บอกว่า “พี่ไม่รู้ ว่าหมอบอกน้องว่ายังไงบ้าง จากที่พี่อ่านแผนการรักษา น้องอาจได้ตัดรังไข่หนึ่งข้าง อันนี้พี่บอกไว้ให้น้องได้ทำใจ แต่น้องรู้ใช่ไหมว่าคนเรามีรังไข่ 2 ข้าง เพราะฉะนั้นน้องไม่ต้องกลัวว่าตัดไปแล้วจะไม่มีรังไข่” ความรู้สึกหลังที่พยาบาลอธิบายเรื่องการผ่าตัดเสร็จ เราไม่ได้กังวลอะไรมาก เพราะที่เราคุยกับหมอ หมอแค่อยากผ่าตัดเอาถุงน้ำออกมาตรวจ และก่อนที่จะมาผ่าตัด อาจารย์หลาย ๆ ท่านก็ได้อธิบายและได้ให้กำลังใจมาแล้ว เวลาผ่านไป 2-3 ชั่วโมง ก็มีนักศึกษาแพทย์มาตรวจผู้ป่วย พอถึงเตียงเรา กลุ่มนักศึกษาแพทย์อ่านประวัติแล้วถามอาการที่ไม่ได้เขียนในประวัติผู้ป่วย มีนักศึกษาแพทย์คนหนึ่งเดินมานั่งข้างเตียงแล้วพูดว่า “พี่อ่านประวัติน้องแล้ว อิม...อายุ 20 ปี ตัดรังไข่หนึ่งข้าง พี่ว่าเป็นเรื่องที่โหดร้ายนะสำหรับคนที่อายุแค่นี้” พอได้ยินสิ่งที่นักศึกษาแพทย์พูด จากที่ไม่คิดมากก็กลับมาคิดมาก จากที่ไม่กังวลก็กลับมากังวล สักพักน้ำตาก็ไหล ความรู้สึกตอนนั้นแย่มาก ทั้งกลัว ทั้งกังวล เครียด ทุกอย่างมันถาโถมจนเราทำตัวไม่ถูก ได้แต่คิดว่ามันไปมาว่าถ้าถูกตัดรังไข่จะอย่างไร เริ่มคิดไปว่า หรือเราฟังหมอที่คลินิกพูด

ไม่ครบ เราร้องไห้เพราะไม่ได้ทำใจเรื่องการตัดรังไข่ แต่ก็ร้องไห้ได้ไม่นาน พยาบาลมาบอกให้เตรียมตัวตรวจภายใน ให้ปีสภาวะแล้วไปรอที่หน้าห้องตรวจ การตรวจภายในวันนั้นเป็นวันที่เราไม่ชอบที่สุด เราอายมาก เพราะมีนักศึกษาแพทย์ผู้หญิงมาตรวจ 2 คน และมีนักศึกษาแพทย์ผู้ชายอยู่ในห้องอีก 2 คน ตอนนั้นเราเกร็งมาก ถึงแม้นักศึกษาแพทย์ผู้ชายจะไม่ได้มาตรวจด้วย พอตรวจเสร็จ ความรู้สึกกลัวและความกังวลต่าง ๆ ก็กลับมาอีกครั้ง ตอนนั้นเราไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ น้ำตาไหลไม่หยุด ไม่รู้จะทำยังไง ร้องไห้อยู่คนเดียว สักพักพี่ผู้ช่วยพยาบาลก็เดินมาวัดความดัน และถามว่า “เป็นอะไร ร้องไห้หรือ ร้องทำไม” เราตอบไปว่ากลัว เพราะนักศึกษาแพทย์บอกว่าจะโดนตัดรังไข่หนึ่งข้าง พี่ถามว่ากลัวทำไม แล้วยกตัวอย่างผู้ป่วยเด็กที่เคยมารักษาอาการแบบเดียวกับเราให้ฟัง แล้วปลอบใจว่า เด็กคนนั้นอายุ 12 ปี แต่น้องไม่ร้องไห้เลย น้องโดนตัดรังไข่หนึ่งข้าง ถ้าถูกตัดรังไข่ไปหนึ่งข้าง เราก็ยังเหลืออีกหนึ่งข้าง ไม่ต้องร้อง” เราก็เริ่มทำใจ แล้วคิดกับตัวเองว่าอย่างน้อยก็โดนตัดแค่ข้างเดียว ไม่ใช่ทั้ง 2 ข้าง ไม่เป็นไรนะ

วันต่อมาเราต้องเข้าห้องผ่าตัด พยาบาลเดินมาถามว่า “น้องถอดเครื่องประดับ ถอดชุดชั้นในออกหรือยัง” พี่มาถาม 3-4 รอบ ก่อนเข้าห้องผ่าตัด เราได้กินยาชาตอนบ่ายโมง พยาบาลทำความสะอาดอวัยวะเพศและใส่สายสวนปัสสาวะให้ ตอนที่ใส่สายสวนเราไม่ได้กลัวมาก แต่สิ่งที่ทำให้กลัวคือคนไข้ที่อยู่เตียงตรงข้าม เขากำลังคุยกันเรื่องการใส่สายสวนปัสสาวะ เขาบอกว่ามันเป็นอะไรที่เจ็บที่สุดที่เขาเคยเจอมา เจ็บมากทั้งตอนใส่และตอนถอดสายออก ตอนที่ใส่สายก็ไม่สามารถขยับตัว ทั้งเจ็บทั้งอึดอัด พอถอดสายออก เวลาปวดปัสสาวะก็กลั้นไม่ได้ พอเราได้ยินแบบนี้เราก็เริ่มกลัว เคยแต่ใส่ให้หุ่นตอนเรียน วันนี้ต้องถูกใส่เอง และตอนที่เขาคูยกกันเป็นตอนที่เรากำลังถูกใส่พอดี ความรู้สึกตอนแรกที่ใส่สายสวนเราพอทนได้ แต่สิ่งที่ทำให้เจ็บมากคือตอนสายสวนอยู่ในตัว ทุก ๆ 10-20 นาที จะรู้สึก

เหมือนมีปัสสาวะกำลังไหลออกมาแต่ไม่ใช่ และทุกครั้งก็รู้สึกแบบนั้นสักพักจะรู้สึกเจ็บมากตามมา เป็นความเจ็บที่ทรมาณมาก ขยับตัวนิดหน่อยก็เจ็บ ทำได้แค่อู้งั้นๆ พอไม่ได้ขยับตัวนานๆ สะโพกก็เริ่มชาลามลงไปถึงขา เมื่อเวรเปลมารับไปห้องผ่าตัด ตอนลงจากเตียงแล้วมีสายสวนปัสสาวะอยู่ รู้สึกว่ามีอะไรถ่วงอยู่ใต้ขา เดินแบบปกติไม่ได้เพราะร่างกายเหมือนกำลังพยายามดันสายสวนออกมา ทำให้รู้สึกเจ็บมากๆ เมื่อถึงหน้าห้องผ่าตัด พี่พยาบาลมาบอกแผนการรักษาคร่าวๆ จากนั้นพี่วิสัญญีพยาบาลมาซักประวัติและอธิบายว่าตอนที่เราหมดสติจะมีการทำหัตถการอะไรกับเราบ้าง เมื่อเราเข้าไปในห้องผ่าตัด ความรู้สึกตอนนั้นทั้งตื้นตื้นทั้งกลัวแต่ไม่มากเท่าตอนที่นักศึกษาแพทย์บอกว่าเราจะถูกตัดรังไข่หนึ่งข้าง พี่พยาบาลถามว่า “เป็นน้องนักศึกษาพยาบาลหรือ เรียนอยู่ที่ไหน เรียนเป็นไงบ้าง รู้จักอาจารย์คนไหนไหม ได้เรียนกับอาจารย์คนไหนหรือยัง พี่เป็นพี่รุ่นไหนละ” และถามอาการต่างๆ เหมือนพี่น้องที่เคยรู้จักกันมาก่อน ทั้งๆ ที่เราไม่เคยเจอพี่ๆ เขาเลย ทำให้เรากลายกังวลลงได้ เพราะอย่างน้อยก็ยังมีพี่ๆ พยาบาลคอยให้กำลังใจ ก่อนที่จะดมยาสลบเราก็นึกถึงอาจารย์ปกครองที่เราคุยด้วยก่อนมาโรงพยาบาล อาจารย์บอกว่า จำไว้ละตอนที่เขาให้ดมยาสลบ หนูนับได้เท่าไหนแล้วถึงหลับ อาจารย์ได้ยินคนอื่นเล่าว่า ปกตินับถึงเลข 3 ก็หลับแล้ว พอพี่เอาหน้ากากมาสวมครอบเราก็ก็นับตามที่อาจารย์บอก เรานับได้ถึง 5 ก็ยังไม่หลับ จึงนับต่อไปอีก 5 ก็ยังไม่หลับอีก เราเลยบอกกับตัวเองว่าไม่ต้องกลัวไม่ต้องกังวล เดี่ยวทุกอย่างก็ผ่านไป แล้วขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ขอให้การผ่าตัดผ่านไปได้ด้วยดี ขอให้หนูปลอดภัย แล้วเราก็กินสติงเกอร์เข้าไปเรื่อยๆ และเริ่มนับเลขใหม่ พอนับได้เลข 3-4 รู้สึกเหมือนกำลังจะหลับ เรามองไปที่เพดานแล้วรู้สึกวูบๆ ที่ตา แล้วก็กลับไป

เราตื่นมาอีกทีคือตอนที่เจ็บแผล ทั้งเจ็บทั้งปวดพูดก็ไม่มีเสียง เราเลยพยายามใช้มือตีที่เหล็กกั้นข้างๆ แล้วโบกมือเพื่อบอกพี่พยาบาลว่าเราปวดแผล พอพี่เห็นก็มานิดชิดมาแก้ปวดให้ สักพักก็ดีขึ้น แต่ก็ปวดขึ้น

มาอีก เราพยายามบอกพี่พยาบาลอีก พอพี่เห็นก็เดินมาบอกว่า “นิดชิดให้แล้ว ผ่าตัดก็เจ็บแบบนี้แหละ น้องอดทนหน่อย จะให้หายเลยคงไม่ใช่” เราเลยคิดว่าทนอีกสักพักคงดีขึ้น พอย้ายกลับมาที่หอผู้ป่วยใน ต่อให้ปวดแผลแค่ไหนเราก็ก็นั่งบอกรักพี่พยาบาล จนพี่บอกว่าถ้าปวดแผลให้บอกนะ เดี่ยวพี่เอายาให้ ตอนที่ผ่าตัดเสร็จ ความรู้สึกเหมือนโดนมีดบาด แต่เจ็บกว่านั้น 10 เท่า ตอนกลางคืนก็รู้สึกมวนท้อง ท้องอืด พลิกตะแคงตัวลำบาก ลูกไม้ได้ ช่วยเหลือตนเองแทบไม่ได้ แม่ก็อยู่เฝ้าไม่ได้และเข้ามาหาเราได้แค่ครั้งละ 5 นาที (จากสถานการณ์โรคโควิด-19 จึงจำกัดการเฝ้าและการเยี่ยมผู้ป่วย) ตอนนั้นเรารู้สึกเหงาและเศร้ามาก เพราะทุกครั้งที่เราไม่สบายจะมีแม่อยู่ข้างๆ และคอยดูแลเราเสมอ ครั้งนี้เราผ่าตัดเจ็บมาก แทบขยับตัวไม่ได้ แต่ไม่มีแม่อยู่ข้างๆ และให้กำลังใจเหมือนที่ผ่านๆ มา เรารู้ว่าแม่รักและเป็นห่วงเรามาก เฝ้าเราทั้งวันที่หน้าห้องผู้ป่วย แต่เข้ามาหาเราไม่กี่ครั้ง เพราะแม่เกรงใจ ไม่อยากรบกวนการทำงานของพี่พยาบาล ในตอนเย็นที่ต้องเช็ดตัวจึงมีพี่ผู้ช่วยพยาบาลมาทำให้

วันต่อมา หมอมาบอกว่าผ่าตัดเอาแค่ถุงน้ำออกไม่ได้ตัดรังไข่ พอรู้แบบนี้เราก็ก็นั่งส่ายใจจั้น หลังทานข้าวเสร็จ พี่พยาบาลก็กระตุ้นให้ลูก ตอนที่ลูกเราปวดไปทั้งตัว และรู้สึกเจ็บคอมากเพราะใส่ท่อช่วยหายใจตอนดมยาสลบ ช่วงพักฟื้นเราโดนพี่พยาบาลดูบ่อยมากเพราะไม่เดิน พี่บอกเหตุผลว่าถ้าไม่เดินท้องจะอืด เราจึงเดินนิดหน่อย แต่ไม่ยอมเดินเยอะเพราะกลัวตัวเองเจ็บ ตอนกลางคืนก็ท้องอืด แทบนอนไม่ได้ วันต่อมาเลยเดินเยอะขึ้น เดินบ่อยๆ เพื่อไม่ให้ท้องอืดและจะได้กลับบ้านเร็วขึ้น ตอนที่อยู่โรงพยาบาลเราได้เห็นภาพการทำงานของพี่พยาบาลมากขึ้น พี่พยาบาลบางคนเราเห็นเขาตั้งแต่เช้าจนถึงเที่ยงคืน (ขึ้นเวรเช้าต่อด้วยเวรบ่าย) เมื่อถึงวันที่หมอให้กลับบ้าน เราดีใจมาก วันนั้นเราได้เห็นแผลตัวเองเป็นครั้งแรก คิดว่าแผลจะเล็กกว่านี้ แต่แผลก็แห้งดีและไม่มีการติดเชื้อ เราจึงไม่ได้กังวลอะไร เมื่ออยู่บ้าน แม่ดูแลเราและทำให้

ทุกอย่าง วันแรกที่กลับมาบ้าน เราลืมตัวไปว่าเพิ่งผ่าตัดมา
เรากินข้าวเท่าปกติที่เคยกิน ทำให้แน่นท้องมาก ตั้งแต่นั้น
เลยต้องลดการกินลง เมื่อพักฟื้นที่บ้านครบ 1 สัปดาห์
เราก็ตีขึ้น แทบไม่ปวดแผลเลย เราจึงมาเรียนและใช้
ชีวิตได้ตามปกติเช่นเดิม แต่ระวังเรื่องการทำกิจกรรม
ต่างๆ ที่ต้องไม่กระทบต่อแผล รวมทั้งระวังเรื่องอาหาร

การกินด้วย

ทั้งหมดที่เล่ามาเป็นประสบการณ์และความรู้สึก
ของเราที่ได้รักษาตัวที่โรงพยาบาลด้วยโรคถุงน้ำในรังไข่
ทำยนี้ขอขอบพระคุณแม่พ้อและบุคลากรทุกท่านที่ช่วย
ดูแลรักษาพยาบาลเราเป็นอย่างดีค่ะ

