



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

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

ปีที่ 34 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2566 Vol. 34 No. 1 January - June 2023



รายงานการวิจัย

- การพัฒนานวัตกรรมหุ่นจำลองการเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วนเพื่อส่งเสริมความมั่นใจ และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
- ความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลในกิจกรรมการพยาบาลมารดา ทารก และการพดุงครรภ์ ตามการรับรู้ของครูคณิศรและนักศึกษาพยาบาล
- การพัฒนาแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอกโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้
- ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อความรู้ ทักษะคิด และการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในทหารกองประจำการ กองร้อยพลพยาบาล กองทัพอากาศ
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อทักษะและความตั้งใจ ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น
- การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์การป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสำหรับพยาบาล
- ผลของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการบำบัด
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร
- ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบท จังหวัดนครราชสีมา
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรธานี
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับต่อคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์
- การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์
- ความรู้และปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้คัดกรองเลือกน้อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่รับการรักษาในโรงพยาบาล
- ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไขท่าต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
- การสนับสนุนทางสังคมและการช่วยเหลือหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอด สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว
- ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอท่งกัน จังหวัดอุทัยธานี

บทความวิชาการ

- แนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองทางการพยาบาลของ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
- ทักษะวิชาชีพกับการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน
- บทบาทของพยาบาลในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

บทความพิเศษ

- ปฐมพยาบาลพิศ ชีวิตเปลี่ยน

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ปีที่ 34 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2566 Vol. 34 No. 1 January - June 2023

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
36 ถนนเลียบเนิน ตำบลวัดใหม่
อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี 22000

ที่ปรึกษา

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

บรรณาธิการ

นางคณิศร เจริญกิจ
พย.ม. (การพยาบาลศึกษา)

กองบรรณาธิการ ผู้ทรงคุณวุฒิ (ภายนอก)

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

กองบรรณาธิการ (ภายใน)

- | | |
|--------------------------|--|
| 1. ดร.ปัทมา บุญช่วยเหลือ | ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ |
| 2. นางกรรณิการ์ พรงาม | ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ |

ฝ่ายจัดการ

- นางสาวชญาณี สันติสูงเนิน
- นางสาวชลิตา วรวิจิตร
- นางสาวคุณัญญา เย็นสุข

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 รายงานการวิจัย และบทความในวารสารถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเท่านั้น ทางคณะผู้จัดทำวารสารไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยเสมอ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers)

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. ผศ. ดร.พรฤดี นิธิรัตน์ | คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 2. ดร.นงนภัทร รุ่งเนย | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี |
| 3. ดร.กุลธิดา พานิชกุล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ |
| 4. ดร.เชษฐา แก้วพรม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ |
| 5. ดร.วิรัชพัชร สกฤษณ์ดิพร เศลล์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ |
| 6. รศ. ดร.ปรารธนา สติธยวิภาวี | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. ผศ. ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม | คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 8. รศ. ดร.หทัยชนก บัวเจริญ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 9. ผศ. ดร.พิมสุภาว จันทนะโสตร์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 10. ผศ. ดร.เพชรรัตน์ เจริมรอด | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต |
| 11. รศ. ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 12. รศ. ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 13. รศ. ดร.กุลวดี ไรจน์ไพศาลกิจ | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ |
| 14. ผศ. ดร.พัชรพร แก้ววิมล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 15. ดร.ดาราวรรณ รองเมือง | 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.ชญาดา เนตร์กระจ่าง | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 21. ดร.บุศริน เอี้ยวสีหยก | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 22. ดร.มธุรดา บรรจงการ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 23. ดร.รุ่งนภา เทียวชะอ่า | 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 34 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2566 Vol. 34 No. 1 January - June 2023

หน้า

รายงานการวิจัย

- การพัฒนานวัตกรรมหุ่นจำลองทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วน เพื่อส่งเสริมความมั่นใจและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล
วรัญญา ชลธารกัมปนาท กฤษณ์ สุวรรณรัตน์ กรรณิการ์ พรงาม 1
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้
วนิดา แสงเขียว โรจน์ จินตนาวัฒน์ พนิดา จันทโสภณพันธ์ 17
- ความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลในกิจกรรมการพยาบาล
มารดา ทารก และการผดุงครรภ์ ตามการรับรู้ของครูคลินิกและนักศึกษาพยาบาล
สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล สุภาพัทธร์ หาญกล้า วรณัฐ ไซยวาน
นงนุช บุญมาลา อัญชลี อ้วนแก้ว 30
- การพัฒนาแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอก
โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้
รุ่งนภา เขียวชะอำ ผกามาศ พิมพธำรา กฤษณ์ สุวรรณรัตน์
มธุรดา บรรจงการ 43
- ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อความรู้ ทักษะ และ
การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในทหารกองประจำการ
กองร้อยพลพยาบาล กองทัพอากาศ
วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์ นิตยา สุขแสน สุพัทธา ปั่นแก้ว
เรวัต วัชรสิทธิ์ 58
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
วศินี ธีวรรณลักษณ์ นงเยาว์ เกษตรภิบาล นงศ์ราญ วิเศษกุล 72
- การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
ต่อทักษะและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น
จารุวรรณ ท่าม่วง อรวรรณ ดวงใจ รุ่งนภา เขียวชะอำ
นาพร มามาก 85

ส
า
ร
บ
ญ



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

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

ปีที่ 34 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2566 Vol. 34 No. 1 January - June 2023

ส
า
ร
บ
ญ

- | | หน้า |
|---|------|
| • การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์การป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสำหรับพยาบาล
ฉันทนา จันทรัมย์ อะเคื้อ อุณหเลขกะ พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น | 100 |
| • ผลของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด
จุฑาทิพย์ เหมบุตร สุธีพร ธนศิลป์ | 115 |
| • ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร
น้ำทิพย์ อุ้มแก้ว จุฑารัตน์ รักประสิทธิ์ | 129 |
| • ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบท จังหวัดนครราชสีมา
กชกร ฉายากุล | 142 |
| • ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้นำผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรธานี
ศิวพร ชุ่มเย็น ศิริโชค วนรัตน์วิจิตร | 158 |
| • ผลของโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับต่อคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์
ไพลิน ถึงถิ่น นงลักษณ์ เฉลิมสุข บังอร ศุภวิจิตพัฒนา | 172 |
| • การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์
สิตานัน หนองไชยวงศ์ วราภรณ์ บุญเชียง วรางคณา นาคเสน | 188 |
| • ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล
พกามาศ พิมพธำรา รุ่งนภา เขียวชะอ้า ยศพล เหลืองโสมนภา | 202 |
| • ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
รัชดา อังธนาบุญกุล ดารารรรณ ต๊ะปันตา สมบัติ สกฤตพรรณ | 213 |



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

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

ปีที่ 34 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2566 Vol. 34 No. 1 January - June 2023

ส
า
ร
บ
ญ

- | | หน้า |
|---|------|
| • การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอด
สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว | 225 |
| สุภาวรัตน์ ศรีโฆษจุลมนิ พรรณพิไล ศรีอารรณ์ บังอร ศุภวิฑิตพัฒนา | |
| • ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต
ของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอทันทัน จังหวัดอุทัยธานี | 237 |
| นิภาดา วรโพธิ์ จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ | |
| บทความวิชาการ | |
| • แนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลอง
ทางการพยาบาลของคณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี | 250 |
| วาสนา ทริพย์ประเสริฐ วณิดา ดุรงค์ฤทธิชัย จิตรรดา พงศธรารักษ์ | |
| • ทักษะวิชาชีพกับการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน | 262 |
| ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล อังศินันท์ อินทรกำแหง ยศพล เหลืองโสมนภา | |
| • บทบาทของพยาบาลในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท | 275 |
| นริสา วงศ์พนารักษ์ | |
| บทความพิเศษ | |
| • ปฐมพยาบาลผด ชีวิตเปลี่ยน | 287 |
| กิ่งแก้ว | |

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 34 ฉบับที่ 1 นี้ นำเสนอรายงานการวิจัยด้านการปฏิบัติการพยาบาลทั้งในบริบทของหอผู้ป่วยและชุมชน และด้านการศึกษาพยาบาล ส่วนบทความวิชาการ นำเสนอสาระเกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองทางการพยาบาล ทีมสหวิชาชีพกับการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน และบทบาทของพยาบาลในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สำหรับบทความพิเศษนั้น นำเสนอเกี่ยวกับประสบการณ์การปฐมพยาบาลแผลไหม้จากความเย็นที่ผิดวิธี ทั้งนี้ คณะผู้จัดทำวารสารมุ่งหวังว่าผู้อ่านทุกท่านจะได้รับประโยชน์ในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และมุมมองต่างๆ ในประเด็นดังกล่าวบ้างไม่มากก็น้อย อย่างไรก็ตาม กองบรรณาธิการวารสารตระหนักดีว่าองค์ความรู้ด้านต่างๆ นั้นยังมีอีกมาก วารสารฉบับนี้สามารถนำเสนอได้เพียงบางส่วนเท่านั้น

สำหรับวารสารฉบับหน้า จะเป็นการนำเสนอสาระเกี่ยวกับการพยาบาลและการสาธารณสุข เช่นเคย หากท่านมีความประสงค์ที่จะลงตีพิมพ์รายงานการวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความพิเศษในวารสาร ขอให้ท่านเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำสำหรับผู้เขียน ซึ่งอยู่ที่เมนูด้านบนของหน้าเว็บไซต์วารสาร และดำเนินการส่งต้นฉบับมายังกองบรรณาธิการต่อไป

คณิศร เจริญกิจ

บรรณาธิการ

การพัฒนานวัตกรรมหุ่นจำลองทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วน เพื่อส่งเสริมความมั่นใจและทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาพยาบาล

The Development of a Part-changed Newborn Model Innovation to Promote Self-confidence and Nursing Practice Skills among Nursing Students

วรัญญา ชลธารกัมปนาท, พย.ม. (การผดุงครรภ์)¹

Waranya Chonlatankampanat, M.N.S. (Midwifery)¹

กฤษณี สุวรรณรัตน์, พย.ม. (การผดุงครรภ์)²

กรรณิการ์ พรงาม, พย.ม. (การผดุงครรภ์)³

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

Kannikar Pornngam, M.N.S. (Midwifery)³

Received: January 25, 2023

Revised: May 31, 2023

Accepted: June 2, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนานวัตกรรมหุ่นจำลองทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วน ประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาและความต้องการในการพัฒนานวัตกรรม ระยะที่ 2 พัฒนานวัตกรรมหุ่นจำลองทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วน ระยะที่ 3 ทดลองความเป็นไปได้ของการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองกับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 30 คน ระยะที่ 4 ปรับปรุงนวัตกรรมหุ่นจำลอง และระยะที่ 5 ประเมินผลการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองกับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 48 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม นวัตกรรมหุ่นจำลองทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วน แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล และแบบประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่น .86 ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม 2564 ถึงเดือนกรกฎาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, paired *t*-test, independent *t*-test และวิธีการสรุปประเด็น

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: kritsanee@pnc.ac.th

ผลการวิจัยพบว่า 1) นวัตกรรมหุ่นจำลองทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วนสามารถใช้ฝึกปฏิบัติการพยาบาล 4 ทักษะ ได้แก่ การฉีดยาเข้าชั้นผิวหนัง การฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อ การเจาะเลือดที่หลังมือ และการทำความสะอาดสะดือ 2) หลังการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล และคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติการพยาบาล สูงกว่าก่อนการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.440, p < .001$ และ $t = 9.247, p < .001$ ตามลำดับ) และ 3) หลังการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล และคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติการพยาบาล สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.560, p < .001$ และ $t = 4.100, p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า อาจารย์พยาบาลควรนำหุ่นจำลองทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วนไปใช้ในการเตรียมความพร้อมของนักศึกษา ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดบนหอผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความมั่นใจและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษา

คำสำคัญ: หุ่นจำลองทารกแรกเกิด ความมั่นใจ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล

Abstract

This research and development aimed to develop a part-changed newborn model innovation. There were five phases of research, including: 1) assessing problems and needs; 2) developing a part-changed newborn model innovation; 3) testing the feasibility of the model innovation with 30 third-year nursing students; 4) improving the model innovation; and 5) evaluating the model innovation with 48 third-year nursing students, who were equally divided into an experimental group ($n = 24$) and a control group ($n = 24$). The research instruments included the group discussion questions, the part-changed newborn model innovation, the general information questionnaire, the self-confidence in nursing practice assessment form, and the nursing practice skill assessment form with reliability of .86. The implementation and data collection were conducted from August, 2021 to July, 2022. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, paired t -test, independent t -test, and summation method.

The research results revealed that 1) the part-changed newborn model innovation could be used for four nursing skills, including intradermal injection, intramuscular injection, phlebotomy, and cord cleaning; 2) after practicing in authentic situation, the experimental group had statistically significantly higher mean scores of self-confidence in nursing practice and nursing practice skill than those of before using the part-changed newborn model innovation ($t = 11.440, p < .001$ and $t = 9.247, p < .001$, respectively); and 3) after practicing in authentic situation, the experimental group had statistically significantly higher mean scores of self-confidence in nursing practice and nursing practice skill than those of the control group ($t = 4.560, p < .001$ and $t = 4.100, p < .001$, respectively).

This research suggests that nursing instructors should use the part-changed newborn model innovation for readiness preparation of nursing students before neonatal practicing in authentic situation. This will help nursing students obtain more self-confidence in nursing practice and nursing practice skill.

Keywords: Newborn model, Self-confidence, Nursing practice skills

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิชาชีพพยาบาลเป็นศาสตร์ที่เน้นการดูแลสุขภาพ โดยมีกาปฏิบัติเป็นหลัก ดังนั้น การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติจึงเป็นหัวใจสำคัญของการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต แม้ว่าการจัดให้ผู้เรียนได้ฝึกประสบการณ์โดยตรงจากการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยในสถานการณ์จริงจะเป็นสิ่งที่ดีต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน แต่การให้ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติจริงโดยขาดความมั่นใจ ประสบการณ์ และความชำนาญ อาจเป็นเรื่องละเอียดอ่อนเชิงจริยธรรม รวมทั้งยังมีข้อกำหนดจากสถานการณ์ต่างๆ ที่เป็นข้อจำกัดต่อการจัดกิจกรรมในการฝึกภาคปฏิบัติ เช่น สิทธิของผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยที่ลดลง ตลอดจนการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้น การจัดสถานการณ์จำลองในห้องปฏิบัติการจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะช่วยให้ผู้เรียนได้ฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลกับหุ่นจำลองที่ช่วยให้ผู้เรียนได้เพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจและทักษะ (วินัย สยวธรรม, สรวุฒิ แพะขุนทด, ปุณณกา ชุมวรฐายี, และเจษฎา

อุดมพิทยาสรรพ์, 2560) เพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล สร้างความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล (สุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิรดา อรรถเมธากุล, รัตนา นิลเลื่อม, และนาคยา วงศ์ยะรา, 2564) ลดความวิตกกังวล และช่วยเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยในสถานการณ์จริง ซึ่งนับว่าเป็นผลดีต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วย (สุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิรดา อรรถเมธากุล, และดวงแข พัทธกษิณ, 2561) นอกจากนี้ การจัดสถานการณ์จำลองในห้องปฏิบัติการซึ่งมีหุ่นจำลองให้ผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติยังช่วยให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติช้าลงหรือเร็วขึ้นได้ตามการเรียนรู้ของผู้เรียนแต่ละคน รวมถึงสามารถฝึกปฏิบัติซ้ำๆ จนเกิดความชำนาญในทักษะที่ฝึกได้ อันเป็นผลดีภายใต้ความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจากการปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยด้วยทักษะที่ไม่ชำนาญอาจทำให้เกิดอันตรายและก่อให้เกิดปัญหาทางจริยธรรมตามมาได้ (สุสัณหา ยัมแฉ่ม, 2559; Kasatpibal, Sawasdisingha, & Whitney, 2016)

ในรายวิชา พย.1320 ปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ได้มีการจัดประสบการณ์ให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกหลังคลอดบนหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด ซึ่งทักษะที่นักศึกษาจำเป็นต้องปฏิบัติกับทารกแรกเกิด มีหลายทักษะ เช่น การฉีดยาเข้าชั้นผิวหนัง การฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อ การเจาะเลือดที่หลังมือ การทำความสะอาดสะดือ โดยการฉีดยาเข้าชั้นผิวหนังและการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อ นักศึกษาจะได้ฝึกปฏิบัติกับแผ่นผิวหนังเทียมลักษณะแบนราบและหุ่นตุ๊กตาผ้า ซึ่งแตกต่างจากการฝึกปฏิบัติจริงที่ต้องมีขั้นตอนการจัดท่า การห่อตัวทารก ทำในการฉีดยาและการยึดตรึงผิวหนังทารกในสภาวะที่แตกต่างออกไป สำหรับการเจาะเลือดที่หลังมือและการทำความสะอาดสะดือ นักศึกษา จะได้รับการสาธิตในสถานการณ์จริงโดยอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ และได้ฝึกปฏิบัติจริงบนหอผู้ป่วยภายหลังจากได้สังเกตการณ์ แต่จากการสอบถามนักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติในครั้งแรกพบว่า นักศึกษายังมีความวิตกกังวลไม่มั่นใจในการลงมือปฏิบัติ ซึ่งอาจทำให้เกิดข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงานได้ภายใต้สภาวะที่เปลี่ยนไป ไม่เหมือนกับการฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการที่ได้ฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลอง สอดคล้องกับรายงานผลการดำเนินการของรายวิชา พย.1320 ปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 (มคอ. 6) ปีการศึกษา 2563 ที่นักศึกษาให้ข้อเสนอแนะว่า ขอให้มีการเตรียมความพร้อมด้านทักษะการพยาบาลก่อนฝึกปฏิบัติงานจริงบนหอผู้ป่วยผ่านหุ่นจำลองในสถานการณ์จำลอง ซึ่งการที่นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลองในสถานการณ์เสมือนจริง จะช่วยลดความวิตกกังวลในการฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย (สุรรัตน์ แจ่มแจ้ง และคณะ, 2561) ตลอดจนสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานได้ และจากการประเมินติดตามบัณฑิตปริญญาตรีที่ได้ออกมาทำงานหรือประกอบอาชีพอิสระภายใน 1 ปี เมื่อวันที่ 30 เมษายน 2564 มีข้อเสนอแนะว่า ควรใช้สื่อการเรียนการสอน

ที่น่าสนใจและฝึกทำหัตถการได้หลากหลาย เพื่อให้สามารถจดจำและนำไปใช้ได้อย่างเข้าใจ ประกอบกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ใช้งานหุ่นทารกแรกเกิดสำหรับฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อ และการเจาะเลือดบริเวณสันเท้า มีความเห็นว่าหุ่นไม่คงทน เนื่องจากผิวสัมผัสของยางพารามีลักษณะบาง (ชรินทร์พร มะชะรา, เพียงเพ็ญ บุญมงคล, ภัสพร โมณะรัตน์, และสุรรัตน์ ผายดี, 2562) และนักศึกษาที่ใช้ชุดหุ่นจำลองผู้ใหญ่ช่วยฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลต่าง ๆ ที่ประกอบด้วย 1) หุ่นแขนฝึกให้สารน้ำและฉีดยาเข้าชั้นผิวหนัง 2) หุ่นกล้ามเนื้อ deltoid ฝึกฉีดยาเข้าชั้นใต้ผิวหนังและชั้นกล้ามเนื้อ 3) หุ่นฝึกสวนปัสสาวะเพศหญิงเคลื่อนที่ และ 4) หุ่นฝึกสวนปัสสาวะเพศชายเคลื่อนที่ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อคุณภาพหุ่นด้านความคงทนถาวรน้อยที่สุด โดยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการพัฒนาหุ่นให้ใกล้เคียงกับของจริงทั้งสีและรายละเอียด (ปฐมมาศ โชติบัณ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ธาธิ นิพนทพุท, และจรรยาพร รอดเนียม, 2556)

จากข้อมูลและแนวคิดข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนานวัตกรรมหุ่นจำลองทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วน โดยหุ่นจำลองจะสามารถเปลี่ยนชิ้นส่วนเฉพาะจุดได้ในต้นทุนที่ไม่สูง และมีความคงทน นักศึกษาสามารถฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลองได้ซ้ำ ๆ เท่าที่ต้องการ ทำให้ได้ฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่จำเป็นที่ใกล้เคียงกับสภาพจริงมากที่สุดก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องจนเกิดทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลที่จำเป็นในทารกแรกเกิดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนานวัตกรรมหุ่นจำลองทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วน สำหรับการฉีดยาเข้าชั้นผิวหนัง การฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อ การเจาะเลือดที่หลังมือ และการทำความสะอาดสะดือ

2. เพื่อเปรียบเทียบความมั่นใจในการปฏิบัติ การพยาบาล และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ของ กลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลอง ทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วน กับหลังการปฏิบัติ การพยาบาลในสถานการณ์จริง

3. เพื่อเปรียบเทียบความมั่นใจในการปฏิบัติ การพยาบาล และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ระหว่าง กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการปฏิบัติการพยาบาล ในสถานการณ์จริง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติ การพยาบาล และคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติ การพยาบาล สูงกว่าก่อนการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลอง ทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วน

2. หลังการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์ จริง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติ การพยาบาล และคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติ การพยาบาล สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนานวัตกรรมหุ่น จำลองทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วน ที่ได้จาก การศึกษาปัญหาและความต้องการในการพัฒนา

นวัตกรรมที่ช่วยส่งเสริมทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ที่จำเป็นแก่นักศึกษาพยาบาล ร่วมกับการทบทวน วรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom (1956) ซึ่งได้อธิบายว่า การเรียนรู้เป็นกระบวนการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากการปฏิบัติแบบเดิมไปสู่ การปฏิบัติแบบใหม่ที่มีคุณภาพ ที่เกิดจากการผสมกัน ระหว่างทักษะด้านพุทธิพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัย เมื่อผู้เรียนเกิดความรู้ความเข้าใจ และสนใจนำสิ่งที่ได้ เรียนรู้ไปฝึกปฏิบัติบ่อยครั้ง จะทำให้เกิดความชำนาญ ได้ ซึ่งหุ่นจำลองทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วน มีโครงสร้างเหมือนจริง มีส่วนประกอบที่เป็นซิลิโคน มีความยืดหยุ่นคล้ายผิวหนังและกล้ามเนื้อทารก สามารถเปลี่ยนชิ้นส่วนได้ และสามารถฝึกปฏิบัติ ทักษะการพยาบาลที่จำเป็นในทารกแรกเกิด ได้แก่ การฉีดยาเข้าชั้นผิวหนัง การฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อ การเจาะเลือดที่หลังมือ และการทำความสะอาดสะดือ เมื่อนำหุ่นจำลองทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วน มาใช้ในกิจกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้น ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล จะสามารถช่วย ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ ทำให้นักศึกษาได้ทบทวน ความรู้และทักษะที่ถูกต้องจากการฝึกปฏิบัติกับ นวัตกรรมซ้ำ ๆ เท่าที่ต้องการ ส่งผลให้เกิดความมั่นใจ และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่จำเป็นก่อนการขึ้น ฝึกปฏิบัติงาน สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังแผนภาพที่ 1



โดยการจับฉลาก จำนวน 30 คน

ระยะที่ 5 ประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี ปีการศึกษา 2565 จำนวน 143 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับในระยะที่ 3 ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบขั้นตอน และขอถอนตัวจากการวิจัย ทั้งนี้ การวิจัยไม่มีผลต่อคะแนนการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Burns and Grove (Gray, Grove, & Sutherland, 2016) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 44 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10 (ประเวศน์ มหารัตน์สกุล, 2557) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 24 คน รวมจำนวน 48 คน จับคู่กลุ่มตัวอย่างตามคะแนนทักษะการปฏิบัติการพยาบาล (ก่อนการใช้นวัตกรรม) แล้วให้แต่ละคู่จับฉลากแยกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือการวิจัย

ระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้สำหรับการศึกษาปัญหาและความต้องการในการพัฒนานวัตกรรม ประกอบด้วยแนวคำถามเกี่ยวกับปัญหาในการฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิด และความต้องการนวัตกรรมเพื่อการแก้ปัญหา รวมจำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

ระยะที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นนวัตกรรมหุ่นจำลองทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วน (ต้นแบบ) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในการศึกษาระยะที่ 2 เป็นหุ่นจำลองทารกแรกเกิดที่ใช้สำหรับฝึกปฏิบัติการพยาบาล 4 ทักษะ ได้แก่ การนิดยาเข้าชั้นผิวหนัง การนิดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อ การเจาะเลือดที่หลังมือ และ

การทำความสะอาดสะดือ

ระยะที่ 5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. นวัตกรรมหุ่นจำลองทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในการศึกษาระยะที่ 2 และปรับปรุงในการศึกษาระยะที่ 4 เป็นหุ่นจำลองทารกแรกเกิดที่ใช้สำหรับฝึกปฏิบัติการพยาบาล 4 ทักษะ เช่นเดียวกับในระยะที่ 3

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ และเกรดเฉลี่ยสะสม จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเดิมคำ

3. แบบประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้น คะแนนอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน โดยคะแนน 0 หมายถึง ได้รับความมั่นใจในระดับน้อยที่สุด และคะแนน 10 หมายถึง ได้รับความมั่นใจในระดับมากที่สุด

4. แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอิงตามวัตถุประสงค์ของการฝึกปฏิบัติทักษะในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 ประกอบด้วย 4 ทักษะ ได้แก่ การนิดยาเข้าชั้นผิวหนัง จำนวน 5 ข้อ การนิดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อ จำนวน 5 ข้อ การเจาะเลือดที่หลังมือ จำนวน 5 ข้อ และการทำความสะอาดสะดือ จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวน 17 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 0-2 ได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ไม่สมบูรณ์ และปฏิบัติถูกต้อง/สมบูรณ์ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-34 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ดี และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่ดี

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำนวัตกรรมหุ่นจำลองทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วน (ต้นแบบ) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความเหมาะสม ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านสูติกรรม (3 คน) พยาบาลด้านสูติกรรม และผู้เชี่ยวชาญด้านการหล่อซิลิโคน ดำเนิน

การแก้ไขตามคำแนะนำ และนำแบบประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล และแบบประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลด้านสูติกรรม (2 คน) และพยาบาลด้านสูติกรรม โดยเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในชุดเดิม ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 และ .75 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2564 ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในระบะที่ 5 จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .86

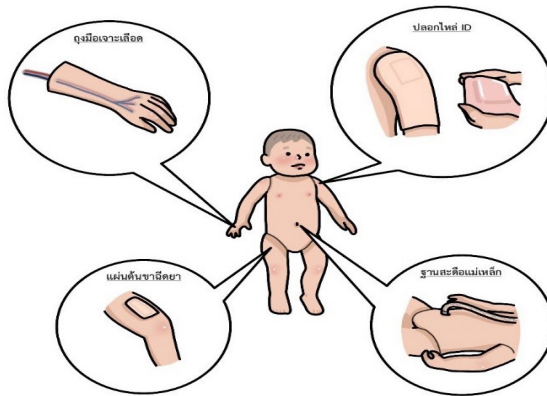
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ 067/64 วันที่ 25 สิงหาคม 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (R1) ดำเนินการในช่วงเดือนสิงหาคม ถึงเดือนกันยายน 2564 ผู้วิจัยศึกษาปัญหาและความ

ต้องการในการพัฒนานวัตกรรม โดยพบกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม (นักศึกษาพยาบาล 10 คน อาจารย์พยาบาล 10 คน และพยาบาลวิชาชีพ 5 คน) ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ดำเนินการสนทนากลุ่ม กลุ่มละ 5 คน โดยใช้แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการในการพัฒนานวัตกรรมที่ช่วยส่งเสริมทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่จำเป็นในรายวิชา พย.1320 ปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 โดยใช้เวลา 30-60 นาที

ระยะที่ 2 (D1) ดำเนินการในช่วงเดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2565 ผู้วิจัยพัฒนานวัตกรรมหุ่นจำลองทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วน โดยใช้ผลการศึกษาในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเริ่มจากการออกแบบนวัตกรรมหุ่นจำลองฯ ที่สามารถใช้ฝึกทักษะการนวดเข้าชั้นผิวหนัง การนวดเข้าชั้นกล้ามเนื้อ การเจาะเลือดที่หลังมือ และการทำความสะอาดสะดือ (ดังแสดงในภาพที่ 1) จากนั้นหล่อซิลิโคนผิวหนังเฉพาะจุดที่จะนำไปประกอบเป็นส่วนแขน ต้นขา มือ และสายสะดือ (ดังแสดงในภาพที่ 2) ทดสอบความยืดหยุ่นเฉพาะจุดของซิลิโคนจนได้ความหนาและความนุ่มที่เหมาะสม แล้วนำซิลิโคนที่หล่อแล้วมาประกอบใส่หุ่นทารกแรกเกิดพลาสติกแบบสำเร็จรูป จากนั้นผู้วิจัยนำนวัตกรรมหุ่นจำลองฯ ที่จัดทำขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (ดังรายละเอียดในส่วนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ) ตรวจสอบความเหมาะสม ดำเนินการปรับปรุงตามคำแนะนำ จนได้นวัตกรรมหุ่นจำลองฯ ที่สมบูรณ์ขึ้น



ภาพที่ 1 การออกแบบนวัตกรรมหุ่นจำลองทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วน (ต้นแบบ)



ภาพที่ 2 การหล่อซิลิโคนผิวหนังเฉพาะจุด

ระยะที่ 3 (R2) ดำเนินการในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน 2565 ผู้วิจัยทดลองความเป็นไปได้ ของการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยน ชิ้นส่วน กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 30 คน โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้น

ให้ทดลองฝึกปฏิบัติทักษะการฉีดยาเข้าชิ้นผิวหนัง การฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อ การเจาะเลือดที่หลังมือ และ การทำความสะอาดสะดือ (ดังแสดงในภาพที่ 3-4) และประเมินความเป็นไปได้ของการใช้นวัตกรรมหุ่น จำลองฯ โดยการสนทนากลุ่ม โดยใช้เวลา 30-60 นาที



ภาพที่ 3-4 การทดลองใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วน (ต้นแบบ)

ระยะที่ 4 (D2) ดำเนินการในเดือนพฤษภาคม 2565 ผู้วิจัยปรับปรุงนวัตกรรมหุ่นจำลองทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วน ตามข้อเสนอแนะของกลุ่มทดลองใช้ ดังนี้ 1) การฉีดยาเข้าชั้นผิวหนัง เพิ่มผิวหนังสัมผัสบริเวณแขนให้นุ่มขึ้น ใกล้เคียงกับผิวของทารกแรกเกิด เมื่อฉีดยาไปแล้วทำให้เกิดตุ่มได้ 2) การฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อ เพิ่มผิวหนังสัมผัสบริเวณต้นขาให้นุ่มขึ้น ใกล้เคียงกับผิวของทารกแรกเกิด 3) การเจาะเลือดที่หลังมือ เพิ่มหนังยางที่ทำเป็นหลอดเลือดบริเวณหลังมือให้มากกว่า 1 เส้น ปรับขนาดให้เล็กลงและมีลักษณะนุ่ม และเพิ่มผิวหนังสัมผัสบริเวณหลังมือให้นุ่มขึ้น และ 4) การทำความสะอาดสะดือ ในส่วนสายสะดือเปียก เพิ่มความนุ่มและความอ่อนของซิลิโคน

ระยะที่ 5 (R3) ดำเนินการในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกรกฎาคม 2565 ผู้วิจัยประเมินผลการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วน กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 48 คน โดยดำเนินการดังนี้

5.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล ก่อนการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองฯ (pre-test) โดยใช้เวลา 5 นาที และผู้วิจัยประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ก่อนการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองฯ (pre-test) โดยการสังเกต

และใช้แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ใช้เวลาคนละ 15-20 นาที จากนั้นจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามคะแนนทักษะการปฏิบัติการพยาบาล แล้วให้แต่ละคู่จับฉลากแยกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

5.2 ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยสุติกรรมหลังคลอดตามปกติ โดยการบรรยายให้ความรู้และสาธิตการปฏิบัติการพยาบาล 4 ทักษะ ได้แก่ การฉีดยาเข้าชั้นผิวหนัง การฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อ การเจาะเลือดที่หลังมือ และการทำความสะอาดสะดือ กับแผ่นผิวหนังเทียมลักษณะแบนราบและหุ่นตุ๊กตาผ้าในห้องปฏิบัติการ จากนั้นให้ลงมือปฏิบัติการพยาบาลกับแผ่นผิวหนังเทียมและหุ่นตุ๊กตาผ้าดังกล่าวในห้องปฏิบัติการ ใช้เวลาคนละ 3-4 ชั่วโมง และขณะฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยสุติกรรมหลังคลอด เป็นเวลา 2 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการสาธิตการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริงก่อนลงมือปฏิบัติการพยาบาลกับทารกแรกเกิด

5.3 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยสุติกรรมหลังคลอด โดยการบรรยายให้ความรู้และสาธิตการปฏิบัติการพยาบาล 4 ทักษะ ได้แก่ การฉีดยาเข้าชั้นผิวหนัง การฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อ การเจาะเลือดที่หลังมือ และการทำความสะอาดสะดือ กับนวัตกรรมหุ่นจำลองทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วนในห้อง

ปฏิบัติการ จากนั้นให้ลงมือปฏิบัติการพยาบาลกับ
นวัตกรรมหุ่นจำลองดังกล่าวในห้องปฏิบัติการ ใช้เวลา
คนละ 3-4 ชั่วโมง และขณะฝึกปฏิบัติงานบนห่อผู้ป่วย
สุติกรรมหลังคลอด เป็นเวลา 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลอง
ได้รับการสาธิตการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์
จริงก่อนลงมือปฏิบัติการพยาบาลกับทารกแรกเกิด

5.4 ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
ตอบแบบประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล
หลังการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง (post-
test) โดยใช้เวลา 3 นาที และผู้วิจัย/อาจารย์ผู้สอน
ภาคปฏิบัติประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาล
หลังการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง (post-
test) โดยการสังเกตและใช้แบบประเมินทักษะการปฏิบัติ
การพยาบาล ใช้เวลาคนละ 15-20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วย
สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับ
กลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test และ
independent *t*-test ตามลักษณะข้อมูล การเปรียบเทียบ
ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล และทักษะ
การปฏิบัติการพยาบาล ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อน
การใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยน
ชิ้นส่วน กับหลังการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์
จริง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test เนื่องจากข้อมูล
มีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบ
ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล และทักษะ
การปฏิบัติการพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่ม
ควบคุม หลังการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง
วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test เนื่องจาก
ข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ส่วนข้อมูลเชิง
คุณภาพ ใช้วิธีการสรุปประเด็น

ผลการวิจัย

1. ปัญหาและความต้องการในการพัฒนา
นวัตกรรมที่ช่วยส่งเสริมทักษะการปฏิบัติการพยาบาล

ที่จำเป็นในรายวิชา พย.1320 ปฏิบัติการพยาบาลมารดา
ทารกและการผดุงครรภ์ 1 พบว่า ทักษะที่จำเป็นใน
การฝึกปฏิบัติงานบนห่อผู้ป่วยสุติกรรมหลังคลอด ได้แก่
การนวดเข้าชั้นผิวหนัง การนวดเข้าชั้นกล้ามเนื้อ
การเจาะเลือดที่หลังมือ และการทำความสะอาดสะดือ
ซึ่งทักษะเหล่านี้เมื่อนักศึกษาได้ปฏิบัติในทารกแรกเกิด
ในสถานการณ์จริง นักศึกษาจะมีความวิตกกังวล ไม่มี
ความมั่นใจ ทำให้ไม่กล้าลงมือปฏิบัติ และทำให้ปฏิบัติ
ไม่ถูกต้อง อาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติต้องจับมือปฏิบัติ
ในทุกครั้ง สำหรับการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้น
ฝึกปฏิบัติงานที่ผ่านมา ในทักษะการนวดเข้าชั้น
ผิวหนังและทักษะการนวดเข้าชั้นกล้ามเนื้อ
นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติกับแผ่นผิวหนังเทียมลักษณะ
แบนราบและหุ่นตุ๊กตาผ้าที่ไม่เหมือนจริง แตกต่างจาก
การปฏิบัติจริงที่ต้องมีขั้นตอนการจัดท่าทารก ท่าใน
การนวด และการใช้มือยึดตรึงผิวหนังทารกก่อน
การนวด สำหรับการเจาะเลือดที่หลังมือและการทำ
ความสะอาดสะดือ นักศึกษาได้รับการสาธิตในสถานการณ์
จริงโดยอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ เพื่อไม่ให้เกิดข้อผิดพลาด
ในการปฏิบัติงาน ซึ่งได้ให้ข้อเสนอแนะว่า นอกเหนือ
จากการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติงานจริง
ที่ผ่านมา ควรมีนวัตกรรมหุ่นจำลองทารกแรกเกิดที่
สามารถฝึกปฏิบัติการพยาบาลในทักษะที่จำเป็นดังกล่าว
โดยผิวสัมผัสของหุ่นจำลองทารกแรกเกิดในส่วนที่จะ
ฝึกปฏิบัติการพยาบาล เช่น แขน ต้นขา มือ สายสะดือ
ควรมีลักษณะใกล้เคียงกับผิวของทารกแรกเกิดจริงใน
ราคาที่ไม่สูง และหากชำรุดควรมีชิ้นส่วนเปลี่ยนทดแทน
ได้ เพื่อช่วยส่งเสริมความมั่นใจเหมือนได้สัมผัสตัว
ทารกแรกเกิดจริง มีความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติงานจริง
กล้าที่จะปฏิบัติการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาล
ได้ถูกต้อง

2. การพัฒนานวัตกรรมหุ่นจำลองทารกแรกเกิด
แบบเปลี่ยนชิ้นส่วน พบว่า นวัตกรรมหุ่นจำลองฯ
พัฒนาขึ้นจากผลการศึกษาในระยะที่ 1 ร่วมกับการ
ทบทวนวรรณกรรม ตั้งแต่การหล่อซิลิโคนผิวหนัง

เฉพาะจุดที่จะนำไปประกอบเป็นส่วนแขน ต้นขา มือ และสายสะดือ และปรับตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญหลายครั้ง จนได้ซิลิโคนที่มีความหนา นุ่ม ยืดหยุ่น เหมาะสมกับการใช้ฝึกปฏิบัติทักษะ การพยาบาล โดยการฉีดยาเข้าชั้นผิวหนังบริเวณต้นแขน ได้หล่อซิลิโคนเป็นปลอกแขนที่มีความบาง นุ่ม ยืดหยุ่นดี สามารถฉีดยาเข้าชั้นผิวหนังให้ชั้นตื้นได้ และสามารถ เปลี่ยนที่แทงเข็มได้ในกรณีต้องการฝึกฉีดยาครั้งต่อไป ส่วนการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อบริเวณต้นขา ได้หล่อ ก่อนซิลิโคนที่มีความหนาแต่นิ่ม แล้วนำไปใส่ในต้นขา พลาสติคของหุ่นทารกที่เจาะรูเฉพาะไว้แล้ว เหมาะกับ การฝึกปฏิบัติการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อที่ต้นขาทารก สำหรับการเจาะเลือดที่หลังมือ ได้หล่อซิลิโคนเป็นท่อน แขนและเจาะรูสำหรับสอดสายยางทำเป็นหลอดเลือด อยู่ภายใต้บริเวณหลังมือ และหล่อซิลิโคนเป็นปลอกมือ สำหรับฝึกเจาะเลือดที่หลังมือ และการทำความสะอาด สะดือ ได้หล่อซิลิโคนเป็นสายสะดือทารก 2 แบบ คือ 1) สายสะดือแบบเปียก ซิลิโคนมีลักษณะนิ่ม สีขาว และ 2) สายสะดือแบบแห้ง ซิลิโคนมีลักษณะแห้ง เที่ยว สีคล้ำ เหมาะสำหรับการฝึกทำความสะอาดสะดือทั้ง 2 แบบ โดยซิลิโคนทั้งหมดนี้เมื่อชำรุดแล้วสามารถ ถอดเปลี่ยนชิ้นใหม่เพื่อใช้งานแทนได้ และเมื่อนำ นวัตกรรมหุ่นจำลองฯ ไปทดลองใช้ ผู้ทดลองใช้ ประเมินว่านวัตกรรมหุ่นจำลองฯ มีความน่าสนใจ วัสดุ ที่ใช้มีความเหมาะสมดี สามารถใช้ได้ในระยะยาว และสามารถถอดเปลี่ยนชิ้นส่วนได้ เหมือนได้สัมผัสตัวทารก จริงๆ ทำให้ต้องการลองฝึกปฏิบัติมากกว่าเดิม และ นวัตกรรมหุ่นจำลองฯ มีความเหมาะสมกับรายวิชา

หากนำไปใช้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการฝึกทำ หัตถการกับทารกแรกเกิดก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานจริง เพิ่มความมั่นใจและลดความวิตกกังวลในนักศึกษาได้

3. ผลการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองทารกแรกเกิด แบบเปลี่ยนชิ้นส่วน

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 19-31 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 20.88 ปี ($SD = 2.23$) และมีเกรดเฉลี่ยสะสมต่ำสุด-สูงสุด คือ 2.33-3.32 โดยมีเกรดเฉลี่ยสะสมเฉลี่ย 2.80 ($SD = .29$) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 91.70 มีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 20-24 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 20.79 ปี ($SD = 1.02$) และมีเกรดเฉลี่ยสะสมต่ำสุด-สูงสุด คือ 2.25-3.56 โดยมี เกรดเฉลี่ยสะสมเฉลี่ย 2.81 ($SD = .40$) เมื่อเปรียบเทียบ ข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกัน

3.1 การเปรียบเทียบความมั่นใจในการปฏิบัติ การพยาบาล และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ของ กลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลอง ทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วน กับหลังการปฏิบัติ การพยาบาลในสถานการณ์จริง พบว่า หลังการปฏิบัติ การพยาบาลในสถานการณ์จริง กลุ่มทดลองมีคะแนน เฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล และคะแนน เฉลี่ยทักษะการปฏิบัติการพยาบาล สูงกว่าก่อนการใช้ นวัตกรรมหุ่นจำลองทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.440, p < .001$ และ $t = 9.247, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล และคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วน กับหลังการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง (n = 24)

ผลลัพธ์	ก่อนการใช้นวัตกรรม หลังการปฏิบัติการพยาบาล				t	p
	M	SD	M	SD		
ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล	3.17	1.71	7.21	1.22	11.440	< .001
ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล	22.67	3.95	30.75	2.56	9.247	< .001

3.2 การเปรียบเทียบความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง พบว่า หลังการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจ

ในการปฏิบัติการพยาบาล และคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติการพยาบาล สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.560, p < .001$ และ $t = 4.100, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล และคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง

ผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง (n = 24)		กลุ่มควบคุม (n = 24)		t	p
	M	SD	M	SD		
ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล	7.21	1.22	5.33	1.61	4.560	< .001
ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล	30.75	2.56	27.13	3.49	4.100	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า นวัตกรรมหุ่นจำลองทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วนถูกพัฒนาจากผลการศึกษาในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งตอบสนองความต้องการในการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติการพยาบาลในทักษะที่จำเป็นก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน

บนหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด ได้แก่ การฉีดยาเข้าชั้นผิวหนัง การฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อ การเจาะเลือดที่หลังมือ และการทำความสะอาดสะดือ ส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลตามมา จากผลการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วน พบว่า หลังการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล และคะแนนเฉลี่ยทักษะ

การปฏิบัติการพยาบาล สูงกว่าก่อนการใช้นวัตกรรม
 หุ่นจำลองทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วนอย่างมี
 นัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย
 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองสามารถฝึกปฏิบัติทักษะ
 การพยาบาลกับหุ่นจำลองที่มีความใกล้เคียงกับ
 สถานการณ์จริงได้บ่อยเท่าที่ต้องการ สอดคล้องกับ
 ทฤษฎีการเรียนรู้ ของ Bloom (1956) ที่ระบุว่า
 การเรียนรู้เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจาก
 การปฏิบัติแบบเดิมไปสู่การปฏิบัติแบบใหม่ที่มีคุณภาพ
 ซึ่งเกิดจากการผสมกันระหว่างทักษะด้านพุทธิพิสัย
 จิตพิสัย และทักษะพิสัย ส่งผลให้เกิดการพัฒนาทักษะ
 จากการฝึกซ้ำ ๆ จนเกิดความมั่นใจ ในขณะเดียวกัน
 ความมั่นใจในระดับที่สูงขึ้นจะส่งผลให้นักศึกษาปฏิบัติ
 ทักษะการพยาบาลได้โดยไม่วิตกกังวลและตื่นเต้น
 สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ นันทชัย และสมชาย
 แสงนวล (2561) ที่พบว่า คะแนนทักษะการประเมิน
 ทำทารกในครรภ์ภายหลังการฝึกด้วยหุ่นจำลองสูงกว่า
 ก่อนการฝึกด้วยหุ่นจำลอง และสอดคล้องกับการศึกษา
 ของบุญเสริม วัฒนกิจ และกิตติ กรุงไกรเพชร (2560)
 ที่พบว่า นักศึกษาแพทย์ที่ใช้หุ่นจำลองสำหรับฝึกผ่าตัด
 คลอดบุตร มีผลสัมฤทธิ์ทางการฝึกทักษะในระดับดีมาก
 ทำให้การจัดการเรียนการสอนมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้
 ยังสอดคล้องกับการศึกษาของศรีนรัตน์ วัฒนธรรณท์
 และนันทิยา แสงทรงฤทธิ์ (2560) ที่พบว่า นักศึกษา
 พยาบาลที่ได้รับกิจกรรมเสริมทักษะมีความมั่นใจใน
 การขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น สามารถ
 ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยได้อย่างคล่องแคล่ว ซึ่งการที่
 นักศึกษาได้ทดลองฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลองในสถานการณ์
 เสมือนจริง จะช่วยให้นักศึกษาลดความตื่นเต้นและ
 ความวิตกกังวลลงได้ (สุภรัตน์ แจ่มแจ้ง และคณะ, 2561)

นอกจากนี้ ผลการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองทารก
 แรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วนยังพบว่า หลังการปฏิบัติ
 การพยาบาลในสถานการณ์จริง กลุ่มทดลองมีคะแนน
 เฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล และคะแนน
 เฉลี่ยทักษะการปฏิบัติการพยาบาล สูงกว่ากลุ่มควบคุม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน
 การวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้ฝึกปฏิบัติ
 การพยาบาลกับหุ่นจำลอง 4 ทักษะ ได้แก่ การฉีดยา
 เข้าชั้นผิวหนัง การฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อ การเจาะเลือด
 ที่หลังมือ และการทำความสะอาดสะดือ ซึ่งหุ่นจำลอง
 ที่พัฒนาขึ้นได้มีการปรับปรุงจากกระบวนการพัฒนา
 ให้ตรงกับความต้องการของผู้เรียน เช่น การฉีดยาเข้า
 ชั้นผิวหนัง เกิดตุ่มนูนขึ้นเสมือนจริง การฉีดยาเข้าชั้น
 กล้ามเนื้อ ผิวหนังมีลักษณะนิ่ม ยืดหยุ่น การเจาะเลือดที่
 หลังมือ ข้อมือของหุ่นสามารถพับงอได้ ขนาดใกล้เคียง
 กับข้อมือทารก การทำความสะอาดสะดือ สี รูปลักษณะ
 ของสายสะดือ ที่ปรับเป็นสะดือแบบเปียกและแบบแห้ง
 ได้ จึงทำให้กลุ่มทดลองได้ฝึกทักษะในสถานการณ์ที่
 ใกล้เคียงกับสถานการณ์ที่จะพบได้จริง ซึ่งแตกต่างจาก
 หุ่นที่ใช้ฝึกปฏิบัติแบบเดิมที่เป็นแผ่นผิวหนังเทียม
 ลักษณะแบนราบและหุ่นตุ๊กตาผ้า จึงทำให้กลุ่มทดลอง
 เกิดความมั่นใจและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่า
 กลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมได้รับเพียงการฝึกปฏิบัติ
 กับแผ่นผิวหนังเทียมลักษณะแบนราบและหุ่นตุ๊กตาผ้า
 ในห้องปฏิบัติการ เมื่อต้องปฏิบัติในสถานการณ์จริง
 จึงอาจทำให้เกิดความวิตกกังวล ตื่นเต้น ไม่มีความมั่นใจ
 ในตนเองมากพอที่จะปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งระดับ
 ความมั่นใจในตนเองมีผลต่อความสามารถในการแสดง
 ทักษะที่ถูกต้อง (สุรชาติ สิทธิปรกรณ์ และคณะ, 2561)
 สอดคล้องกับการศึกษาของพรหมทิพย์ ชัยขุนทด,
 ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, นุชมาศ แก้วกุลชล,
 และรัชณี พจนา (2563) ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการ
 จัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง มีค่า
 เฉลี่ยความมั่นใจและความสามารถในการใช้กระบวนการ
 พยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติ

อย่างไรก็ตาม กลุ่มควบคุมสามารถพัฒนา
 ความมั่นใจและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลได้เช่นกัน
 จากกระบวนการเรียนการสอนตามปกติ แต่น้อยกว่า
 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจึงเห็นว่า หากนักศึกษาสามารถ
 พัฒนาความมั่นใจและทักษะการปฏิบัติการพยาบาล

ได้มากก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานจริงบนหอผู้ป่วย จะสามารถเพิ่มความปลอดภัย และลดข้อผิดพลาดจากการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งย่อมส่งผลดีทั้งต่อผู้รับบริการและนักศึกษาผู้ฝึกปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

อาจารย์พยาบาลควรเตรียมความพร้อมของนักศึกษา ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยเป็นกลุ่มย่อย โดยนำหุ่นจำลองทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วนมาใช้ในการฝึกทักษะการพยาบาลที่จำเป็นในทารกแรกเกิด ได้แก่ การฉีดยาเข้าชั้นผิวหนัง การฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อ การเจาะเลือดที่หลังมือ และการทำความสะอาดสะดือ เพื่อเพิ่มความมั่นใจและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษา

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนานวัตกรรมหุ่นจำลองอื่นๆ ที่จำเป็นสำหรับการฝึกทักษะการพยาบาลมารดาและทารก เช่น แผลฝีเย็บ เต้านมจำลองสำหรับอุ้มเข้าเต้า เต้านมจำลองที่แสดงระดับเกรดของลานนมและหัวนม

เอกสารอ้างอิง

จิราภรณ์ นันทชัย, และสมชาย แสงนวล. (2561). การพัฒนาหุ่นจำลองสำหรับฝึกทักษะการประเมินท่าทารกในครรภ์. *พยาบาลสาร*, 45(4), 37–46.

ชรินทร์พร มะชะรา, เพียงเพ็ญ บุษมงคล, ภัสพร โมฆะรัตน์, และศุภรัตน์ ผายดี. (2562). การพัฒนานวัตกรรมหุ่นฝึกฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อต้นขาและเจาะเลือดบริเวณสันเท้าของทารกแรกเกิด ต่อความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 4 “การวิจัยเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน”* (น. 801– 809). ม.ป.ท.

บุญเสริม วัฒนกิจ, และกิตติ กรุงไกรเพชร. (2560). *การพัฒนาหุ่นจำลองสำหรับการทำหัตถการ เพื่อการเรียนการสอน: หุ่นจำลองสำหรับฝึกผ่าตัดคลอดบุตร* (รายงานผลการวิจัย). ชลบุรี: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ปฐมมาศ โชติบัณ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ธารินทร์ นนทพุท, และจรรยารัตน์ รอดเนียม. (2556). นวัตกรรมชุดหุ่นฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 5(3), 1–12.

ประเวศน์ มหารัตน์สกุล. (2557). *หลักการและวิธีการเขียนงานวิจัย วิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์*. กรุงเทพฯ: ปัญญาชน.

พรรณทิพย์ ชัยขุนทด, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, นุชมาศ แก้วกุลทล, และรัชณี พจนา. (2563). ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองต่อความรู้ ความมั่นใจ และความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลมารดาและทารกในระยะคลอดของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(6), 1062–1072.

วินัย สยอวรรณ, ศราวุฒิ เพาะขุนทด, ปุณณภา ชุมรวฐายี, และเจษฎา อุดมพิทยาสรรพ์. (2560). การพัฒนาหุ่นจำลองฝึกทักษะการกดนวดชนิดยางพาราสำหรับนักศึกษาการแพทย์แผนไทยบัณฑิต ของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 10(3), 71–82.

ศรินทร์ดี วัฒนธรรณันท์, และนันทิยา แสงทรงฤทธิ์. (2560). ผลของกิจกรรมเสริมทักษะต่อความรู้และความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาลในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(1), 157–166.

- ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิรดา อรรถเมธากุล, รัตนา นิลเลื่อม, และนัตยา วงศ์ยะรา. (2564). ผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลและความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(3), 178–194.
- ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิรดา อรรถเมธากุล, และดวงแข พัทธกัณฺธิ์. (2561). ผลของการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหออผู้ป่วยอย่างมีแบบแผนสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 20(3), 147–163.
- สุรชาติ สิทธิปกรณ์, อภิญา คุมมาตย์, สุรพันธ์ สืบเนียม, จารุรินทร์ พงษ์ประเทศ, อุไร จำปาอะดี, วสันต์ แก้วเกลื่อน, ... นิตยา สุทธยากร. (2561). ผลของการจัดการเรียนรู้ด้วยหุ่นจำลองเสมือนจริงต่อความมั่นใจในตนเองและความพึงพอใจของนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการ “มหาวิทยาลัยมหาสารคามวิจัย ครั้งที่ 14”* (น. 600–609). ม.ป.ท.
- สุสัณหา ยิ้มแฉ้ม. (2559). การพัฒนาหุ่นจำลองเพื่อฝึกทักษะทางคลินิกของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. *พยาบาลสาร*, 43(2), 142–151.
- Bloom, B. S. (Ed.). (1956). *Taxonomy of educational objectives, handbook 1: Cognitive domain*. New York: David McKay.
- Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2016). *Burns and Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (8th ed.). St. Louis: Saunders.
- Kasatpibal, N., Sawasdisingha, P., & Whitney, J. D. (2016). Innovation of educational wound models for nursing students. *Journal of Nursing Education and Practice*, 6(9), 101–109. doi:10.5430/jnep.v6n9p101

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้* Health Literacy and Self-management among Older Persons with Uncontrolled Hypertension*

วนิดา แสงเขียว, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ) ¹

Wanida Sangkhiaw, M.N.S. (Gerontological Nurse Practitioner) ¹

โรจณี จินตนาวัฒน์, ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์) ²

พนิดา จันทโสภิพันธุ์, ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์) ³

Rojanee Chintanawat, Ph.D. (Nursing) ²

Phanida Juntasopeepun, Ph.D. (Nursing) ³

Received: January 27, 2023

Revised: May 9, 2023

Accepted: May 10, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางสะพาน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 แห่ง ในอำเภอบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ รวมจำนวน 82 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .82 และแบบวัดการจัดการตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น .99 เก็บรวบรวมข้อมูล

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master's Thesis of Nursing Science Program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ มหบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

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

ในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวม ในระดับปานกลาง ($M = 35.78, SD = 4.39$ และ $M = 71.43, SD = 6.36$ ตามลำดับ) และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .393, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพควรประเมินความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อเป็นข้อมูลในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine the relationship between health literacy and self-management among older persons with uncontrolled hypertension. The participants consisted of 82 older persons with uncontrolled hypertension who visited the hypertension clinic at Bang Saphan Hospital and three sub-district health promoting hospitals in Bang Saphan District, Prachuap Khiri Khan Province. The research instruments included the demographic data form, the health literacy scale with reliability of .82, and the self-management scale with reliability of .99. Data were collected from April to May, 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 persons with uncontrolled hypertension were at a moderate level ($M = 35.78, SD = 4.39$ and $M = 71.43, SD = 6.36$, respectively). Health literacy was positively statistically significantly related to self-management among older persons with uncontrolled hypertension ($r = .393, p < .001$).

This research suggests that health care providers should assess health literacy and self-management among older persons with uncontrolled hypertension in order to promote their health literacy and self-management. As such, older persons will provide more suitable blood pressure control.

Keywords: Health literacy, Self-management, Older persons with uncontrolled hypertension

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่พบมากในผู้สูงอายุ โดยทั่วโลกพบอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 67.20 (Benjamin et al., 2018) สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2561 พบผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 42.90 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด (กลุ่มรายงานมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุข, 2561) จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 เกี่ยวกับอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ที่มีอายุ 60-69 ปี 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป มีอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 25.30, 25.90 และ 29.20 ของประชากรผู้สูงอายุ ตามลำดับ (วิชัย เอกพลากร, 2559)

โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หมายถึง ภาวะที่ระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท สำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและโรคไต มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 130/80 มิลลิเมตรปรอท และรับประทานยาลดความดันโลหิตมากกว่า 1 ชนิด รวมทั้งมีระดับความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องมากกว่า 1 ปี (the Eighth Joint National Committee 8 [JNC 8]) (James et al., 2014) ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุเกิดขึ้นเนื่องจากความเสื่อมตามวัย (aging process) ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด และมีปัจจัยร่วมอื่นๆ ที่อาจทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ได้แก่ ภาวะอ้วนหรือมีน้ำหนักตัวเกิน การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารไม่สม่ำเสมอ และการไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งหากผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต (Mensah, 2016) ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อ

ตามมา ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ (Buford, 2016) จึงจำเป็นต้องควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยการรักษาโรคความดันโลหิตสูงมี 2 วิธี คือ 1) การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต (Campbell, 2017) และ 2) การให้ยาลดความดันโลหิต ซึ่งการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงความปลอดภัยอย่างมาก เนื่องจากกระบวนการชราทำให้การทำงานของตับและไตลดลง ส่งผลให้ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยายาวนานขึ้น จึงอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้สูงอายุได้ (กฤษฎาพร ทิพย์กาญจนธนา และสาธิตสาธิตกุล, 2562) ดังนั้น ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จึงต้องมีความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นการกระทำด้วยความตั้งใจของบุคคลในการควบคุมโรคและการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยการมีส่วนร่วมของบุคคลในความรับผิดชอบดูแลจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องร่วมกับบุคลากรสุขภาพ (Lorig & Holman, 2003) ประกอบด้วย 1) การจัดการด้านการแพทย์ เป็นการจัดการตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยา การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย และการมาตรวจตามแพทย์นัด 2) การจัดการด้านบทบาท เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยของตนเอง และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ เป็นการจัดการอารมณ์ที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น ความโกรธ ความกลัว ความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ซึ่งการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องใช้ทักษะ 6 ทักษะ ได้แก่ 1) การแก้ไขปัญหา 2) การตัดสินใจ 3) การเข้าถึงและใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ 4) การสร้างความสัมพันธ์กับบุคลากรสุขภาพ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การปรับทักษะในการปฏิบัติให้เหมาะสมกับตนเอง (Lorig & Holman, 2003) ซึ่งจากการศึกษาการจัดการตนเองพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่และกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่การศึกษา

การจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ยังมีน้อย จากการศึกษาของราตรี อร่ามศิลป์, พัทยา เกิดกุล, สายใจ จาจิตร, และวรรณศิริ ประจันโน (2561) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการจัดการตนเองโดยรวมในระดับดี ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของพนิดา จันทรดีแก้วสกุล, นันทิยา วัฒนาย, และนันทวัน สุวรรณรูป (2561) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้มีการจัดการตนเองโดยรวมในระดับต่ำ

จากการทบทวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง ส่วนใหญ่เน้นการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่และกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทั่วไป ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีทั้งปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้และปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ในส่วนปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ ได้แก่ อายุ (ราตรี อร่ามศิลป์ และคณะ, 2561) ระดับการศึกษา (พนิดา จันทรดีแก้วสกุล และคณะ, 2561) สถานภาพสมรส และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (สุมาพร สุจ้านงค์, มณรัตน์ ชีระวิวัฒน์, และนิรัตน์ อิมามิ, 2556) ส่วนปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (พนิดา จันทรดีแก้วสกุล และคณะ, 2561) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Ding, Li, Su, Yuan, & Lin, 2018) และความรู้ด้านสุขภาพ (อามานี แดมะยุ, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และพนิดา จันทโสภิพันธ์, 2563) ซึ่งการจัดการตนเองเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค ดังนั้นจึงจำเป็นต้องอาศัยทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมในการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อนำมาสู่การคิดวิเคราะห์และตัดสินใจ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้กำหนดประเด็นความรู้ด้านสุขภาพ เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายในการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง (World Health Organization, 2013)

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นทักษะเฉพาะบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย 1) ทักษะทางปัญญา เป็นความสามารถในการอ่านออกเขียนได้

เข้าใจ เข้าถึงข้อมูล และสามารถคิดวิเคราะห์ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และ 2) ทักษะทางสังคม เป็น การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพื่อให้เกิดทักษะในการค้นหาข้อมูล ต่อรองหรือปฏิบัติตามแนวทางของสังคมที่ปฏิบัติกันมา (Nutbeam, 2000) ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน เป็นทักษะการฟัง พูด อ่าน และเขียน เช่น การอ่านฉลากยา เอกสารความรู้ทางสุขภาพ การอ่านใบยินยอม การอ่านคำแนะนำในการปฏิบัติตัว 2) ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ เป็นทักษะในการรู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร สื่อต่างๆ รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และ 3) ความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ เป็นทักษะทางปัญญาที่สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในเชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ที่เกิดจากโรคหรือการเจ็บป่วย เพื่อการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม (Nutbeam, 2000) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองพบว่า เมื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีแนวโน้มในการมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีขึ้น 1.80 เท่า (สาวิตรี วิชญโยธิน, ฉวีวรรณ บุญสุยา, ลำลี เปลี่ยนบางช้าง, รัตนา ลำโรงทอง, และเสาวนีย์ ทองนพคุณ, 2562) และความรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (พนิดา จันทรดีแก้วสกุล และคณะ, 2561)

จากการทบทวนความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองที่ผ่านมา พบว่าเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้และกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทั่วไป ซึ่งความรู้ดังกล่าวอาจไม่สามารถนำมาอธิบายในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ

และการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ยังมีน้อย รวมทั้งผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีจำนวนเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรสุขภาพในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig and Holman (2003) ซึ่งอธิบายว่าการจัดการตนเองเป็นการกระทำด้วยความตั้งใจของบุคคลในการควบคุมโรคและการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสมโดยการมีส่วนร่วมของบุคคลในความรับผิดชอบดูแลจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องร่วมกับบุคลากรสุขภาพ ซึ่งเน้นการจัดการตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ การจัดการด้านการแพทย์ การจัดการด้านบทบาท และการจัดการด้านอารมณ์ รวมทั้งต้องมีทักษะในการจัดการตนเอง 6 ทักษะ ได้แก่ การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ การเข้าถึงและใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ การสร้างความสัมพันธ์กับบุคลากรสุขภาพ การลงมือปฏิบัติ และการปรับทักษะในการปฏิบัติให้เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งการที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จะจัดการตนเองให้มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความรู้ด้านสุขภาพ อันเป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมในการที่จะเข้าถึง เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ และสามารถสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพกับบุคลากรสุขภาพ รวมทั้งสามารถพิจารณาคัดเลือกข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อต่างๆ เพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติและควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ของ Nutbeam (2000) ที่ประกอบด้วยความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท สำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน และโรคไตมีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 130/80 มิลลิเมตรปรอท และรับประทานยาลดความดันโลหิตมากกว่า 1 ชนิด รวมทั้งมีระดับความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องมากกว่า 1 ปี) ที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางสะพาน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 3 แห่ง ในอำเภอบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตชนิดรับประทาน 2) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 3) มีสติปัญญาและการรับรู้สมบูรณ์ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินเพื่อตรวจสอบสติปัญญา (the Mental Status Questionnaire [MSQ]) 4) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (the Barthel ADL Index) และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .30 (คำนวณจากการศึกษาของจริยา นพเคราะห์, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และทศพร คำผลศิริ [2563] ได้ค่า .54) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 นำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม G*Power ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 82 คน โดยเลือก รพ.สต. จำนวน 3 แห่ง ในอำเภอบางสะพาน (จากจำนวน 14 แห่ง) ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย ได้เป็น รพ.สต.ทองมงคล รพ.สต.ร้อนทอง และ รพ.สต.พงศ์ประศาสน์ เลือกกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน

ของประชากร ได้แก่ โรงพยาบาลบางสะพาน จำนวน 15 คน รพ.สต.ทองมงคล จำนวน 23 คน รพ.สต.ร้อนทอง จำนวน 31 คน และ รพ.สต.พงศ์ประศาสน์ จำนวน 13 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ดัชนีมวลกาย ลักษณะการอยู่อาศัย ระดับความดันโลหิต ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง จำนวนยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โรคประจำตัวอื่น และแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ ของ Ishikawa, Takeuchi, and Yano (2008) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดยจริยา 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 แบบวัดการจัดการตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ของเบญจมาศ ถาดแสง, ดวงฤดี

ลาซุยะ, และทศพร คำผลศิริ (2555) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ ด้านการรับประทานอาหารและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง จำนวน 7 ข้อ ด้านการรับประทานยา จำนวน 7 ข้อ ด้านการจัดการอารมณ์ จำนวน 3 ข้อ และด้านการประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพและการมาตรวจตามนัด จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวน 26 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการจัดการตนเองในระดับต่ำ (26.00-52.00 คะแนน) ในระดับปานกลาง (52.01-79.00 คะแนน) และในระดับสูง (79.01-104.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่มารับบริการที่ รพ.สต.ธงชัย อำเภอบางสะพาน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .82 และนำแบบวัดการจัดการตนเองไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (กลุ่มเดิม) จำนวน 2 ครั้ง ห่างกันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ หาค่าความเชื่อมั่นโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ได้ค่าเท่ากับ .99

การพหุวิธีกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 028/2020 วันที่ 3 มีนาคม 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางสะพาน และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เข้าพบพยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลบางสะพานและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 3 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว แนะนำตัว ดำเนินการพหุวิธีกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพหุวิธีสิทธิ อ่านข้อคำถามในแบบสอบถามและแบบวัดทีละข้อแล้วให้ตอบ โดยใช้เวลา 30-45 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพ และข้อมูลการจัดการตนเอง วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเอง วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.73 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.31 โดยมีอายุเฉลี่ย 69.45 ปี ($SD = 6.30$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 80.48 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 62.20 มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก./ม.² มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.66 ลักษณะการอยู่อาศัยคือ อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.93 ส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท คิดเป็นร้อยละ 62.19 มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วง 1-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.98 โดยมีระยะ

เวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคฯ เฉลี่ย 10.02 ปี ($SD = 6.67$) จำนวนยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง คือ 2 ชนิด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.78 ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 91.46 มีโรคประจำตัวอื่น คิดเป็นร้อยละ 95.12 และทั้งหมดใช้แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ คือ จากบุคลากรสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 100 โดยใช้แหล่งข้อมูลจากโทรศัพท์และอินเทอร์เน็ตร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 62.20 และ 18.29 ตามลำดับ

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า ผู้สูงอายุฯ มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 35.78, SD = 4.39$) เมื่อจำแนกเป็นรายระดับ พบว่า ผู้สูงอายุฯ มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานในระดับปานกลาง ($M = 13.90, SD = 2.43$) มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($M = 12.79, SD = 2.27$) และมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณในระดับปานกลาง ($M = 9.10, SD = 1.92$)

3. การจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า ผู้สูงอายุฯ มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 71.43, SD = 6.36$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุฯ มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองในระดับสูง 1 ด้าน คือ ด้านการรับประทานยา ($M = 23.99, SD = 2.75$) และมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองในระดับปานกลาง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ($M = 12.24, SD = 3.12$) ด้านการรับประทานอาหารและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ($M = 18.02, SD = 2.87$) ด้านการจัดการอารมณ์ ($M = 6.49, SD = 1.69$) และด้านการประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพและการมาตรวจตามนัด ($M = 10.68, SD = 1.71$)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .393, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ($n = 82$)

ตัวแปร	การจัดการตนเอง	
	r	p
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.393	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ

โดยรวมในระดับปานกลาง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เป็นความสามารถของผู้สูงอายุในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี โดยอาศัยทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม ในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ

ข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถวิเคราะห์ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อให้เกิดทักษะในการค้นหาข้อมูล และการต่อรอง สอดคล้องกับการศึกษาของอามานี แดมะยู และคณะ (2563) ที่พบว่า ผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกการิสรร์, พรทิพย์ มาลาธรรม, และนุชนาฏ สุทธิ (2562) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นโดยมีอายุเฉลี่ย 69.45 ปี ซึ่งเมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมลง โดยมีกระบวนการทำงานของระบบประสาท การรับรู้ ความจำ และความเข้าใจที่ลดลง รวมทั้งการมองเห็นและการได้ยินก็ลดลง ทำให้ความสามารถในการสื่อสารหรือรับฟังข้อมูลด้านสุขภาพจากบุคลากรสุขภาพลดลงด้วย (Amarya, Singh, & Sabharwal, 2018) สำหรับทักษะทางสังคมนั้น ผู้สูงอายุจะมีทักษะการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรสุขภาพลดลง เนื่องจากวัยนี้มีความสามารถในการแสวงหากลุ่มคนหรือเครือข่ายทางสังคมได้น้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ที่มีข้อจำกัดทางร่างกายน้อยกว่า (ณัฐธิดา จงรักษ์ และนฤจิภา นวพันธุ์, 2562) ดังการศึกษาที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Chajae, Pirzadeh, Hasanzadeh, & Mostafavi, 2018) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 80.48) ซึ่งการศึกษาเป็นการพัฒนาทักษะในการอ่านออกเขียนได้ ความคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ และยังเป็นส่วนหนึ่ง

ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เมื่อมีการศึกษาระดับต่ำ จึงมีข้อจำกัดในการอ่านเอกสารคำแนะนำ ฉลากยา ใบยินยอม แผ่นพับให้ความรู้ที่มีเนื้อหาค่อนข้างซับซ้อนเข้าใจยาก ดังการศึกษาที่พบว่า ระดับการศึกษาสามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ (Ansari et al., 2016) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 62.20) ซึ่งผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสหรืออาศัยอยู่กับคู่สมรส คู่สมรสจะเป็นผู้ช่วยให้คำปรึกษา ช่วยพิจารณาตัดสินใจใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ โดยจะเป็นผู้สนับสนุนให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี, 2559) ดังการศึกษาที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (พิชญ์กัญ กันทวี และสถิกร พงศ์พานิช, 2562)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เป็นการกระทำด้วยความตั้งใจของผู้สูงอายุในการควบคุมโรคและการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในความรับผิดชอบดูแลจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องร่วมกับบุคลากรสุขภาพ โดยผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีความสามารถในการจัดการตนเอง 3 ด้าน ตามแนวคิดของ Lorig and Holman (2003) สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนพงศ์ คำเผ่า และน้ำเงิน จันทรมณี (2561) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการจัดการตนเองในระดับปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหารและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ด้านการจัดการอารมณ์ และด้านการประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพและการมาตรวจตามนัด ในระดับปานกลาง

ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น โดยมีอายุเฉลี่ย 69.45 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมลง จึงอาจทำให้ความสามารถในการจัดการตนเองลดลง ดังการศึกษาที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ราตรี อร่ามศิลป์ และคณะ, 2561) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 80.48) ซึ่งเป็นการศึกษาระดับพื้นฐาน จึงมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการจัดการตนเองพื้นฐานได้ แต่อาจมีข้อจำกัดของความสามารถในการจัดการตนเองในการแก้ปัญหาอาการที่มีการเปลี่ยนแปลงและซับซ้อน จึงอาจทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ดังการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการศึกษาระดับต่ำ ทำให้มีการจัดการตนเองที่ต่ำด้วย (Flynn et al., 2013) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 62.20) และอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร มากที่สุด (ร้อยละ 32.93) ซึ่งการที่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวในการสนับสนุน กระตุ้นเตือน รวมทั้งสร้างแรงจูงใจ จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรคได้ ดังการศึกษาที่พบว่า แรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวสามารถทำนุบำรุงการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ (Ding et al., 2018) และกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วง 1-10 ปี (ร้อยละ 60.98) ซึ่งเป็นระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ไม่นาน จึงมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการจัดการกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงน้อย ดังการศึกษาที่พบว่า ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (สุมาพร สุจำนงค์ และคณะ, 2556)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ที่ควบคุมไม่ได้มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดใช้แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ คือ จากบุคลากรสุขภาพ ทำให้ได้รับการเน้นย้ำ การชี้แนะแนวทางด้านการรับประทานยา การสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จึงมีการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในระดับสูง ดังการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยด้านการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพสามารถทำนายการจัดการตนเองของผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ (พนิดา จันทรดีแก้วสกุล และคณะ, 2561)

ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำเป็นต้องอาศัยทักษะเฉพาะบุคคลทั้งทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมตั้งแต่ระดับพื้นฐานจนถึงระดับสูง ให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี สามารถคิดวิเคราะห์ และตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ มีการสร้างความสัมพันธ์กับบุคลากรสุขภาพ การลงมือปฏิบัติ และการปรับทักษะในการปฏิบัติให้เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานจะช่วยให้สามารถอ่านและเขียนข้อมูลด้านสุขภาพได้ เช่น การอ่านฉลากยา การอ่านเอกสารคำแนะนำ การตรวจสอบใบนัด การเขียนใบยินยอม การกรอกแบบฟอร์มต่างๆ นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์และความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณญาณยังเป็นการใช้ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมขั้นสูง เพื่อให้สามารถพิจารณาเลือกข้อมูล คิดวิเคราะห์ข้อมูลเชิงวิพากษ์ แยกแยะ พิจารณาไตร่ตรองข้อมูล แสดงความคิดเห็น ต่อรอง หรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกับบุคลากรสุขภาพในการรักษาดูแลจนนำข้อมูลมาประยุกต์ใช้เพื่อให้สามารถควบคุมสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถ

จัดการตนเองทั้งด้านการแพทย์ ด้านบทบาท และด้านอารมณ์ได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอามานี แดมเย และคณะ (2563) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของพนิดา จันทรดีแก้วสกุล และคณะ (2561) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพควรมีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนและส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้กลุ่มอื่น เช่น กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน กลุ่มที่ต้องได้รับการรักษา และควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

เอกสารอ้างอิง

กรรณิการ์ การิสรพร, พรทิพย์ มาลาธรรม, และนุชนาฏ สุทธิ. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 25(3), 280-295.

กฤษฎณาพร ทิพย์กาญจนธนา, และสำลี สาสีกุล. (2562).

บทบาทพยาบาลในการป้องกันและการจัดการกับการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(1), 31-39.

กลุ่มรายงานมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร*. สืบค้นจาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/>

จริยา นพเคราะห์, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และทศพร คำผลศิริ. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *พยาบาลสาร*, 47(2), 251-261.

ณัฐธิดา จงรักษ์, และณัฐจิรา นวพันธุ์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางกายภาพของพื้นที่ว่างสาธารณะกับรูปแบบปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา สวนสาธารณะในพื้นที่เมือง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิชาการคณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง*, 12(1), 27-39.

เบญจมาศ ถาดแสง, ดวงฤดี ลาสุขะ, และทศพร คำผลศิริ. (2555). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร*, 39(4), 124-137.

พนิดา จันทรดีแก้วสกุล, นันทิยา วัฒนา, และนันทวัน สุวรรณรูป. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 36(1), 31-43.

พิษณุรักษ์ กันทวิ, และสิทธิกร พงศ์พานิช. (2562). ความแตกฉานทางสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุตำบลป่าตึง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. *เชียงรายเวชสาร*, 11(1), 73-83.

- รัตนพงศ์ คำเฝ้า, และน้ำเงิน จันทรมณี. (2561). การศึกษาทักษะการจัดการตนเองในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง เขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่า อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา. ใน *รายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 4* (น. 12–22). กองบริหารงานวิจัยและประกันคุณภาพการศึกษามหาวิทยาลัยพะเยา. สืบค้นจาก http://www.dra.up.ac.th/front/files/pgrc/Proceeding_PGRC4_2561.pdf
- ราตรี อร่ามศิลป์, พัทยา เกิดกุล, สายใจ จารุจิตร, และวรรณศิริ ประจันโน. (2561). พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 29(1), 68–77.
- วิชัย เอกพลากร. (บ.ก.). (2559). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิก แอนด์ดีไซน์.
- สาวตรี วิษณุโยธิน, นวีวรรณ บุญสุยา, คำลี เป็ถื่นบางช้าง, รัตนา สำโรงทอง, และเสาวนีย์ ทองนพคุณ. (2562). ความแตกฉานทางสุขภาพและพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในระดับบริการปฐมภูมิของชุมชนเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา ประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 17(1), 1–13.
- สุมาพร สุจันงค์, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, และนิรัตน์ อิมามี. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดขวัญ จังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม*, 29(2), 20–30.
- แสงเดือน กิ่งแก้ว, และนุสรา ประเสริฐศรี. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(3), 43–54.
- อามานี แดมะยู, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และพนิดา จันทโสภิพันธ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 35(3), 87–107.
- Amarya, S., Singh, K., & Sabharwal, M. (2018). *Ageing process and physiological changes*. Retrieved from file:///C:/Users/Admin/Downloads/Ageing_Process_and_Physiological_Changes.pdf
- Ansari, H., Almasi, Z., Ansari-Moghaddam, A., Mohammadi, M., Peyvand, M., Hajmohammadi, M., & Bagheri, F. (2016). Health literacy in older adults and its related factors: A cross-sectional study in Southeast Iran. *Health Scope*, 5(4), e37453. doi:10.17795/jhealthscope-37453
- Benjamin, E. J., Virani, S. S., Callaway, C. W., Chamberlain, A. M., Chang, A. R., Cheng, S., ... Muntner, P. (2018). Heart disease and stroke statistics – 2018 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 137(12), e67–e492. doi:10.1161/CIR.0000000000000558
- Buford, T. W. (2016). Hypertension and aging. *Ageing Research Reviews*, 26, 96–111. doi:10.1016/J.ARR.2016.01.007

- Campbell, A. P. (2017). DASH eating plan: An eating pattern for diabetes management. *Diabetes Spectrum*, 30(2), 76–81. doi:10.2337/ds16-0084
- Chajae, F., Pirzadeh, A., Hasanzadeh, A., & Mostafavi, F. (2018). Relationship between health literacy and knowledge among patients with hypertension in Isfahan province, Iran. *Electronic Physician*, 10(3), 6470–6477. doi:10.19082/6470
- Ding, W., Li, T., Su, Q., Yuan, M., & Lin, A. (2018). Integrating factors associated with hypertensive patients' self-management using structural equation modeling: A cross-sectional study in Guangdong, China. *Patient Preference and Adherence*, 12, 2169–2178. doi:10.2147/PPA.S180314
- Flynn, S. J., Ameling, J. M., Hill-Briggs, F., Wolff, J. L., Bone, L. R., Levine, D. M., ... Boulware, L. E. (2013). Facilitators and barriers to hypertension self-management in urban African Americans: Perspectives of patients and family members. *Patient Preference and Adherence*, 7, 741–749. doi:10.2147/PPA.S46517
- 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
- James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., ... Ortiz, E. (2014). 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*, 311(5), 507–520. doi:10.1001/jama.2013.284427
- 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
- Mensah, G. A. (2016). Hypertension and target organ damage: Don't believe everything you think!. *Ethnicity & Disease*, 26(3), 275–278. doi:10.18865/ed.26.3.275
- 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
- World Health Organization. (2013). *World health statistics 2013*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564588>

ความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแล ในกิจกรรมการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ ตามการรับรู้ของครูคลินิกและนักศึกษาพยาบาล Entrustable Professional Activities in Nursing in Maternal, Newborn Nursing and Midwifery Activities as Perceived of Clinical Teachers and Nursing Students

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, ศศ.ด. (พัฒนศาสตร์)¹

Soiy Anusorntheerakul, Ph.D. (Development Science)¹

สุภาพพัชร หานุกลา, ศษ.ม. (การศึกษา)²

วรณัฐ ไชยวาน, พย.ม. (การผดุงครรภ์)³

Suphaphak Harnklar, M.Ed. (Education)²

Woranuch Chaiwan, M.N.S. (Midwifery)³

นงนุช บุญมาลา, พย.บ.⁴

อัญชลี อ้วนแก้ว, พย.ม. (บริหารการพยาบาล)⁵

Nongnuch Boonmala, B.N.S.⁴

Anchalee Ounkaew, M.N.S. (Nursing Administration)⁵

Received: January 4, 2023

Revised: May 11, 2023

Accepted: May 12, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลในกิจกรรมการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ และความแตกต่างของสัดส่วนระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแล ตามการรับรู้ของครูคลินิกและนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ครูคลินิก จำนวน 27 คน และนักศึกษาพยาบาล จำนวน 30 คน ของมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ปีการศึกษา 2565 เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลในกิจกรรมการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ มีค่าความเชื่อมั่น .98 เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนพฤษภาคม 2565

¹ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

¹ Associate Professor, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udonthani Campus

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: soianu@kku.ac.th

²⁻⁵ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

²⁻⁵ Instructor, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udonthani Campus

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และ Chi-square test ผลการวิจัยพบว่า 1) ครูคลินิกรับรู้ระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแล ในกิจกรรมการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ ตั้งแต่ระดับ 1 ถึงระดับ 5 โดยระดับ 3 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.56 รองลงมา คือ ระดับ 4 คิดเป็นร้อยละ 40.62 ส่วนนักศึกษาพยาบาลรับรู้ระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแล ระดับ 4 ถึงระดับ 5 โดยระดับ 5 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.10 และ 2) สัดส่วนระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแล ตาม การรับรู้ของครูคลินิกและนักศึกษาพยาบาล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 49.269$, $p < .001$, 95% CI = .317-.562)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ครูคลินิกควรสะท้อนผลการฝึกปฏิบัติการพยาบาลให้นักศึกษา ได้รับรู้เป็นระยะ และให้นักศึกษามีส่วนร่วมในการประเมิน เพื่อให้ผลการประเมินมีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ คำสำคัญ: ความสามารถปฏิบัติการโดยไม่ต้องกำกับดูแล การพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ ครูคลินิก นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This descriptive research aimed to study the level of entrustable professional activities [EPAs] in nursing in maternal, newborn nursing and midwifery activities, and the difference in EPAs level proportions as perceived of clinical teachers and nursing students. The samples consisted of 27 clinical teachers and 30 nursing students of a private university in the academic year 2022. The research instruments included the demographic questionnaire and the EPAs in nursing in maternal, newborn nursing and midwifery activities assessment form with reliability of .98. Data were collected in May, 2022. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, median, and Chi-square test.

The research results revealed that 1) clinical teachers perceived the level of EPAs in nursing in maternal, newborn nursing and midwifery activities in level 1 to level 5: most of them were in level 3 (51.56%), followed by level 4 (40.62%), whereas nursing students perceived the level of EPAs in level 4 to level 5, mostly in level 5 (53.10%); 2) the EPAs level proportions as perceived of clinical teachers and nursing students were statistically significantly different ($\chi^2 = 49.269$, $p < .001$, 95% CI = .317-.562).

This research suggests that clinical teachers should periodically reflect nursing performance to nursing students and allow students to participate in the assessment, so that the assessment results are accurate and reliable.

Keywords: Entrustable professional activities, Maternal, Newborn Nursing and Midwifery, Clinical teachers, Nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแล (entrustable professional activities [EPAs] in nursing) เป็นความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ด้วยตนเองของนักศึกษา ที่ครูคลินิกไว้วางใจให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างอิสระ โดยไม่ต้องมีผู้กำกับดูแล (สภาการพยาบาล, 2564) การนำแนวคิด EPAs มาใช้ในการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกนั้น ครูคลินิกจะต้องประเมินความก้าวหน้าหรือพัฒนาการของนักศึกษาตามประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น โดยครูคลินิกจะประเมินการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาจากพฤติกรรมและกิจกรรมที่นักศึกษาปฏิบัติ ความคาดหวังของครูคลินิกต่อการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษา คือ ความไว้วางใจให้ปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างน่าเชื่อถือ ในเวลาที่กำหนดให้ปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งครูคลินิกจะคาดหวังความไว้วางใจในความสามารถของนักศึกษาในระดับที่ต้องกำกับดูแลน้อยมากหรือไม่ต้องกำกับดูแลเลย (สรั้อย อนุสรณ์ธีรกุล, วรวิทย์ ไชยวาน, รวีวรรณ ผ่องแผ้ว, อัญชลี อ้วนแก้ว, และณัฏฐากุล บึงมุ่ม, 2565) การกำหนดระดับสมรรถนะวิชาชีพจึงเป็นมุมมองการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาให้ได้ตามความคาดหวัง อันเป็นบทบาทและหน้าที่สำคัญของผู้ผลิตบัณฑิตที่ต้องรับรู้สมรรถนะวิชาชีพของนักศึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนและการจัดประสบการณ์ทางคลินิกให้แก่ศึกษา เพื่อให้มีสมรรถนะด้านทักษะที่สามารถปฏิบัติจริงได้ และอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (สรั้อย อนุสรณ์ธีรกุล, ศรัณญา ต.เทียนประเสริฐ, ณัฏฐากุล บึงมุ่ม, อัญชลี อ้วนแก้ว, และพวงผกา อินทร์เยี่ยม, 2564) ดังนั้น เมื่อนักศึกษาฝึกปฏิบัติการพยาบาลเสร็จสิ้นแล้ว นักศึกษาจะถูกคาดหวังว่าจะสามารถมอบหมายความไว้วางใจให้ปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแล หรือมีการกำกับดูแลน้อยมาก การนำแนวคิด EPAs มาใช้ในการประเมินสมรรถนะนักศึกษาจะผ่านกิจกรรมที่นักศึกษาพยาบาลถูกคาดหวังว่าสามารถปฏิบัติใน

คลินิกได้ในระดับที่สมบูรณ์เพียงพอหรือปราศจากการกำกับดูแล (สภาการพยาบาล, 2564; Surjadi, Stringari-Murray, & Saxe, 2019)

การประเมินผลการเรียนรู้ในคลินิก เป็นการวัดและการประเมินผลความสามารถในการปฏิบัติการในสถานการณ์จริง ซึ่งส่วนใหญ่แล้ว ผู้สอนหรือครูคลินิกจะเป็นผู้ประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาเพียงฝ่ายเดียว ซึ่งอาจทำให้ผลการประเมินไม่ตรงกับความเป็นจริง เพราะการประเมิน EPAs ของครูคลินิกมีช่องว่างระหว่างความคาดหวังต่อ EPAs กับ EPAs ที่เกิดขึ้นจริง ที่มีความแตกต่างกันและไม่สอดคล้องกัน โดย EPAs ทางพยาบาลที่คาดหวังจะสูงกว่า EPAs ทางพยาบาลที่เกิดขึ้นจริง (สรั้อย อนุสรณ์ธีรกุล, ศรัณญา ต.เทียนประเสริฐ, และบุศรา กาญจนบุตร, 2563; Giddens et al., 2014) อย่างไรก็ตาม ความคาดหวังและการประเมินของครูคลินิกเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินภาคปฏิบัติที่สะท้อนความสามารถของนักศึกษาโดยผู้สอนเพียงฝ่ายเดียว ดังนั้น ครูคลินิกจึงอาจใช้ความเชื่อมั่นของนักศึกษาในการประเมินความสามารถของตนเองตามการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมด้วย ทั้งนี้ นักศึกษาต้องรับรู้ว่าจะสามารถปฏิบัติทักษะได้ จะต้องอยู่ภายใต้การกำกับดูแลจากครูคลินิกเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ในทำนองเดียวกัน ครูคลินิกต้องมั่นใจว่านักศึกษามีสมรรถนะ เชื่อสัจย์ ทราบข้อจำกัดของตนเอง และมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานในคลินิก และการประเมินความสามารถของตนเอง (Al-Moteri, 2020) การให้นักศึกษาได้ประเมิน EPAs ของตนเองเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้นักศึกษาพัฒนาตนเองได้มากขึ้น และได้ผลลัพธ์การประเมินเพิ่มขึ้น (ไพรินทร์ สุคนธ์ตระกูล และปรานี ป้องเรือ, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า นักศึกษาที่ได้รับการประเมินจากครูคลินิกร่วมกับการประเมินตนเอง มีคะแนนด้านความรู้สูงกว่านักศึกษาที่ได้รับการประเมินจากครูคลินิกเพียงฝ่ายเดียว ซึ่งข้อดีของการให้นักศึกษาประเมินตนเองจะทำให้นักศึกษาได้คิดทบทวนและรับรู้ข้อบกพร่อง

ที่จะนำไปสู่การหาวิธีปรับปรุงตนเอง ตลอดจนเพิ่มศักยภาพของตนเองได้มากขึ้น การให้นักศึกษาได้มีส่วนร่วมในการประเมินตนเองเป็นทักษะชีวิตที่มีคุณค่าที่จะนำไปสู่การเรียนรู้ด้วยตนเองและส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต (ไพรินทร์ สุคนธ์ตระกูล และปรานิ ป้องเรือ, 2557)

การปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีกิจกรรมการพยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ เช่น การตรวจครรภ์ การคำนวณอายุครรภ์และการแนะนำคลอด 2) กิจกรรมการพยาบาลในระยะคลอด เช่น การประเมินการหดตัวของมดลูก การฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ การทำคลอดทารกและรก 3) กิจกรรมการพยาบาลในระยะหลังคลอด เช่น การคลึงมดลูก การประเมินแผลฝีเย็บ และ 4) กิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิด เช่น การตรวจร่างกายทารก การตรวจระบบประสาทส่วนกลาง (primitive reflexes) จากข้อมูลต่างๆ ข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลในกิจกรรมการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ ตามการรับรู้ของครูคลินิกและนักศึกษาพยาบาล ว่าเป็นอย่างไรมีความแตกต่างกันหรือไม่ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการเรียนการสอนภาคปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และหาแบบการประเมินผลการเรียนการสอนในคลินิกที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลในกิจกรรมการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ ตามการรับรู้ของครูคลินิกและนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความแตกต่างของสัดส่วนระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลในกิจกรรมการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์

ตามการรับรู้ของครูคลินิกและนักศึกษาพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

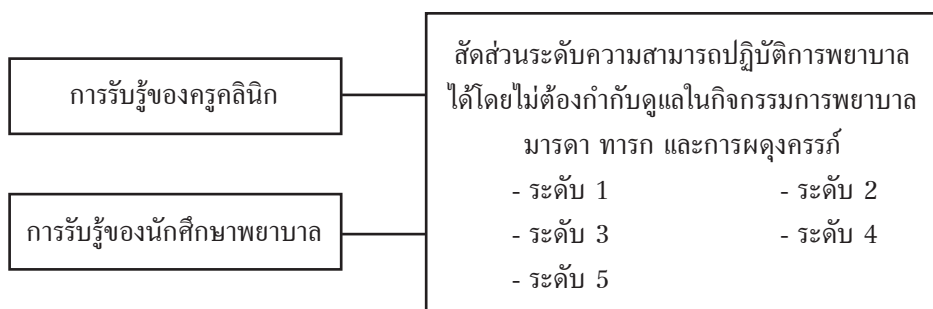
สัดส่วนระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลในกิจกรรมการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ ตามการรับรู้ของครูคลินิกและนักศึกษาพยาบาล มีความแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความไว้วางใจให้ปฏิบัติกิจกรรมโดยปราศจากการกำกับดูแล (EPAs) (Al-Moteri, 2020; Ten Cate, 2014) โดยความไว้วางใจให้ปฏิบัติการพยาบาลโดยไม่ต้องกำกับดูแล ใช้เป็นแนวทางสำหรับครูคลินิกในการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลตามเวลาที่ปฏิบัติจริงที่สามารถใช้ในการสังเกต ประเมินพฤติกรรม และวัดประเมินการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาวันต่อวันได้ การประเมินจะเน้นที่ผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลและกระบวนการเรียนการสอน ทั้งนี้ สภาการพยาบาลเชื่อมั่นว่า นักศึกษาพยาบาลจะยังไม่สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างอิสระ ต้องได้รับการกำกับดูแลหรือยังให้ความไว้วางใจให้ปฏิบัติการพยาบาลอย่างน่าเชื่อถือไม่ได้ ยกเว้นว่าจะมีสมรรถนะที่เพียงพอเท่านั้น (สภาการพยาบาล, 2564) แนวคิดนี้แบ่งระดับ EPAs ออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 นักศึกษามีความรู้เท่านั้น ยังไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเองทั้งหมดได้ ระดับ 2 นักศึกษาสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ภายใต้การกำกับดูแลทั้งหมดอย่างเต็มที่ ระดับ 3 นักศึกษาสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ภายใต้การกำกับดูแลเมื่อต้องการทันที ระดับ 4 นักศึกษาสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามคำฟังหรือโดยไม่ต้องมีการกำกับดูแล และระดับ 5 นักศึกษาสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามคำฟังหรือโดยอิสระและสามารถกำกับดูแลผู้อื่นได้ โดยกำหนดให้ EPAs ระดับ 4 ขึ้นไป เป็น EPAs ที่เพียงพอ สมบูรณ์ และยอมรับได้ อันเป็นเป้าหมายในการผลิตบัณฑิต

และการจัดการเรียนการสอน (มูลนิธิพัฒนาการศึกษา
บุคลากรสุขภาพแห่งชาติ, 2560; สภาการพยาบาล,
2564; Englander et al., 2016; Pittenger et al.,
2016; Ten Cate, 2014) โดยการวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้น
ที่จะศึกษาระดับ EPAs และความแตกต่างของสัดส่วน

ระดับ EPAs ในกิจกรรมการพยาบาลมารดา ทารก
และการผดุงครรภ์ ตามการรับรู้ของครูคลินิกและ
นักศึกษาพยาบาล สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย
ได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ครูคลินิกระหว่างการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ปีการศึกษา 2565 ซึ่งมีประสบการณ์การเป็นครูคลินิกในแผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด ตึกหลังคลอด และตึกทารกแรกเกิด รวมจำนวน 27 คน และกลุ่มที่ 2 นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ของมหาวิทยาลัยเดียวกัน ปีการศึกษา 2565 หลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ จำนวน 35 คน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ศึกษาทั้งประชากร

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของครูคลินิกและนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่ง

ออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลของครูคลินิก ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา และประสบการณ์การเป็นครูคลินิก จำนวน 4 ข้อ และข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ และเกรดเฉลี่ยสะสม จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลในกิจกรรมการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ ซึ่งแบบประเมินได้จากการประชุมและพิจารณาของอาจารย์ผู้สอนในสาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ ในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ของมหาวิทยาลัยที่นักศึกษาพยาบาลในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาอยู่ ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ จำนวน 22 กิจกรรม เช่น การซักประวัติ การตรวจครรภ์ การคำนวณอายุครรภ์และการคะเน

กำหนดตลอด 2) กิจกรรมการพยาบาลในระยะคลอด จำนวน 24 กิจกรรม เช่น การประเมินการหดตัวของมดลูก การฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ การทำคลอด ทารกและรก 3) กิจกรรมการพยาบาลในระยะหลังคลอด จำนวน 10 กิจกรรม เช่น การคลึงมดลูก การประเมินแผลฝีเย็บ และ 4) กิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิด จำนวน 8 กิจกรรม เช่น การตรวจร่างกายทารก การตรวจระบบประสาทส่วนกลาง รวมจำนวน 64 กิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมมีการประเมินตามระดับความสามารถ ปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแล (EPAs) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 นักศึกษาไม่สามารถปฏิบัติได้ ต้องให้สังเกตและช่วยเหลือรอบนอกเท่านั้น ระดับ 2 นักศึกษาสามารถปฏิบัติได้และต้องมีผู้กำกับดูแลใกล้ชิด ระดับ 3 นักศึกษาสามารถปฏิบัติได้และต้องมีผู้กำกับดูแลที่พร้อมให้การช่วยเหลือได้ทันที ระดับ 4 นักศึกษาสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและมีผู้กำกับดูแลสังเกตอยู่ห่างๆ และระดับ 5 นักศึกษาสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและไม่จำเป็นต้องมีผู้กำกับดูแล (มูลนิธิพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพแห่งชาติ, 2560; Al-Moteri, 2020; Pittenger et al., 2016; Ten Cate, 2014)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลในกิจกรรมการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ ไปให้คณะกรรมการบริหารหลักสูตร และคณะกรรมการบริหารวิชาการ ของมหาวิทยาลัยที่นักศึกษาพยาบาลในการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาอยู่ รวมทั้งคณะกรรมการกำกับมาตรฐานวิชาการ ซึ่งประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 35 คน (ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากในปีการศึกษานี้ มีนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 เพียง 35 คน) หลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์เสมือนจริงในห้องปฏิบัติการพยาบาล ก่อนการฝึก

ปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วย หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .98

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี (เอกสารรับรอง เลขที่ 2565/018E วันที่ 31 มีนาคม 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ ปีการศึกษา 2565 ผู้วิจัยพบครูคลินิกและนักศึกษาพยาบาล ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ มอบแบบสอบถามและแบบประเมินให้นำกลับไปตอบ โดยใช้เวลา 1 สัปดาห์ ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนพฤษภาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ และค่ามัธยฐาน ส่วนความแตกต่างของสัดส่วนระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแล ตามการรับรู้ของครูคลินิกและนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test ทั้งนี้ มีนักศึกษาพยาบาลที่สมัครใจตอบแบบสอบถามและแบบประเมิน จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 85.71

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของครูคลินิกและนักศึกษาพยาบาล พบว่า ครูคลินิกทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 22-57 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 37.59 ปี ($SD = 9.88$) ส่วนใหญ่มีการศึกษา

ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 96.30 และมีประสบการณ์การเป็นครูคลินิกต่ำสุด-สูงสุด คือ 2-23 ปี โดยมีประสบการณ์การเป็นครูคลินิกเฉลี่ย 8.81 ปี ($SD = 7.72$) ส่วนนักศึกษาพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 96.70 มีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 21-24 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 21.77 ปี ($SD = .82$) และมีเกรดเฉลี่ยสะสมต่ำสุด-สูงสุด คือ 2.25-3.77 โดยมีเกรดเฉลี่ยสะสมเฉลี่ย 2.87 ($SD = .33$)

2. ระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลในกิจกรรมการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ ตามการรับรู้ของครูคลินิก และนักศึกษาพยาบาล พบว่า ครูคลินิกรับรู้ระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลในกิจกรรมการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ จำนวน 64 กิจกรรม ตั้งแต่ระดับ 1 ถึงระดับ 5 โดยครูคลินิกรับรู้ระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลในกิจกรรมฯ ระดับ 3 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.56 รองลงมา คือ ระดับ 4 คิดเป็นร้อยละ 40.62 ระดับ 1 และระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 3.13

เท่ากัน และระดับ 5 คิดเป็นร้อยละ 1.56 ตามลำดับโดยกิจกรรมฯ ที่ครูคลินิกรับรู้ระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแล ระดับ 1 มี 2 กิจกรรม คือ 1) การตรวจคัดกรองและวิเคราะห์ผลการตรวจโลหิตจางธาลัสซีเมีย และ 2) การตรวจคัดกรองและวิเคราะห์ผลการตรวจเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ส่วนระดับ 2 มี 2 กิจกรรม คือ 1) การคำนวณอายุครรภ์และการกะเนกำหนดคลอด และ 2) การฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักและให้คำแนะนำหลังการฉีดวัคซีน สำหรับระดับ 5 มี 1 กิจกรรม คือ การอาบน้ำทารกแรกเกิด ส่วนนักศึกษาพยาบาลรับรู้ระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลในกิจกรรมการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ จำนวน 64 กิจกรรม ระดับ 4 ถึงระดับ 5 โดยนักศึกษาพยาบาลรับรู้ระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลในกิจกรรมฯ ระดับ 5 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.10 รองลงมา คือ ระดับ 4 คิดเป็นร้อยละ 46.90 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกิจกรรมการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ จำแนกตามระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแล ตามการรับรู้ของครูคลินิกและนักศึกษาพยาบาล

ระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแล	ครูคลินิก (n = 27)		นักศึกษาพยาบาล (n = 30)	
	จำนวนกิจกรรม	ร้อยละ	จำนวนกิจกรรม	ร้อยละ
ระดับ 1 ไม่สามารถปฏิบัติได้ ต้องให้สังเกตและช่วยเหลือรอบนอกเท่านั้น	2	3.13	-	-
ระดับ 2 สามารถปฏิบัติได้และต้องมีผู้กำกับดูแลใกล้ชิด	2	3.13	-	-
ระดับ 3 สามารถปฏิบัติได้และต้องมีผู้กำกับดูแลที่พร้อมให้การช่วยเหลือได้ทันที	33	51.56	-	-
ระดับ 4 สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและมีผู้กำกับดูแลสังเกตอยู่ห่างๆ	26	40.62	30	46.90
ระดับ 5 สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและไม่จำเป็นต้องมีผู้กำกับดูแล	1	1.56	34	53.10
รวม	64	100.00	64	100.00

3. ความแตกต่างของสัดส่วนระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลในกิจกรรมการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ ตามการรับรู้ของครูคลินิกและนักศึกษาพยาบาล พบว่าครูคลินิกรับรู้ระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลในกิจกรรมฯ ในระดับที่ยังไม่ยอมรับทางการพยาบาล มากที่สุด (ระดับ 1 ถึงระดับ 3) ในขณะที่นักศึกษาพยาบาลรับรู้ระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลในกิจกรรมฯ

ในระดับที่ยอมรับทางการพยาบาลได้ทั้งหมด (ระดับ 4 ถึงระดับ 5) และพบว่า สัดส่วนระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลในกิจกรรมฯ ตามการรับรู้ของครูคลินิกและนักศึกษาพยาบาล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 49.269$, $p < .001$, 95% CI = .317-.562) โดยครูคลินิกรับรู้ระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลในกิจกรรมฯ ต่ำกว่าที่นักศึกษาพยาบาลรับรู้ อย่างชัดเจน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนระดับความสามารถปฏิบัติกรพยาบาลได้โดยไม่ต้อง
กำกับดูแลในกิจกรรมการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ ตามการรับรู้ของครูคลินิก
และนักศึกษาพยาบาล

ระดับความสามารถ ปฏิบัติกรพยาบาล ได้โดยไม่ต้องกำกับดูแล	ครูคลินิก (n = 27)	นักศึกษาพยาบาล (n = 30)	การทดสอบ		95% confidence interval	
	จำนวนกิจกรรม (ร้อยละ)	จำนวนกิจกรรม (ร้อยละ)	χ^2	p	lower	upper
ระดับ 1 ถึงระดับ 3 ไม่สามารถปฏิบัติได้ ต้องให้ สังเกตและช่วยเหลือรอบนอก เท่านั้น จนถึงสามารถปฏิบัติได้ และต้องมีผู้กำกับดูแลที่พร้อม ให้การช่วยเหลือได้ทันที (ระดับที่ยังไม่ยอมรับ)	37 (57.82)	-	49.269	< .001	.317	.562
ระดับ 4 ถึงระดับ 5 สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และมีผู้กำกับดูแลสังเกตอยู่ห่าง ๆ จนถึงสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และไม่จำเป็นต้องมีผู้กำกับดูแล (ระดับที่ยอมรับ)	27 (42.18)	64 (100.00)				
รวม	64 (100.00)	64 (100.00)				

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม
วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ
การพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ ครูคลินิก
รับรู้ระดับความสามารถปฏิบัติกรพยาบาลได้โดย
ไม่ต้องกำกับดูแลในกิจกรรมการพยาบาลมารดา ทารก
และการผดุงครรภ์ ตั้งแต่ระดับ 1 ถึงระดับ 5 โดยเป็น
ระดับ 1 ถึงระดับ 3 มากที่สุด (ร้อยละ 57.82) ซึ่งเป็น
ระดับที่ยังไม่ยอมรับทางการพยาบาล กล่าวคือ ครูคลินิก
รับรู้ ว่า นักศึกษาพยาบาลมีความสามารถในการปฏิบัติ
การพยาบาลยังไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นระดับที่ยังไม่บรรลุ
ตามเป้าหมายในการจัดการเรียนการสอน เพราะนักศึกษา

ที่ฝึกปฏิบัติงานด้านใดสิ้นสุดลงจะต้องมีความสามารถ
ปฏิบัติกรพยาบาลได้ระดับ 4 ขึ้นไป จึงจะถือว่ามีความ
สามารถเพียงพอและเป็นที่ยอมรับได้ (มูลนิธิ
พัฒนาการศึกษานุเคราะห์สุขภาพแห่งชาติ, 2560;
สภาการพยาบาล, 2564) ทั้งนี้ สภาการพยาบาล และ
มูลนิธิพัฒนาการศึกษานุเคราะห์สุขภาพแห่งชาติ ได้
คำนึงถึงสิทธิและความปลอดภัยของผู้รับบริการ
โดยผู้รับบริการอาจยินยอมหรือปฏิเสธการพยาบาล
จากนักศึกษาได้ ดังนั้น แม่ว่านักศึกษาจะได้ปฏิบัติ
การพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ ครบตาม
การมอบหมายงาน และบรรลุตามวัตถุประสงค์ของ
การเรียนการสอนแล้วก็ตาม นักศึกษาจะยังไม่สามารถ
ปฏิบัติกรพยาบาลได้โดยอิสระปราศจากการกำกับดูแล

เพราะกิจกรรมการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจง โดยเฉพาะกิจกรรมการพยาบาลระดับ 1 และระดับ 2 ซึ่งเป็นกิจกรรมที่นักศึกษายังไม่เคยปฏิบัติในรายวิชาใดมาก่อน และเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้ความรู้เฉพาะด้าน จึงต้องได้รับการฝึกปฏิบัติเพิ่มเติมและต้องใช้ความชำนาญ ซึ่งหากจะให้เกิดประสบการณ์และความชำนาญ นักศึกษาจะต้องได้รับการฝึกปฏิบัติเพิ่มเติม อาจต้องใช้เวลา 1-2 ปี ขึ้นอยู่กับระยะเวลาและความถี่ที่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ (Ten Cate, 2014) เพราะนักศึกษาจะเปรียบเสมือนพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ที่มีข้อจำกัดในเรื่องความรู้และยังขาดประสบการณ์ (สุพรรณิ กัณหพิศ, ตรีชฎา ปุ่นสำโรง, และชุติมา มัลย์, 2560) ส่วนระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลในกิจกรรมฯ ระดับ 4 ขึ้นไป ถือเป็นระดับที่เพียงพอ สมบูรณ์ และยอมรับได้ สอดคล้องตามเป้าหมายการจัดการเรียนการสอน (มูลนิธิพัฒนาการศึกษานุกุลการสุขภาพแห่งชาติ, 2560; สภาการพยาบาล, 2564) ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลพื้นฐานที่ไม่เป็นอันตรายต่อมารดาและทารก เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่ซับซ้อน เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่นักศึกษาปฏิบัติทุกวัน (routine care) และเป็นทักษะที่เคยปฏิบัติมาแล้วในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอื่นๆ ครูคลินิกจึงจะสามารถมอบหมายงานให้ได้โดยไม่ต้องกำกับดูแล

ผลการวิจัยพบว่า หลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ นักศึกษาพยาบาลรับรู้ระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลในกิจกรรมการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ ระดับ 4 ถึงระดับ 5 (ร้อยละ 100) ซึ่งเป็นระดับที่ยอมรับทางการพยาบาล กล่าวคือ นักศึกษาพยาบาลรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลที่เพียงพอ สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ทุกกิจกรรมโดยไม่ต้องมีผู้กำกับดูแล โดยนักศึกษารับรู้ว่าจะต้องผ่านเกณฑ์

การประเมินความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลในทุกกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งการเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ประเมินตนเอง ทำให้นักศึกษาได้ใช้การตัดสินใจในศักยภาพของตนเอง และทำให้การรับรู้สมรรถนะตนเองใกล้เคียงกับสมรรถนะที่เป็นจริง ซึ่งจะเป็นพื้นฐานในการพัฒนาตนเองต่อไป (จันทิมา ช่วยชุม, อรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง, ยุพิน หมั่นทิพย์, นันทวัฒน์ สารมาศ, และมนันชญา จิตตรัตน์, 2563; ประวีดา คำแดง, 2564) นอกจากนี้ การวิจัยครั้งนี้ยังมีเกณฑ์การประเมินที่ระบุไว้ในแบบประเมินที่ชัดเจนตามกรอบความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแล ทำให้นักศึกษาสามารถประเมินความสามารถของตนเองได้ง่ายขึ้น กระตุ้นให้นักศึกษาดึงเป้าหมายของตนเองที่สูงขึ้น (ไพรินทร์ สุคนธ์ตระกูล และปรานี ป้องเรือ, 2557; Ross, 2006) การที่นักศึกษาประเมินความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลของตนเองในระดับ 4 ถึงระดับ 5 แสดงให้เห็นว่า นักศึกษามีความมั่นใจในการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ทั้งหมด เนื่องจากนักศึกษาได้ผ่านการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเสมือนจริงในห้องปฏิบัติการพยาบาลทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด และการดูแลทารกแรกเกิด ก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลจริงในหอผู้ป่วย ทำให้นักศึกษามีความมั่นใจมากขึ้น จึงประเมินความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลของตนเองในระดับที่เพียงพอ และสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ทุกกิจกรรมโดยไม่ต้องมีผู้กำกับดูแล สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า นักศึกษามีความมั่นใจมากขึ้นเมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติงาน (ธารีวรรณ ไชยบุญเรือง และสุสัณหา ยิ้มแฉ้ม, 2556)

ผลการวิจัยพบว่า สัดส่วนระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลในกิจกรรมการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ ตามการรับรู้ของครูคลินิกและนักศึกษาพยาบาล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักศึกษาพยาบาลรับรู้

ระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลในกิจกรรมฯ สูงกว่าที่ครูคลินิกรับรู้ ทั้งนี้ เนื่องจากการประเมินความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลของนักศึกษา เป็นการประเมินครั้งเดียวเมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติงาน ทำให้นักศึกษาไม่ได้รับข้อมูลป้อนกลับในขณะที่ฝึกปฏิบัติงานในแต่ละหอผู้ป่วย ซึ่งการให้ข้อมูลป้อนกลับจะทำให้นักศึกษาประเมินตนเองได้ใกล้เคียงกับที่ครูคลินิกประเมิน จึงเป็นไปได้ว่า ในระหว่างการฝึกปฏิบัติงาน นักศึกษาแต่ละคนไม่ได้รับการชี้แนะและการบอกถึงข้อบกพร่อง ทำให้นักศึกษาไม่ทราบข้อบกพร่องของตนเองที่ต้องปรับปรุงแก้ไข ทำให้นักศึกษาประเมินตนเองสูงกว่าที่ครูคลินิกประเมิน (ไพรินทร์ สุคนธ์ตระกูล และปราณี ป้องเรือ, 2557; Plakht, Shiyovich, Nusbaum, & Raizer, 2013) เพราะนักศึกษาจะมั่นใจในความสามารถของตนเองมากหากไม่ได้รับการชี้แนะให้เห็นถึงข้อบกพร่องของตนเอง โดยนักศึกษาจะประเมินความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลของตนเองที่สูงขึ้นกว่าเดิม ส่วนครูคลินิกยังคงใช้เกณฑ์การประเมินจากพฤติกรรมของนักศึกษา ทำให้ผลการประเมินความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลเมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติงานมีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาความแตกต่างของผลการประเมินนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ของนักศึกษาและอาจารย์ในคลินิก ในหอผู้ป่วยสูติกรรม โดยประเมินสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ เป็นระยะ จำนวน 4 ครั้ง พบว่า การประเมินครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ผลการประเมินของนักศึกษาและอาจารย์ในคลินิกมีความแตกต่างกัน ส่วนการประเมินครั้งที่ 4 ผลการประเมินไม่มีความแตกต่างกัน (ไพรินทร์ สุคนธ์ตระกูล และปราณี ป้องเรือ, 2557) แสดงให้เห็นว่า การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาเพียงครั้งเดียวโดยไม่ได้อิงติดตามพัฒนาการของนักศึกษาเป็นระยะ จะทำให้ผลการประเมินของนักศึกษาและอาจารย์ใน

คลินิกมีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด

จากข้อมูลข้างต้น จึงเป็นความท้าทายของการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ โดยการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาโดยการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในห้องปฏิบัติการพยาบาลก่อน จนกระทั่งนักศึกษามั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยบริการจริงได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีความเชื่อมั่นในตนเองสูงจะมีเป้าหมายในการฝึกปฏิบัติงานที่ชัดเจน และประสบความสำเร็จในการฝึกปฏิบัติงานมากกว่านักศึกษาที่มีความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ (Lundberg, 2008) และเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ ลดภาระงานของครูคลินิกในการติดตามกำกับดูแล ตลอดจนลดความเครียดของนักศึกษาในการฝึกปฏิบัติงาน จึงควรส่งเสริมให้นักศึกษาได้มีการเรียนรู้เพิ่มเติมนอกเหนือช่วงเวลาที่ฝึกปฏิบัติงาน ซึ่งพื้นฐานและการเรียนรู้ของนักศึกษาแต่ละคนมีความแตกต่างกัน การประเมินของอาจารย์หรือครูคลินิกขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาลเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการประเมินภาคปฏิบัติที่สะท้อนถึงความสามารถของนักศึกษา การให้นักศึกษาได้ฝึกประเมินความสามารถของตนเองจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้นักศึกษาพัฒนาตนเองได้มากขึ้น (ไพรินทร์ สุคนธ์ตระกูล และปราณี ป้องเรือ, 2557)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ครูคลินิกควรประเมินผลการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง และสะท้อนกลับให้นักศึกษาแต่ละคนได้รับรู้ข้อบกพร่องและสิ่งที่ต้องพัฒนา เนื่องจากการประเมินเมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติทำให้นักศึกษาไม่มีโอกาสในการพัฒนาตนเอง และควรให้นักศึกษาประเมินตนเองเป็นระยะอย่างต่อเนื่องด้วย เพื่อให้ผลการประเมินมีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการประเมินความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลจากครูคลินิก กับกลุ่มที่ได้รับการประเมินความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลจากครูคลินิกร่วมกับจากนักศึกษา

2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในขณะปฏิบัติงานจริง ตามการประเมินของครูคลินิกและนักศึกษาพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

จันทิมา ชวชมุข, อรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง, ยุพิน หมีนทิพย์, นันทวัฒน์ สารมาศ, และมนันชญา จิตรัตน์. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตระหว่างการศึกษาฝึกปฏิบัติงานทางคลินิกในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 1. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม*, 7(5), 293-308.

ธรรวีวรรณ ไชยบุญเรือง, และสุสันทา ชัมรัมย์. (2556). สมรรถนะในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ของนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรนานาชาติ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(3), 55-67.

ประวีดา คำแดง. (2564). การสอนปฏิบัติในคลินิกตามความคาดหวังของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ*, 27(1), 17-28.

ไพรินทร์ สุคนธ์ตระกูล, และปรานี ป้องเรือ. (2557). สมรรถนะการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนคลินิกสูติกรรม: ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินของนักศึกษาและการประเมินของอาจารย์. *วารสารบัณฑิตพยาบาลสาร*, 20(2), 259-270.

มูลนิธิพัฒนาการศึกษานุกุลการุณภาพแห่งชาติ. (2560).

ข้อเสนอแนะการพัฒนาการจัดการศึกษาวิชาชีพสุขภาพเฉพาะประเด็นเพื่อปฏิรูปสถาบันการศึกษาและการเรียนการสอน. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.

สภาการพยาบาล. (2564). *หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต: หลักสูตรต้นแบบสภาการพยาบาล พ.ศ. 2564*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, วรณช ไชยวาน, รวีวรรณ เผ่ากัณหา, อัญชลี อ้วนแก้ว, และณัฐฎาภรณ์ บึงมูม. (2565). แนวคิดความไว้วางใจให้ปฏิบัติทักษะวิชาชีพในการศึกษาการพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 33(1), 264-274.

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, ศรัณญา ต.เทียนประเสริฐ, ณัฐฎาภรณ์ บึงมูม, อัญชลี อ้วนแก้ว, และพวงผกา อินทร์เอี่ยม. (2564). การรับรู้ของอาจารย์พยาบาลต่อสมรรถนะวิชาชีพที่สามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลของบัณฑิตพยาบาล. *วารสารกองการพยาบาล*, 48(2), 54-65.

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, ศรัณญา ต.เทียนประเสริฐ, และบุศรา กาญจนบัตร. (2563). สมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยของพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาใหม่. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(1), 69-77.

สุพรรณิ กัณห์ดิลก, ตรีชฎา ปุณสำเร็จ, และชุติมา มาลัย. (2560). กลยุทธ์การสอนด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(4), 34-41.

Al-Moteri, M. (2020). Entrustable professional activities in nursing: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(3), 277-284. doi:10.1016/j.ijnss.2020.06.009

- Englander, R., Flynn, T., Call, S., Carraccio, C., Cleary, L., Fulton, T. B., ... Aschenbrener, C. A. (2016). Toward defining the foundation of the MD degree: Core entrustable professional activities for entering residency. *Academic Medicine*, 91(10), 1352–1358. doi:10.1097/ACM.0000000000001204
- Giddens, J. F., Lauzon Clabo, L., Morton, P. G., Jeffries, P., McQuade-Jones, B., & Ryan, S. (2014). Re-envisioning clinical education for nurse practitioner programs: Themes from a national leaders' dialogue. *Journal of Professional Nursing*, 30(3), 273–278. doi:10.1016/j.profnurs.2014.03.002
- Lundberg, K. M. (2008). Promoting self-confidence in clinical nursing students. *Nurse Educator*, 33(2), 86–89. doi:10.1097/01.NNE.0000299512.78270.d0
- Pittenger, A. L., Chapman, S. A., Frail, C. K., Moon, J. Y., Undeberg, M. R., & Orzoff, J. H. (2016). Entrustable professional activities for pharmacy practice. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 80(4), 57. doi:10.5688/ajpe80457
- Plakht, Y., Shiyovich, A., Nusbaum, L., & Raizer, H. (2013). The association of positive and negative feedback with clinical performance, self-evaluation and practice contribution of nursing students. *Nurse Education Today*, 33(10), 1264–1268. doi:10.1016/j.nedt.2012.07.017
- Ross, J. A. (2006). The reliability, validity, and utility of self-assessment. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*, 11(10), 1–13. doi:10.7275/9wph-vv65
- Surjadi, M., Stringari-Murray, S., & Saxe, J. M. (2019). Entrustable professional activities in nurse practitioner education. *The Journal for Nurse Practitioners*, 15(5), 97–102. doi:10.1016/j.nurpra.2018.12.030
- Ten Cate, O. (2014). AM last page: What entrustable professional activities add to a competency-based curriculum. *Academic Medicine*, 89(4), 691. doi:10.1097/ACM.0000000000000161

การพัฒนาแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพ เพื่อขอรับทุนภายนอกโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ The Development of Guideline of Writing Professional Research Proposal from External Funding Sources Using Knowledge Management

รุ่งนภา เขียวชะอำ, Ph.D. (Nursing) ¹

Rungnapha Khiewcham, Ph.D. (Nursing) ¹

พกามาศ พิมพ็ธรา, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) ²

กฤษณี สุวรรณรัตน์, พย.ม. (การผดุงครรภ์) ³

Pakamas Pimtara, M.N.S. (Gerontological Nursing) ²

Kritsanee Suwannarat, M.N.S. (Midwifery) ³

มธุรดา บรรจงการ, Ph.D. (Nursing Studies) ⁴

Maturada Bunjongkarn, Ph.D. (Nursing Studies) ⁴

Received: March 22, 2023

Revised: May 10, 2023

Accepted: June 6, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาและประเมินผลของแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอกโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ ประกอบด้วย 7 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับทุนภายนอก ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับทุนภายนอก ระยะที่ 3 ทดสอบความเป็นไปได้ของแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัย ระยะที่ 4 ปรับปรุงแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัย ระยะที่ 5 ประเมินผลของแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัย กับอาจารย์วิทยาลัยในสังกัดและนอกสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 34 คน ระยะที่ 6 นำผลการประเมินมาปรับปรุงแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัย และระยะที่ 7 ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัย เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอก แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความเหมาะสมความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้วิจัย ของแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอก

¹⁻⁴ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹⁻⁴ Instructor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: pakamas@pnc.ac.th

มีค่าความเชื่อมั่น .98 ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ one-sample *t*-test ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอก มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมตัวพัฒนาโครงร่างวิจัย 2) การเตรียมเขียนโครงร่างวิจัย 3) การบริหารทีมวิจัยและทรัพยากรในการพัฒนาโครงร่างวิจัย และ 4) การเตรียมตัวเพื่อส่งโครงร่างวิจัยขอทุนภายนอก (submission) โดยแนวทางย่อย 30 แนวทางย่อย จากทั้งหมด 31 แนวทางย่อย มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้วิจัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า นักวิจัยหน้าใหม่ควรนำแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอกนี้ ไปเป็นแนวทางในการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อให้ได้รับทุนภายนอก
คำสำคัญ: การเขียนโครงร่างวิจัย ทุนภายนอก การจัดการความรู้

Abstract

This research and development aimed to develop and evaluate the effects of guideline of writing professional research proposal from external funding sources using knowledge management. There were seven phases of research including: 1) analyzing situation of writing research proposal from external funding sources; 2) developing guideline of writing professional research proposal from external funding sources; 3) testing feasibility of guideline of writing professional research proposal; 4) revising guideline of writing professional research proposal; 5) evaluating the effects of guideline of writing professional research proposal with 34 instructors from inside and outside Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute; 6) re-adjusting guideline of writing professional research proposal; and 7) evaluating quality of guideline of writing professional research proposal by experts. The research instruments consisted of a guideline of writing professional research proposal from external funding sources, a demographic questionnaire, and an optimum, feasibility, and benefit of guideline of writing professional research proposal assessment form with reliability of .98. The implementation and data collection were conducted from October, 2022 to February, 2023. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and one-sample *t*-test.

The research results revealed that guideline of writing professional research proposal from external funding sources include four steps: 1) preparation of developing research proposal; 2) preparation of writing research proposal; 3) management of research team and resource in developing research proposal; and 4) preparation of submitting research proposal. 30 items from 31 items of guideline were statistically significantly optimal, feasible, and beneficial.

This research suggests that novice researchers should use this guideline of writing professional research proposal from external funding sources to guide when they write research proposal to achieve external funding.

Keywords: Writing research proposal, External funding sources, Knowledge management

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ได้กำหนดเป้าประสงค์ในการวิจัย คือ การเพิ่มทุนวิจัยภายนอก ซึ่งสอดคล้องกับสถาบันพระบรมราชชนกที่มีการกำหนดยุทธศาสตร์ที่สำคัญ คือ การสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านสุขภาพ (รุ่งนภา เพียวชะอ่ำ และกฤษฎี สุวรรณรัตน์, 2565) นอกจากนี้ กลยุทธ์ที่สถาบันพระบรมราชชนกได้วางแนวทางเพื่อให้วิทยาลัยพยาบาลทั่วประเทศดำเนินการให้บรรลุตามพันธกิจปี 2563–2567 คือ การเร่งรัดผลิตผลงานวิจัยและนวัตกรรมที่มีคุณภาพ และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือเพื่อขอรับการสนับสนุนทุนวิจัยภายนอก จากการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับทุนวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ในช่วงปีงบประมาณ 2560–2565 พบว่า การได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยภายนอกมีจำนวนน้อย โดยสัดส่วนของทุนวิจัยภายนอกต่อทุนวิจัยภายในที่ได้รับ คือ 0 : 100, 0 : 100, 3.87 : 96.13, 10.99 : 89.01, 75.20 : 24.80 และ 79.13 : 20.87 ตามลำดับ และจำนวนเงินทุนภายนอกที่ได้รับ คือ 0 บาท, 0 บาท, 30,960 บาท, 55,000 บาท, 1,339,140 บาท และ 1,828,869 บาท ตามลำดับ (รุ่งนภา เพียวชะอ่ำ และกฤษฎี สุวรรณรัตน์, 2565)

โดยวิทยาลัยมีสัดส่วนจำนวนเงินทุนวิจัยภายนอกต่อจำนวนอาจารย์เพียง 40,550.05 บาท ต่อ 1 คน ซึ่งไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่สถาบันพระบรมราชชนกกำหนด คือ 60,000 บาท ต่อ 1 คน (คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, 2564) แสดงให้เห็นว่า ปัญหาการได้รับทุนวิจัยภายนอกของวิทยาลัยต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน จากปัญหาดังกล่าวได้มีการแก้ไขโดยการสร้างแนวทางในการเพิ่มทักษะการเขียนข้อเสนอโครงการวิจัยให้แก่อาจารย์ของวิทยาลัย โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ (knowledge management [KM]) และชุมชนนักปฏิบัติ (community of practice [CoP]) เพื่อพัฒนาแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับทุนภายนอกที่มีคุณภาพ และเป็นแนวทางสำหรับนักวิจัยหน้าใหม่ในการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับทุนภายนอก รวมถึงส่งผลให้สัดส่วนของทุนวิจัยภายนอกต่อทุนวิจัยภายในเพิ่มขึ้นได้

การพัฒนาโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับทุนภายนอกจำเป็นต้องอาศัยองค์ประกอบหลายส่วน ต้องมีการเตรียมความพร้อมที่ดีทั้งผู้วิจัย ทีมวิจัย และองค์กร โดยผู้วิจัยต้องให้ความสำคัญกับการศึกษาองค์ประกอบของการเขียนโครงร่างวิจัย เพราะเป็นส่วนที่เจ้าของทุนจะใช้ในการพิจารณาให้ทุน ซึ่งขั้นตอนการเขียนโครงร่างวิจัยนี้ ผู้วิจัยต้องใช้เวลาเพื่อเสนอข้อมูลให้สอดคล้องกับสิ่งที่

เจ้าของทุนต้องการ ส่วนการบริหารโครงการวิจัย ก็เป็นสิ่งที่ผู้วิจัยต้องตระหนักเช่นกัน ทั้งการบริหารคนในทีมที่มีความเชี่ยวชาญหลากหลายสาขาให้เสริมศักยภาพซึ่งกันและกัน การบริหารงบประมาณ และการบริหารเวลา สำหรับการส่งโครงร่างวิจัยเข้าระบบเพื่อสมัครรับทุนวิจัย ผู้วิจัยจำเป็นต้องศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับเงื่อนไขการจัดส่งเอกสารต่าง ๆ เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาหรือข้อผิดพลาดจากการที่ผู้วิจัยไม่สามารถส่งโครงร่างวิจัยได้ เพราะไม่ได้ศึกษาขั้นตอนการส่งเอกสาร (รุ่งนภา เทียวชะอำ และกฤษฎี สุวรรณรัตน์, 2565)

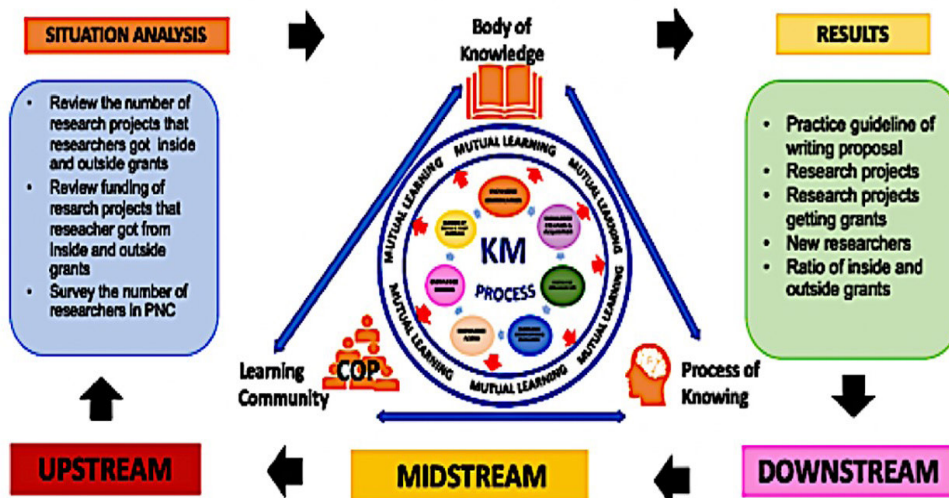
จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาที่ศึกษาการพัฒนาแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับทุนภายนอก มีเพียงการตีพิมพ์เรื่องการเขียนโครงการวิจัยเพื่อขอรับทุนสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก ของอุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม (2557) และการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขอทุนวิจัยภายนอก ของนักวิจัยสายวิชาการคณะแพทยศาสตร์ ของกาญจนา พรหมโคตร, อรอนงค์ โนนทิง, และกิตติพร จูตะวิริยะ (2564) ซึ่งเป็นการศึกษาที่ไม่ได้ศึกษาถึงการพัฒนาแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับทุนภายนอก ว่าแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยมีความเหมาะสมความเป็นไปได้ และมีประโยชน์ต่อผู้วิจัยที่ต้องการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับทุนภายนอกหรือไม่ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจการพัฒนาแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมีอาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอกโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ ซึ่งจะช่วยให้ทราบข้อมูลที่เป็นประโยชน์ สามารถนำมาใช้ในการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้เหมาะสมกับผู้ใช้นโยบายการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับทุนภายนอก และนำมาสู่การใช้แนวทางอย่างต่อเนื่องในการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับทุนภายนอก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมีอาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอกโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้
2. เพื่อประเมินผลของแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมีอาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอก ในด้านความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้วิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำโมเดลสามเหลี่ยม KM มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมีอาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอก โดยโมเดลสามเหลี่ยม KM กล่าวถึงการจัดการความรู้ 3 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 องค์ความรู้ (body of knowledge) มิติที่ 2 กระบวนการที่ทำให้ได้รู้ (process of knowing) และ มิติที่ 3 ชุมชนการเรียนรู้ (learning community) (สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม, 2550) โดยบูรณาการกับกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน (mutual learning) และกระบวนการจัดการความรู้ ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) 7 ขั้นตอน ซึ่งประกอบด้วย 1) การบ่งชี้ความรู้ 2) การสร้างและแสวงหาความรู้ 3) การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ 4) การประมวลและกลั่นกรองความรู้ 5) การเข้าถึงความรู้ 6) การแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 7) การเรียนรู้ ตลอดจนการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ (ประกฤต ประภาอินทร์ และสมตระกูล ราศิริ, 2564) อันนำมาสู่การเกิดผลลัพธ์ที่ดี คือ แนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมีอาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอกสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1

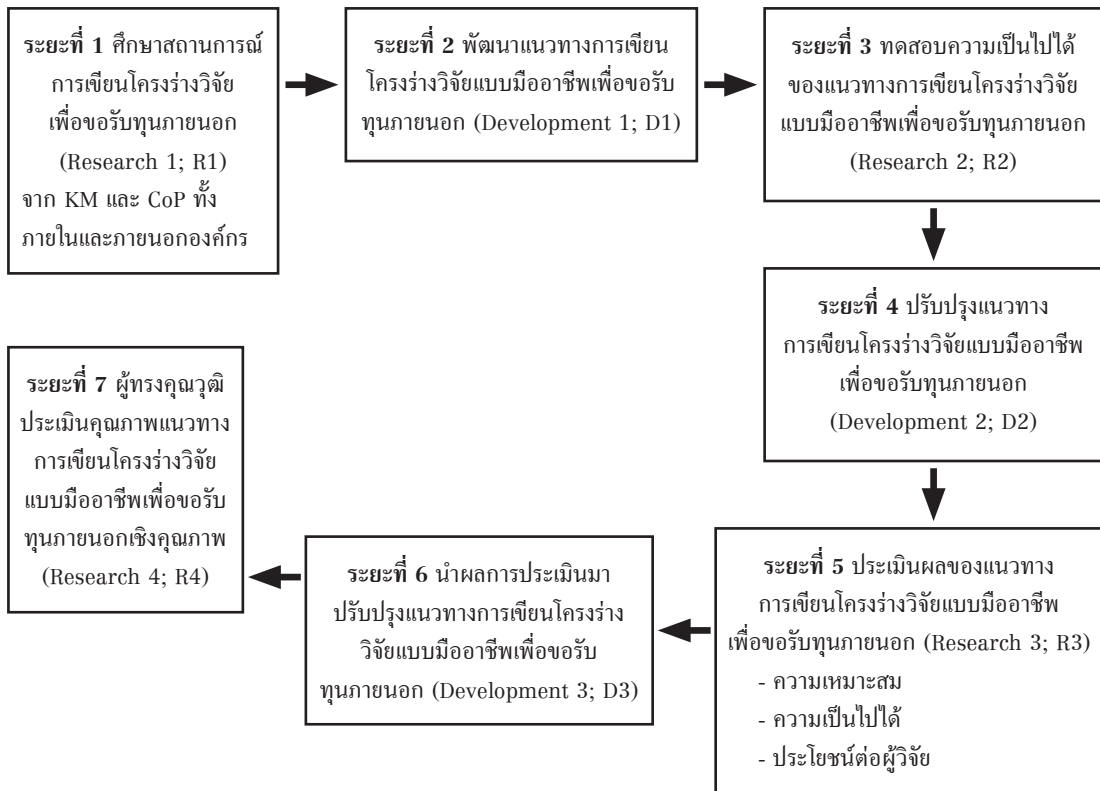


แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย (ที่มา: รุ่งนภา เทียวชะอ่ำ และกฤษฎิ์ สุวรรณรัตน์, 2565)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development [R & D]) ประกอบด้วย 7 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับทุนภายนอก ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมีอาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอก ระยะที่ 3 ทดสอบความเป็นไปได้ของแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมีอาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอก ระยะที่ 4 ปรับปรุงแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบ

มีอาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอก ระยะที่ 5 ประเมินผลของแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมีอาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอก ระยะที่ 6 นำผลการประเมินมาปรับปรุงแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมีอาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอก และระยะที่ 7 ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมีอาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอกเชิงคุณภาพ สรุปได้ดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและพัฒนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ประชากรเป็นนักวิจัยที่เป็นอาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี และนักวิชาการอิสระ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีประสบการณ์การเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับทุนภายนอก 2) เคยได้รับทุนวิจัยภายนอกระดับชาติหรือนานาชาติ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน

ระยะที่ 3 ประชากรเป็นอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับในระยะที่ 1 เลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 คน

ระยะที่ 5 ประชากรเป็นอาจารย์วิทยาลัยในสังกัดและนอกสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบัน

พระบรมราชชนก ประกอบด้วยอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และวิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับในระยะที่ 1 กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .50 (Cohen, 1992) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 27 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25 (Cramer, Haller, Dobos, & Lauche, 2016) ได้จำนวน

กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 34 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง

เครื่องมือการวิจัย

ระยะที่ 3, 5 และ 7 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอก ผู้วิจัยพัฒนาจากข้อมูลการศึกษาสถานการณ์การเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับทุนภายนอกโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ทั้งภายในและภายนอกองค์กร ตามรูปแบบการจัดการความรู้ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การบ่งชี้ความรู้ 2) การสร้างและแสวงหาความรู้ 3) การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ 4) การประมวลและกลั่นกรองความรู้ 5) การเข้าถึงความรู้ 6) การแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 7) การเรียนรู้ ตลอดจนการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ (ประกฤต ประภาอินทร์ และ สมตระกูล ราศิริ, 2564) ซึ่งแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอกที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมตัวพัฒนาโครงร่างวิจัย จำนวน 12 แนวทางย่อย 2) การเตรียมเขียนโครงร่างวิจัย จำนวน 10 แนวทางย่อย 3) การบริหารทีมวิจัยและทรัพยากรในการพัฒนาโครงร่างวิจัย จำนวน 5 แนวทางย่อย และ 4) การเตรียมตัวเพื่อส่งโครงร่างวิจัยขอทุนภายนอก (submission) จำนวน 4 แนวทางย่อย รวมจำนวน 31 แนวทางย่อย

ระยะที่ 5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อายุการทำงาน ตำแหน่งทางวิชาการ ภาระงานด้านการสอน ประสบการณ์การเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับทุนภายนอก จำนวนทุนวิจัยภายนอกที่ได้รับ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแหล่งทุนวิจัยภายนอก การอบรมเกี่ยวกับการเขียนโครงร่างวิจัย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเขียนโครงร่างวิจัย การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม และแรงจูงใจในการขอทุนวิจัยภายนอก จำนวน 13 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ

เลือกตอบและแบบเติมคำ

2. แบบประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้วิจัย ของแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอก ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามตามแนวทางย่อยของ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การเตรียมตัวพัฒนาโครงร่างวิจัย จำนวน 12 ข้อ การเตรียมเขียนโครงร่างวิจัย จำนวน 10 ข้อ การบริหารทีมวิจัยและทรัพยากรในการพัฒนาโครงร่างวิจัย จำนวน 5 ข้อ และการเตรียมตัวเพื่อส่งโครงร่างวิจัยขอทุนภายนอก (submission) จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวน 31 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน ใช้เกณฑ์ของชูศรี วงศ์รัตนะ (2553) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ แนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยฯ มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้วิจัย ในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน) ในระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ในระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอก ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับทุนภายนอกทั้งระดับชาติและนานาชาติ (3 คน) และนักวิชาการอิสระที่มีประสบการณ์เป็นหัวหน้าโครงการวิจัยและผู้ร่วมวิจัย ที่เขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับทุนภายนอกทั้งระดับชาติและนานาชาติ (2 คน) ได้คำดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .80 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ และนำแบบประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้วิจัยของแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอก ไปทดลองใช้กับอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึง

กับกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 3 และ 5 จำนวน 20 คน หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .98

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 070/65 วันที่ 27 ตุลาคม 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 7 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (R1) ดำเนินการในเดือนตุลาคม 2565 ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์การเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับทุนภายนอก โดยการสัมภาษณ์นักวิจัยจำนวน 5 คน ร่วมกับการใช้กระบวนการจัดการความรู้และชุมชนนักปฏิบัติทั้งภายในและภายนอกองค์กร ตามรูปแบบการจัดการความรู้ ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การบ่งชี้ความรู้ 2) การสร้างและแสวงหาความรู้ 3) การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ 4) การประมวลและกลั่นกรองความรู้ 5) การเข้าถึงความรู้ 6) การแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 7) การเรียนรู้ ตลอดจนการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์

ระยะที่ 2 (D1) ดำเนินการในเดือนพฤศจิกายน 2565 ผู้วิจัยพัฒนาแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอก โดยนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ประกอบด้วยเทคนิคการเขียนโครงร่างวิจัย ปัญหาและอุปสรรคในการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับทุนภายนอก มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ จากนั้นนำข้อมูลที่สังเคราะห์ได้มาจัดทำแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพเพื่อขอรับ

ทุนภายนอก ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การเตรียมตัวพัฒนาโครงร่างวิจัย การเตรียมเขียนโครงร่างวิจัย การบริหารทีมวิจัยและทรัพยากรในการพัฒนาโครงร่างวิจัย และการเตรียมตัวเพื่อส่งโครงร่างวิจัยขอทุนภายนอก (submission) จากนั้นผู้วิจัยนำแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยฯ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (ดังรายละเอียดในส่วนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ

ระยะที่ 3 (R2) ดำเนินการในเดือนธันวาคม 2565 ผู้วิจัยทดสอบความเป็นไปได้ของแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอก กับอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จำนวน 2 คน โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิแล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความเหมาะสมความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้วิจัย ของแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอก โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที

ระยะที่ 4 (D2) ดำเนินการในเดือนธันวาคม 2565 ผู้วิจัยปรับปรุงแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอก ตามข้อเสนอแนะของกลุ่มที่ใช้ทดสอบความเป็นไปได้

ระยะที่ 5 (R3) ดำเนินการในเดือนมกราคม 2566 ผู้วิจัยประเมินผลของแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอก ในด้านความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้วิจัย กับอาจารย์วิทยาลัยในสังกัดและนอกสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก รวมจำนวน 34 คน โดยผู้วิจัยติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิแล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้วิจัย ของแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอก โดยใช้เวลา

ประมาณ 25 นาที

ระยะที่ 6 (D3) ดำเนินการในเดือนกุมภาพันธ์ 2566 ผู้วิจัยนำผลการประเมินมาปรับปรุงแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอก เพื่อให้ได้แนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอกที่สมบูรณ์ขึ้น

ระยะที่ 7 (R4) ดำเนินการในเดือนกุมภาพันธ์ 2566 ผู้วิจัยนำแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอกที่สมบูรณ์ขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน (ชุดเดิม) ประเมินคุณภาพอีกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอกมีคุณภาพมากที่สุด จากนั้นผู้วิจัยหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .96

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลความเป็นไปได้ของแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยฯ และข้อมูลความเหมาะสมความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้วิจัย ของแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเหมาะสมความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้วิจัย ของแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยฯ แต่ละแนวทางย่อย กับคะแนนเฉลี่ยระดับมาก (เกณฑ์มาตรฐาน) วิเคราะห์ด้วยสถิติ one-sample *t*-test โดยใช้ค่าเริ่มต้นของคะแนนเฉลี่ยระดับมาก คือ 3.50 เป็นค่าทดสอบ (test value) ซึ่งผู้วิจัยแบ่งคะแนนเฉลี่ยความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้วิจัย ออกเป็น 5 ระดับ ตามเกณฑ์ของชูศรี วงศ์รัตน์ (2553) ได้แก่ ระดับน้อยที่สุด (1.00–1.49 คะแนน) ระดับน้อย (1.50–2.49 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.50–3.49 คะแนน) ระดับมาก (3.50–4.49 คะแนน) และระดับมากที่สุด (4.50–5.00 คะแนน)

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอกโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้พบว่า แนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยฯ มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมตัวพัฒนาโครงร่างวิจัย 2) การเตรียมเขียนโครงร่างวิจัย 3) การบริหารทีมวิจัยและทรัพยากรในการพัฒนาโครงร่างวิจัย และ 4) การเตรียมตัวเพื่อส่งโครงร่างวิจัยขอทุนภายนอก (submission) โดยมีแนวทางย่อยทั้งหมด 31 แนวทางย่อย

2. ผลการทดสอบความเป็นไปได้ของแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอก พบว่า อาจารย์ ($n = 2$) มีความคิดเห็นว่าแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยฯ มีความเหมาะสมความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้วิจัย ในระดับปานกลางถึงระดับมากที่สุด ($M = 3.00-4.50$, $SD = 0-2.12$)

3. ผลของแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอก ในด้านความเหมาะสมความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้วิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของอาจารย์ ($n = 34$) พบว่าอาจารย์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85.30 มีอายุเฉลี่ย 48.88 ปี ($SD = 9.53$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาเอก คิดเป็นร้อยละ 61.80 มีอายุการทำงานเฉลี่ย 21.97 ปี ($SD = 11.49$) ส่วนใหญ่มีตำแหน่งทางวิชาการอยู่ในระดับอาจารย์ คิดเป็นร้อยละ 85.30 มีภาระงานด้านการสอนเฉลี่ย 20 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ($SD = 15.43$) มีประสบการณ์การเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับทุนภายนอกเฉลี่ย 2.91 ปี ($SD = 2.58$) ส่วนใหญ่ได้รับทุนวิจัยภายนอกจำนวน 1–3 ทุน คิดเป็นร้อยละ 73.50 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแหล่งทุนวิจัยภายนอกในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 73.50 ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการเขียนโครงร่างวิจัย คิดเป็นร้อยละ 64.70 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเขียน

โครงร่างวิจัยในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 76.50 ได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 50 และส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการขอทุนวิจัยภายนอก คิดเป็นร้อยละ 79.40

3.1 ความเหมาะสมของแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมีอาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอก พบว่าขั้นตอนที่ 1 การเตรียมตัวพัฒนาโครงร่างวิจัย แนวทางย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ “จัดโครงการให้มีการพบกับเจ้าของทุนโดยตรง เช่น สวรส. หรือ ววน. เป็นต้น” ($M = 4.65, SD = .54$) ส่วนแนวทางย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ “ศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการเขียนขอทุนวิจัยภายนอกจากภายนอกองค์กร เช่น ความรัก ความผูกพันของคนในทีม/องค์กร: การร่วมมือร่วมใจของคนในทีม/องค์กร ไม่แบ่งแยกกลุ่มคนทำวิจัย เป็นต้น” ($M = 4.03, SD = .87$) ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมเขียนโครงร่างวิจัย แนวทางย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ “การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารอ้างอิง: โดยลำดับเนื้อหาตามหัวข้อโครงการวิจัย จากใหญ่ๆ ไปรายละเอียดครอบคลุม เขียนภาษาตามความเข้าใจของตัวเอง เพื่อให้คนอ่านเข้าใจง่าย กระชับ รวบยอด ทันสมัย และครอบคลุม” ($M = 4.65, SD = .60$) ส่วนแนวทางย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ “วัตถุประสงค์การวิจัยต้องสอดคล้องกับปัญหาและสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ควรมี 1 ข้อ ดีที่สุด อาจมี 2 ข้อ ในกรณีที่ทำเป็น 2 ระยะ หากมี 3 ข้อ อาจมีคำถามว่าเรามีเป้าหมายชัดเจนหรือไม่” ($M = 4.32, SD = .68$) ขั้นตอนที่ 3 การบริหารทีมวิจัยและทรัพยากรในการพัฒนาโครงร่างวิจัย แนวทางย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ “องค์ความรู้และความเชี่ยวชาญ: โครงการที่ผู้วิจัยหลักเชี่ยวชาญ

หรือต้องการความรู้ความเชี่ยวชาญอื่นมาช่วยทำให้โครงการวิจัยเกิดผลสำเร็จ” ($M = 4.53, SD = .50$) ส่วนแนวทางย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ “บุคลากร: การเตรียมทีมวิจัย เริ่มจากการทำคนเดียวหรือเพียงไม่กี่คน เริ่มจากโครงการทุนวิจัยขนาดเล็กไปขนาดใหญ่” ($M = 4.24, SD = .82$) และ “งบประมาณ: การผันใช้งบประมาณโครงการ ใครเป็นคนสั่งจ่ายเงิน ใครเป็นคนใช้เงิน ความเชื่อใจ ความประหยัด ความถูกต้อง ใบเสร็จยุ่งยากมาก แต่ให้ถูกต้องที่สุด” ($M = 4.24, SD = .74$) และขั้นตอนที่ 4 การเตรียมตัวเพื่อส่งโครงร่างวิจัยขอทุนภายนอก (submission) แนวทางย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ “ศึกษาเงื่อนไขของแต่ละแหล่งทุนว่ามีความต้องการอะไร ก่อนที่จะดำเนินการสมัครทุนนั้นๆ เช่น นักวิจัยต้องผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ก่อน หากไม่ผ่านการอบรมจะไม่ได้รับการพิจารณาให้ทุน เป็นต้น” ($M = 4.71, SD = .52$) ส่วนแนวทางย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ “เปิดติดตามระบบ NRIIS หรือของแหล่งทุนทุกวัน เพื่อติดตามข้อมูลที่แหล่งทุนให้ผู้วิจัยปรับแก้ไขข้อมูล หรือเพิ่มเติมข้อมูลโครงการวิจัยที่ผู้วิจัยส่งไปขอทุน” ($M = 4.41, SD = .61$)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเหมาะสมของแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมีอาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอกแต่ละแนวทางย่อย กับคะแนนเฉลี่ยระดับมาก (เกณฑ์มาตรฐาน) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเหมาะสมของแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยฯ แต่ละแนวทางย่อย ของทั้ง 4 ขั้นตอน สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยระดับมาก (เกณฑ์มาตรฐาน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเหมาะสมของแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพ เพื่อขอรับทุนภายนอกแต่ละแนวทางย่อย กับคะแนนเฉลี่ยระดับมาก (เกณฑ์มาตรฐาน) ($n = 34$)

แนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพ เพื่อขอรับทุนภายนอก	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมตัวพัฒนาโครงร่างวิจัย (แนวทางย่อยที่ 1-12)	4.03-4.65	.54-.87	3.550-12.300	.001
ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมเขียนโครงร่างวิจัย (แนวทางย่อยที่ 13-22)	4.32-4.65	.56-.79	6.980-11.390	< .001
ขั้นตอนที่ 3 การบริหารทีมวิจัยและทรัพยากรใน การพัฒนาโครงร่างวิจัย (แนวทางย่อยที่ 23-27)	4.24-4.53	.51-.82	5.240-11.850	< .001
ขั้นตอนที่ 4 การเตรียมตัวเพื่อส่งโครงร่างวิจัย ขอทุนภายนอก (submission) (แนวทางย่อยที่ 28-31)	4.41-4.71	.52-.66	8.730-13.420	< .001

3.2 ความเป็นไปได้ของแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอก พบว่าขั้นตอนที่ 1 การเตรียมตัวพัฒนาโครงร่างวิจัย แนวทางย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ “ศึกษาข้อมูล แนวโน้มหัวข้อ (theme) ประเด็น กรอบ/เงื่อนไขของแหล่งทุน เช่น วัตถุประสงค์ หรือความต้องการของแหล่งทุน โดยเฉพาะประเด็นใหม่ๆ ที่เป็นองค์ความรู้ใหม่ที่น่าสนใจ และมีประโยชน์และผลกระทบต่อสังคม” ($M = 4.53$, $SD = .66$) ส่วนแนวทางย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ “ศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการเขียนขอทุนวิจัย ภายนอกจากภายนอกองค์กร เช่น ความรักความผูกพันของคนในทีม/องค์กร: การร่วมมือร่วมใจของคนในทีม/องค์กร ไม่แบ่งแยกกลุ่มคนทำวิจัย เป็นต้น” ($M = 3.79$, $SD = 1$) ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมเขียนโครงร่างวิจัย แนวทางย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ “ระเบียบวิธีวิจัย: ต้องทำให้ได้ข้อสรุปตามวัตถุประสงค์ เลือกใช้ให้ถูกกับการทดสอบสมมติฐาน หรือการหาคำตอบ” ($M = 4.56$, $SD = .61$) ส่วนแนวทางย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ “งบประมาณ: ต้องเขียนให้ตรงหมวดอิงกับเกณฑ์ที่แหล่งทุนระบุไว้ ตรงตามความเป็นจริง

ดีแตกต่างจากระเบียบวิธีวิจัย มีความเหมาะสม สามารถใช้ในการกำกับการดำเนินการวิจัยได้จริง ไม่ควรเขียนเกินจริง” ($M = 4.24$, $SD = .65$) ขั้นตอนที่ 3 การบริหารทีมวิจัยและทรัพยากรในการพัฒนาโครงร่างวิจัย แนวทางย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ “เงื่อนไขแวดล้อม: ผู้วิจัยสามารถทำในพื้นที่ที่ผู้วิจัยรู้จัก พื้นที่ของผู้วิจัยจะช่วยลดความเสี่ยงที่อาจมีผลต่อความสำเร็จของงานวิจัย” ($M = 4.35$, $SD = .73$) ส่วนแนวทางย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ “เวลา: นักวิจัยต้องคุยกับทีมทำงานสม่ำเสมอ และทุกๆ วัน” ($M = 4$, $SD = .89$) และขั้นตอนที่ 4 การเตรียมตัวเพื่อส่งโครงร่างวิจัยขอทุนภายนอก (submission) แนวทางย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ “ศึกษาเงื่อนไขของแต่ละแหล่งทุนว่ามีความต้องการอะไร ก่อนที่จะดำเนินการสมัครทุนนั้นๆ เช่น นักวิจัยต้องผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ก่อน หากไม่ผ่านการอบรมจะไม่ได้รับการพิจารณาให้ทุน เป็นต้น” ($M = 4.53$, $SD = .62$) ส่วนแนวทางย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ “ควรส่งโครงร่างวิจัยในระบบ NRIIS อย่างน้อย 1 สัปดาห์ ก่อนวันปิดรับสมัครทุน” ($M = 4.03$, $SD = .87$)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเป็นไปได้ของแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมีอาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอกแต่ละแนวทางย่อย กับคะแนนเฉลี่ยระดับมาก (เกณฑ์มาตรฐาน) พบว่า คะแนนเฉลี่ย

ความเป็นไปได้ของแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยฯ แต่ละแนวทางย่อย ของขั้นตอนที่ 2-4 สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยระดับมาก (เกณฑ์มาตรฐาน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเป็นไปได้ของแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมีอาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอกแต่ละแนวทางย่อย กับคะแนนเฉลี่ยระดับมาก (เกณฑ์มาตรฐาน) ($n = 34$)

แนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมีอาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอก	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมตัวพัฒนาโครงร่างวิจัย (แนวทางย่อยที่ 1-12)	3.79-4.53	.60-1.00	1.700-9.060	> .050
ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมเขียนโครงร่างวิจัย (แนวทางย่อยที่ 13-22)	4.24-4.56	.56-.82	6.440-10.340	< .001
ขั้นตอนที่ 3 การบริหารทีมวิจัยและทรัพยากรในการพัฒนาโครงร่างวิจัย (แนวทางย่อยที่ 23-27)	4.00-4.35	.70-.89	3.290-6.780	.002
ขั้นตอนที่ 4 การเตรียมตัวเพื่อส่งโครงร่างวิจัยขอทุนภายนอก (submission) (แนวทางย่อยที่ 28-31)	4.03-4.53	.62-.92	3.550-9.760	.001

3.3 ประโยชน์ต่อผู้วิจัยของแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมีอาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอก พบว่า ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมตัวพัฒนาโครงร่างวิจัย แนวทางย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ “เชิญบุคคลภายนอกที่สำคัญมาร่วมทีมวิจัย: บุคคลภายนอกที่มีส่วนสำคัญ” ($M = 4.62, SD = .55$) ส่วนแนวทางย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ “ศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการเขียนขอทุนวิจัยภายนอกจากภายนอกองค์กร เช่น ความรัก ความผูกพันของคนในทีม/องค์กร: การร่วมมือร่วมใจของคนในทีม/องค์กร ไม่แบ่งแยกกลุ่มคนทำวิจัย เป็นต้น” ($M = 3.94, SD = .92$) ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมเขียนโครงร่างวิจัย แนวทางย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ “หัวข้อ: ต้องเขียนให้ตรงตามความต้องการของแหล่งทุน เป็นปัญหาจริง กลุ่มประชากรน่าสนใจ

มีมุมมอง มีการผสมผสาน นำไปใช้ประโยชน์ได้จริง แก้ไขปัญหาได้จริง และใช้เทคนิคการแก้ไขที่น่าสนใจ” ($M = 4.62, SD = .55$) ส่วนแนวทางย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ “วัตถุประสงค์การวิจัยต้องสอดคล้องกับปัญหาและสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ควรมี 1 ข้อดีที่สุด อาจมี 2 ข้อ ในกรณีที่ทำเป็น 2 ระยะ หากมี 3 ข้อ อาจมีคำถามว่าเรามีเป้าหมายชัดเจนหรือไม่” ($M = 4.26, SD = .67$) ขั้นตอนที่ 3 การบริหารทีมวิจัยและทรัพยากรในการพัฒนาโครงร่างวิจัย แนวทางย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ “เงื่อนไขแวดล้อม: ผู้วิจัยสามารถทำในพื้นที่ที่ผู้วิจัยรู้จัก พื้นที่ของผู้วิจัยจะช่วยลดความเสี่ยงที่อาจมีผลต่อความสำเร็จของงานวิจัย” ($M = 4.47, SD = .89$) ส่วนแนวทางย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ “บุคลากร: การเตรียมทีมวิจัย เริ่มจาก

การทำคนเดียวหรือเพียงไม่กี่คน เริ่มจากโครงการทุนวิจัยขนาดเล็กไปขนาดใหญ่” ($M = 4.15, SD = .89$) และขั้นตอนที่ 4 การเตรียมตัวเพื่อส่งโครงร่างวิจัยขอทุนภายนอก (submission) แนวทางย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ “สมัครและลงทะเบียนเพื่อเป็นสมาชิกในระบบการสมัครรับทุนภายนอก ผู้วิจัยต้องส่งโครงร่างวิจัยและกรอกรายละเอียดต่างๆ ของผู้วิจัยผ่านระบบของเจ้าของทุน” ($M = 4.59, SD = .61$) ส่วนแนวทางย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ “เปิดติดตามระบบ NRIIS หรือของแหล่งทุนทุกวัน เพื่อติดตามข้อมูล

แหล่งทุนให้ผู้วิจัยปรับแก้ไขข้อมูล หรือเพิ่มเติมข้อมูล โครงการวิจัยที่ผู้วิจัยส่งไปขอทุน” ($M = 4.38, SD = .70$)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยประโยชน์ต่อผู้วิจัยของแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอกแต่ละแนวทางย่อย กับคะแนนเฉลี่ยระดับมาก (เกณฑ์มาตรฐาน) พบว่า คะแนนเฉลี่ยประโยชน์ต่อผู้วิจัยของแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยฯ แต่ละแนวทางย่อย ของทั้ง 4 ขั้นตอน สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยระดับมาก (เกณฑ์มาตรฐาน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยประโยชน์ต่อผู้วิจัยของแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอกแต่ละแนวทางย่อย กับคะแนนเฉลี่ยระดับมาก (เกณฑ์มาตรฐาน) ($n = 34$)

แนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอก	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมตัวพัฒนาโครงร่างวิจัย (แนวทางย่อยที่ 1-12)	3.94-4.62	.55-.92	2.800-11.820	.010
ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมเขียนโครงร่างวิจัย (แนวทางย่อยที่ 13-22)	4.26-4.62	.55-.82	6.480-11.820	< .001
ขั้นตอนที่ 3 การบริหารทีมวิจัยและทรัพยากรในการพัฒนาโครงร่างวิจัย (แนวทางย่อยที่ 23-27)	4.15-4.47	.60-.89	4.230-8.550	< .001
ขั้นตอนที่ 4 การเตรียมตัวเพื่อส่งโครงร่างวิจัยขอทุนภายนอก (submission) (แนวทางย่อยที่ 28-31)	4.38-4.59	.61-.70	7.380-10.420	< .001

4. ผลการประเมินคุณภาพแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอกโดยผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาว่า แนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอกทั้ง 4 ขั้นตอน ควรประกอบด้วยแนวทางย่อยจำนวน 30 แนวทางย่อย จากทั้งหมด 31 แนวทางย่อย โดยแนวทางย่อยที่ 11 “ศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการเขียนขอทุนวิจัยภายนอกจากภายนอกองค์กร เช่น

ความรักความผูกพันของคนในทีม/องค์กร: การร่วมมือร่วมใจของคนในทีม/องค์กร ไม่แบ่งแยกกลุ่มคนทำวิจัยเป็นต้น” ควรตัดออก เนื่องจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ให้คะแนนความสอดคล้องในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงปริมาณที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเป็นไปได้ของแนวทางย่อยดังกล่าวไม่แตกต่างจากคะแนนเฉลี่ยระดับมาก (เกณฑ์มาตรฐาน) ดังนั้นแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมืออาชีพเพื่อขอรับ

ทุนภายนอกที่มีคุณภาพ จึงประกอบด้วย 4 ขั้นตอน และแนวทางย่อยจำนวน 30 แนวทางย่อย

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมตัวพัฒนาโครงร่างวิจัย ควรเริ่มจากการหาความรู้เกี่ยวกับสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการเขียนขอทุนวิจัยภายนอก เช่น การศึกษาแบบฟอร์มการเขียนขอทุนภายนอก การเรียนรู้จากนักวิจัยต้นแบบ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาที่สนใจ โดยนักวิจัยต้นแบบมีความเต็มใจที่จะแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอทุนภายนอก พร้อมทั้งจะเป็นพี่เลี้ยงให้แก่ักวิจัยหน้าใหม่ (ประกฤต ประภาอินทร์ และสมตระกูล ราศิริ, 2564; อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2557) นอกจากนี้ ควรเรียนรู้เกี่ยวกับแหล่งทุนวิจัยภายนอก ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนมากในตลาดแหล่งทุนวิจัย (research-market funding) เช่น วช. (สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ) สกว. (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย) เพื่อให้ักวิจัยเลือกแหล่งทุนที่เหมาะสมกับงานวิจัยที่ตนเองสนใจ และักวิจัยหน้าใหม่ควรเริ่มต้นจากทุนวิจัยที่มีขนาดเล็กก่อน (shoestring budget or organizational funding) (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2557)

ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมเขียนโครงร่างวิจัย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัญหาและอุปสรรคของการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับทุนภายนอก คือ การเขียนโจทย์วิจัย และความยากง่ายของการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอทุนภายนอก ซึ่งประกอบด้วย กรอบแนวคิด ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา เอกสารที่เกี่ยวข้อง และการอภิปรายผล (พรทิพย์ ผึ้งแก้ว และอำพรพรรณ ผึ้งแก้ว, 2565) ดังนั้น ักวิจัยต้องเตรียมเขียนข้อเสนอโครงร่างวิจัย โดยเฉพาะหัวข้อ การเขียนโครงร่างวิจัย ควรเขียนให้กระชับ ได้ใจความ

ครบถ้วน (ประกฤต ประภาอินทร์ และสมตระกูล ราศิริ, 2564) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ักวิจัยหน้าใหม่ ต้องการพัฒนาการเขียนประโยชน์หรือผลกระทบของโครงการและการเขียนที่มาและความสำคัญของปัญหา ซึ่งยังเป็นจุดอ่อนของักวิจัยสำหรับการเขียนโครงร่างวิจัยในหัวข้อดังกล่าว (กาญจนา พรหมโคตร และคณะ, 2564) ที่สำคัญคือ ผู้วิจัยต้องวิเคราะห์และคาดการณ์ประเด็นโจทย์ของแหล่งทุนวิจัยในปีถัดไป เช่น ผู้สูงอายุนวัตกรรมทางสุขภาพ เพื่อักวิจัยจะได้เตรียมตัวเขียนโครงร่างวิจัยที่สอดคล้องกับความต้องการของแหล่งทุนวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 การบริหารทีมวิจัยและทรัพยากร ในการพัฒนาโครงร่างวิจัย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ักวิจัยหน้าใหม่ยังมีปัญหาเรื่องเงินทุนวิจัย เนื่องจากขาดความรู้ในการจัดสรรงบประมาณ เช่น การจ้างผู้ช่วยผู้วิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งอาจไม่ตรงตามแผนที่กำหนดไว้ก่อนได้รับอนุมัติทุนวิจัย ดังนั้น ักวิจัยควรศึกษาเกณฑ์ของการเบิกจ่ายเงินของแหล่งทุนนั้นๆ ซึ่งอาจแบ่งออกเป็นหมวด เช่น แหล่งทุนวิจัยของ สวรส. กำหนดหมวดของงบประมาณ เป็น 5 หมวด ได้แก่ 1) หมวดค่าตอบแทน 2) หมวดค่าบริหารจัดการ 3) หมวดค่าดำเนินงานโครงการ 4) หมวดค่าครุภัณฑ์ และ 5) หมวดค่าธรรมเนียมสถาบันต้นสังกัด

ขั้นตอนที่ 4 การเตรียมตัวเพื่อส่งโครงร่างวิจัยขอทุนภายนอก (submission) ผู้วิจัยควรส่งโครงร่างวิจัยให้แก่ผู้รับผิดชอบโดยตรง ปัจจุบันการส่งผ่านระบบ NRIIS ควรส่งให้ทันเวลา ก่อนวันกำหนดส่งอย่างน้อย 1-3 วัน เพื่อให้มีเวลาในการตรวจสอบความถูกต้อง ทั้งนี้ การส่งโครงการวิจัยควรทำเป็นความลับเพื่อป้องกันการคัดลอกงาน เนื่องจากหากมีการเปิดเผยโครงการวิจัยก่อนที่จะได้รับอนุมัติทุนวิจัย อาจทำให้ผู้อื่นนำความคิดนั้นไปพัฒนางานของเขาได้ (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2557)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
นักวิจัยหน้าใหม่ควรนำแนวทางการเขียน
โครงร่างวิจัยแบบมีอาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอกนี้
ไปใช้ เพื่อเป็นแนวทางในการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อ
ให้ได้รับทุนภายนอก

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป
ควรมีการศึกษาผลของแนวทางการเขียน
โครงร่างวิจัยแบบมีอาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอก
ที่มีต่อความมั่นใจในการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับ
ทุนภายนอก และอัตราการได้รับทุนวิจัยภายนอก

เอกสารอ้างอิง

กาญจนา พรหมโคตร, อรอนงค์ โนนทิง, และกิริติพร
จตุระวิริยะ. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขอ
ทุนวิจัยภายนอกของนักวิจัยสายวิชาการ คณะ
แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *วารสาร
การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย*, 8(2), 36–43.
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก. (2564).
*การจัดการความรู้ สู้องค์กรแห่งการเรียนรู้
ปีการศึกษา 2563 “พันธกิจการบริหารจัดการ
องค์กร”*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
ชูศรี วงศ์รัตน. (2553). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*
(พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพฯ: ฐานบัณฑิต.
ประกฤษ ประภาอินทร์, และสมตระกูล ราศิริ. (2564).
10 แนวปฏิบัติที่ดีในการหาทุนอุดหนุนการวิจัย
จากแหล่งทุนภายนอกสถาบัน. *วารสารสาธารณสุข
และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(2), 233–237.

พรทิพย์ ผึ้งแก้ว, และอำพรณ ผึ้งแก้ว. (2565).
การศึกษาองค์ความรู้จากข้อเสนอโครงการวิจัย
แหล่งทุนภายนอก. ใน *เอกสารการประชุม
นำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 17
ปีการศึกษา 2565* (น. 220–236). กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย.

รุ่งนภา เพียวชะอ้า, และกฤษฎี สุวรรณรัตน์. (2565).
การจัดการความรู้สู่การพัฒนาแนวทางการเขียน
โครงร่างวิจัยเพื่อขอรับแหล่งทุนภายนอก.
วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ, 9(2), 1–15.
สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม. (2550).
โมเดลสามเหลี่ยม KM. สืบค้นจาก http://203.157.7.7/KM/pics/ModelKM/fs_model18_TriangleKM.pdf

อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. (2557). การเขียนโครงการวิจัย
เพื่อขอรับทุนสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก.
พยาบาลสาร, 41(2), 133–138.

Cohen, J. (1992). Statistical power analysis.
Current Directions in Psychological Science,
1(3), 98–101. doi:10.1111/1467-8721.
ep10768783

Cramer, H., Haller, H., Dobos, G., & Lauche, R.
(2016). A systematic review and meta-
analysis estimating the expected dropout
rates in randomized controlled trials on
Yoga interventions. *Evidence-based
Complementary and Alternative Medicine*,
2016, 5859729. doi:10.1155/2016/5859729

**ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อความรู้
ทัศนคติ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ในทหารกองประจำการ กองร้อยพลพยาบาล กองทัพอากาศ**
**The Effect of Sexually Transmitted Diseases Prevention Program
on Knowledge, Attitude, and Perceived Severity
of Sexually Transmitted Diseases among Conscripts,
Medical Company, Royal Thai Air Force**

วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์, พย.ด. ¹

Watcharaporn Paorohit, Ph.D. (Nursing) ¹

นิตยา สุขแสน, พย.ม. (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด) ²

Nittaya Suksaen, M.N.S. (Maternity and Newborn) ²

สุพัตรา ปิ่นแก้ว, พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง) ³ เรวดี วัชรสิทธิ์, พย.บ. ⁴

Supatra Pinkaew, M.N.S. (Advanced Midwifery) ³ Rawat Watcharasit, B.N.S. ⁴

Received: April 4, 2023 Revised: May 17, 2023 Accepted: May 18, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในทหารกองประจำการ กลุ่มตัวอย่างเป็นทหารกองประจำการ กองร้อยพลพยาบาล กองทัพอากาศ จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีความเชื่อมั่น .75 แบบสอบถามทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีค่า

¹⁻³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ

¹⁻³ Instructor, Royal Thai Air Force Nursing College

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: rtafnc1@yahoo.com

⁴ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

⁴ Registered Nurse, Bhumibol Adulyadej Hospital

ความเชื่อมั่น .82 และแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีค่าความเชื่อมั่น .85 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.612, p < .05$; $t = 4.750, p < .001$ และ $t = 6.180, p < .001$ ตามลำดับ) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.442, p < .01$; $t = 5.332, p < .01$ และ $t = 5.242, p < .05$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพควรนำโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นี้ ไปประยุกต์ใช้กับทหารกองประจำการ สังกัดกองทัพบก กองทัพอากาศ รวมทั้งนักเรียนวัยรุ่น เพื่อเสริมสร้างความรู้ ทัศนคติ และเพิ่มการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

คำสำคัญ: โปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความรุนแรง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of sexually transmitted diseases prevention program on knowledge, attitude, and perceived severity of sexually transmitted diseases among conscripts. The samples consisted of 60 conscripts, medical company, Royal Thai Air Force who were equally divided into an experimental group ($n = 30$) and a control group ($n = 30$). The research instruments included the sexually transmitted diseases prevention program, the general information questionnaire, the knowledge regarding sexually transmitted diseases prevention questionnaire with reliability of .75, the attitude toward sexually transmitted diseases prevention questionnaire with reliability of .82, and the perceived severity of sexually transmitted diseases questionnaire with reliability of .85. The implementation and data collection were conducted from October to November, 2022. 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 knowledge regarding sexually transmitted diseases prevention, attitude toward sexually transmitted diseases prevention, and perceived severity of sexually transmitted diseases than those of before the experiment ($t = 2.612, p < .05$; $t = 4.750, p < .001$; and $t = 6.180, p < .001$, respectively) and those of the control group ($t = 2.442, p < .01$; $t = 5.332, p < .01$; and $t = 5.242, p < .05$, respectively).

This research suggests that health care providers should apply this sexually transmitted diseases prevention program to conscripts of army, navy, and adolescent students in order to enhance knowledge, attitude, and perceived severity of sexually transmitted diseases.

Keywords: Sexually transmitted diseases prevention program, Knowledge, Attitude, Perceived severity

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (sexually transmitted diseases) เป็นกลุ่มโรคที่ติดต่อกันจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ในปัจจุบันสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันตนเอง และรูปแบบการให้บริการทางเพศเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 15-24 ปี ที่พบอัตราการป่วยสูงกว่ากลุ่มอื่น (สิริพร มนยฤทธิ์, 2563) จากข้อมูลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2564) ระบุว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2563 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในกลุ่มอายุ 15-24 ปี ได้แก่ โรคซิฟิลิส พบอัตรา 13.70, 20.20, 27.90, 41.40 และ 50.40 ต่อประชากรแสนคน และโรคหนองใน พบอัตรา 59.30, 68.10, 63.70, 69.70 และ 58.80 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้มากกว่าผู้ที่ไม่ป่วยถึง 5-9 เท่า ส่วนรายงานของกองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทยทหารอากาศ (2565) ระบุว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2561-2563 กำลังพลกองทัพอากาศ ประเภททหารกองประจำการ มีการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากที่สุด ซึ่งพบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ร้อยละ .02, .03 และ .04 ตามลำดับ โดยทหารกองประจำการมีผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จำนวน 244 คน แบ่งออก

เป็นโรคหนองในแท้ 133 คน โรคหนองในเทียม 96 คน โรคแผลริมอ่อน 2 คน และโรคหูดหงอนไก่ 13 คน จะเห็นได้ว่า ความชุกของการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในทหารกองประจำการมีค่อนข้างมาก ซึ่งอาจส่งผลให้กองทัพอากาศขาดแคลนกำลังพล และทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของหน่วยลดลง

ทหารกองประจำการมีหน้าที่ปฏิบัติภารกิจตามที่ได้รับมอบหมาย โดยมีบทบาทในการสนับสนุนการป้องกันและการส่งเสริมความมั่นคงภายในประเทศ ทหารกองประจำการจึงเป็นกำลังพลที่มีความสำคัญต่อกองทัพ (สฤณี แผนสนธิ และสมิหระ จิตตลดากร, 2563) โดยกองทัพอากาศกำหนดนโยบายการให้ความสำคัญในการธำรงรักษากำลังพลทหารกองประจำการ จึงได้จัดตั้งคณะทำงานยกระดับคุณภาพชีวิตของทหารกองประจำการด้านสุขภาพกายและจิต โดยให้ความสำคัญกับการดูแลเอาใจใส่ทหารกองประจำการทั้งในขณะประจำการและเมื่อปลดประจำการ (กองทัพอากาศ, 2564) ทั้งนี้ กรมแพทยทหารอากาศซึ่งเป็นหน่วยงานที่ขึ้นตรงต่อกองทัพอากาศ มีหน้าที่สนับสนุนนโยบายของกองทัพอากาศ จึงได้มีการจัดทำหลักสูตรพลพยาบาลขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้พลพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพกายและจิตขั้นพื้นฐาน เพื่อให้การดูแลสุขภาพของทหารกองประจำการด้วยกัน รวมทั้งมีทักษะด้านการป้องกันโรคและการให้บริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานได้อย่างถูกต้อง ซึ่งพลพยาบาลเป็นทหารกองประจำการที่ทำหน้าที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพกำลังพลทหาร

กองประจำการขั้นพื้นฐาน และจากข้อมูลข้างต้นพบว่า ทหารกองประจำการมีการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ค่อนข้างมาก เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น การเพิ่มพูนความรู้ ทักษะที่ดี และทักษะการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แก่พลพยาบาล เพื่อให้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของทหารกองประจำการด้วยกัน ช่วยลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อันจะส่งผลดีทั้งต่อทหารกองประจำการที่ปฏิบัติงานในหน้าที่และกองทัพอากาศ

จากการศึกษาของรุ่งอรุณ สุทธิพงษ์ และกริช เรืองไชย (2560) ที่ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น พบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องเพศศึกษาบางอย่างไม่ถูกต้อง เช่น โรคเอดส์ เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์เท่านั้น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่เกิดจากเพศหญิงและเพศชายมีความสัมพันธ์ทางเพศเท่านั้น การเรียนรู้ด้านเพศศึกษาที่ถูกต้องควรเรียนรู้ด้วยตนเอง ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น คือ ใช้ถุงยางอนามัยในขณะที่มีเพศสัมพันธ์เป็นประจำร้อยละ 42.40 ไม่เคยใช้ร้อยละ 25.90 มีการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยการแลกเปลี่ยนประสพการณ์ด้านเพศกับบุคคลอื่นร้อยละ 50.20 โดยมีวัยรุ่นเกือบร้อยละ 50 ไม่กล้าพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสพการณ์ด้านเพศกับบุคคลอื่น ซึ่งถือว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นยังมีการปฏิบัติน้อย และมีโอกาสที่จะติดโรคจากการมีเพศสัมพันธ์สูง นอกจากนี้จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในนักศึกษาชายของศึกษานอกระบบโรงเรียน ของศรีบุญญา เจริญศิริ, ชาญชัยดาอภัยกุลศิริ, และยุวดี ลีลัคนาวีระ (2562) พบว่า นักศึกษาชายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยรวมในระดับมาก และเจตคติต่อ

การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 5.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จะเห็นได้ว่า งานวิจัยที่ผ่านมาเป็นการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น และยังไม่พบการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มทหารกองประจำการ ทั้งนี้ การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพลพยาบาลที่กรมแพทย์ทหารอากาศรับผิดชอบ มีการสอนที่มุ่งประเด็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การเสริมสร้างทัศนคติที่ดี และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้วยวิธีการบรรยายเป็นหลัก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยนำกรอบแนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (The Information-Motivation-Behavior Skill Model [IMB Model]) ของ Fisher, Fisher, and Harman (2003) มาใช้ในการออกแบบโปรแกรม เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และส่งเสริมให้เกิดความตระหนักรู้ในความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แก่ทหารกองประจำการ กองร้อยพลพยาบาล กองทัพอากาศ เพื่อช่วยลดอัตราการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในทหารกองประจำการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการรับรู้ความรุนแรง

ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับ
กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

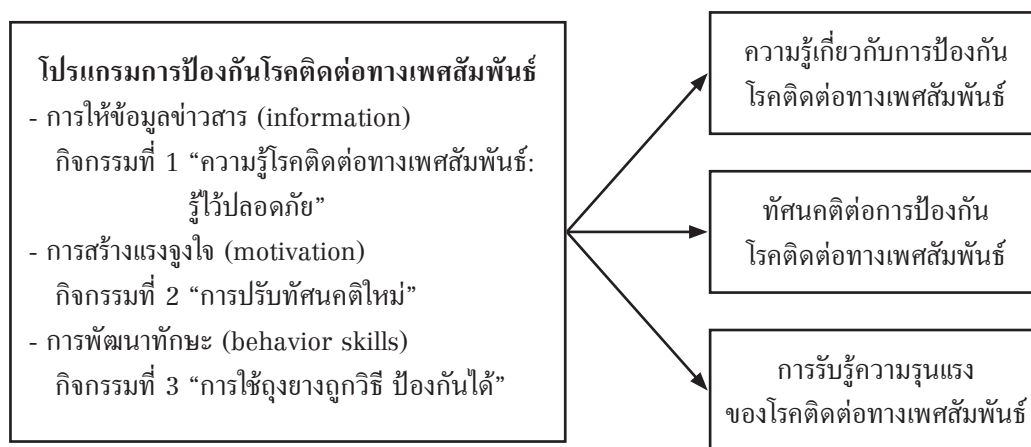
1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทาง
เพศสัมพันธ์ และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของ
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สูงกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทาง
เพศสัมพันธ์ และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของ
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดการให้
ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ
ของ Fisher, Fisher, and Harman (2003) มาใช้

ในการออกแบบโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อทาง
เพศสัมพันธ์ ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่
1) การให้ข้อมูลข่าวสาร (information) เพื่อให้บุคคล
ทำความเข้าใจแนวความคิดที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง
พฤติกรรม โดยการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อ
ทางเพศสัมพันธ์ และข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับ
วิธีการป้องกัน และพฤติกรรมลดความเสี่ยงต่อการเกิด
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2) การสร้างแรงจูงใจ
(motivation) เพื่อให้บุคคลเกิดทัศนคติที่ดี รับรู้
พฤติกรรมเสี่ยงหรือค่านิยมที่ไม่ถูกต้อง โดยเสริมสร้าง
ให้เกิดทัศนคติที่ดีและความเชื่อที่ถูกต้องต่อการป้องกัน
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ 3) การพัฒนาทักษะ
(behavior skills) โดยสร้างความมั่นใจแก่บุคคลว่ามี
เครื่องมือ พฤติกรรมเฉพาะเจาะจง หรือกลยุทธ์ที่จำเป็น
ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การฝึกทักษะ
การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี ทักษะการหลีกเลี่ยง
การเผชิญสถานการณ์ที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่
ไม่ปลอดภัย สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดัง
แผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นทหารกองประจำการ กองร้อยพลพยาบาล กองทัพอากาศ กรุงเทพมหานคร โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 21-25 ปี 2) เป็นทหารกองประจำการพลัดที่ 1 และ 2 ประจำปี 2565 และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดทั้งโปรแกรม และขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .70 (คำนวณจากการศึกษาของสุจิตราภรณ์ ทับครอง, เพ็ญรุ่ง นวลแจ่ม, นิตยา วิโรจนะ, และพางนา ดวงจันทร์ [2561]) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 52 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 30 คน รวมจำนวน 60 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากตามบัญชีรายชื่อทหารกองประจำการ กองร้อยพลพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยหน่วยย่อยที่ 1 และหน่วยย่อยที่ 2 (มีทหารกองประจำการหน่วยย่อยละ 90 คน) โดยเลือกมาหน่วยย่อยละ 30 คน และกำหนดให้ทหารกองประจำการจากหน่วยย่อยที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง และจากหน่วยย่อยที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะของ

Fisher, Fisher, and Harman (2003) ประกอบด้วยกิจกรรม 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “ความรู้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์: รู้ไว้ปลอดภัย” ใช้เวลาประมาณ 45 นาที โดยผู้วิจัยบรรยายความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผ่านสื่อ PowerPoint และคลิปวิดีโอจากแหล่งอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ พร้อมเชิญชวนให้ scan QR code เพื่อรับเนื้อหาความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี

กิจกรรมที่ 2 “การปรับทัศนคติใหม่” ใช้เวลาประมาณ 40 นาที โดยผู้วิจัยให้ชมภาพยนตร์สั้นเรื่อง “รู้แบบนี้ ป้องกันดีกว่า” และเชื่อมโยงเข้าสู่การปรับทัศนคติใหม่ โดยยึดหลักที่ว่า การมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่เราคิดว่าปลอดภัย แต่สามารถเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ ดังนั้นต้องป้องกันตนเองเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง

กิจกรรมที่ 3 “การใช้ถุงยางถูกวิธี ป้องกันได้” ใช้เวลาประมาณ 45 นาที โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมจำลองสถานการณ์เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยสอบถามผู้เข้าร่วมกิจกรรมว่าในแต่ละสถานการณ์มีความเสี่ยงหรือไม่มีความเสี่ยง หากมีความเสี่ยง จะมีวิธีการป้องกันความเสี่ยงอย่างไร ให้ร่วมแสดงความคิดเห็น และให้บอกวิธีการปฏิบัติ จากนั้นผู้วิจัยสาธิตวิธีการใส่และถอดถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีทั้ง 7 ขั้นตอน กับแบบจำลองอวัยวะเพศชาย และให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมฝึกทักษะการเลือกใช้ถุงยางอนามัยการใส่และถอดถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีกับแบบจำลองอวัยวะเพศชาย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ประวัติ

การมีเพศสัมพันธ์ อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การใช้ถุงยางอนามัย การดื่มสุรา การเสพยาเสพติดหรือใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด และการเที่ยวสถานเริงรมย์ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับเอชไอวีและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ ของเพ็ญจันทร์ มีแก้ว (2558) เนื้อหาครอบคลุมถึงสาเหตุ การติดต่อ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยเบื้องต้น การรักษา และการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นจริง จำนวน 7 ข้อ และข้อคำถามที่เป็นเท็จ จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามที่เป็นจริง หากตอบว่าถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าผิด ให้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่เป็นเท็จให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคในระดับต่ำ (0-3 คะแนน) ในระดับปานกลาง (4-7 คะแนน) และในระดับสูง (8-10 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบประเมินเจตคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของศรีัญญา เจริญศิริ (2560) เนื้อหาครอบคลุมถึงทัศนคติต่อการจัดการอารมณ์ทางเพศอย่างเหมาะสม และทัศนคติต่อการใส่ถุงยางอนามัย รวมจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

มีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรคในระดับต่ำ (10-24 คะแนน) ในระดับปานกลาง (25-32 คะแนน) และในระดับสูง (33-40 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ ของกุสุมาลย์ มีพิชณ์ (2560) เนื้อหาครอบคลุมถึงความรุนแรงของโรค และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั้งต่อตนเอง กลุ่มเพื่อน ครอบครัว และสังคม รวมจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับต่ำ (10-24 คะแนน) ในระดับปานกลาง (25-32 คะแนน) และในระดับสูง (33-40 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบบสอบถามทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอายุรแพทย์เฉพาะทางโรคติดต่อ พยาบาลด้านการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ ได้คำดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .90 ทุกชุด ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับทหารกองประจำการ สังกัดกองร้อยอื่นๆ ในกองทัพอากาศ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง รวมจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคฯ ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .75 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติต่อการป้องกันโรคฯ และแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่า

เท่ากับ .82 และ .85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ (เอกสารรับรอง เลขที่ 70/65 วันที่ 16 กันยายน 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากเจ้ากรมแพทย์ทหารอากาศ เข้าพบผู้บังคับกองร้อยพลพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่กองร้อยพลพยาบาล แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบบสอบถามทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

3. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่กองร้อยพลพยาบาล (คนละวันกับกลุ่มทดลอง) แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบบสอบถามทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และแบบสอบถาม

การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

4. ในสัปดาห์ที่ 2-4 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่กองร้อยพลพยาบาล ให้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั้ง 3 กิจกรรม โดยในสัปดาห์ที่ 2 ให้เข้าร่วมกิจกรรมที่ 1 “ความรู้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์: รู้ไว้ปลอดภัย” ในสัปดาห์ที่ 3 ให้เข้าร่วมกิจกรรมที่ 2 “การปรับทัศนคติใหม่” โดยมีการสอดแทรกสถานการณ์ที่ชวนให้กลุ่มทดลองได้คิดแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มเพื่อนและผู้วิจัยผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ (LINE application) ร่วมด้วย และในสัปดาห์ที่ 4 ให้เข้าร่วมกิจกรรมที่ 3 “การใช้ถุงยางถูกวิธี ป้องกันได้” ส่วนกลุ่มควบคุมให้ดำเนินชีวิตตามปกติ

5. ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่กองร้อยพลพยาบาล ให้ตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคฯ แบบสอบถามทัศนคติต่อการป้องกันโรคฯ และแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 25 นาที

6. ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่กองร้อยพลพยาบาล (คนละวันกับกลุ่มทดลอง) ให้ตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคฯ แบบสอบถามทัศนคติต่อการป้องกันโรคฯ และแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 25 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ

paired *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคฯ ทักษะคิดต่อการป้องกันโรคฯ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุ 21 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.67 โดยมีอายุเฉลี่ย 21.50 ปี ($SD = .90$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 86.67 มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 96.67 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 7,001–8,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 60 โดยมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 7,600 บาท ($SD = 498.27$) ส่วนใหญ่มีประวัติการมีเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 96.67 อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คือ 16 ปี และ 18 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.69 เท่ากัน โดยอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเฉลี่ย คือ 14.29 ปี ($SD = 6.73$) ส่วนใหญ่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งขณะมีเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 86.21 เคยดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 86.67 เคยเสพยาเสพติดหรือใช้สารเสพติด ชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด คิดเป็นร้อยละ 60 และเคยเที่ยวสถานเริงรมย์ คิดเป็นร้อยละ 83.33 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 21 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 โดยมีอายุเฉลี่ย 21.70 ปี ($SD = 1.15$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 80 มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 96.67 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 7,001–8,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ

56.67 โดยมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 7,566.67 บาท ($SD = 504.01$) ส่วนใหญ่มีประวัติการมีเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 96.67 อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คือ 14 ปี และ 16 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.69 เท่ากัน โดยอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเฉลี่ย คือ 14.28 ปี ($SD = 4.64$) ส่วนใหญ่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งขณะมีเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 86.21 เคยดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 83.33 เคยเสพยาเสพติดหรือใช้สารเสพติด ชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด คิดเป็นร้อยละ 66.67 และเคยเที่ยวสถานเริงรมย์ คิดเป็นร้อยละ 80

2. การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทักษะคิดต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คะแนนเฉลี่ยทักษะคิดต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.612, p < .05$; $t = 4.750, p < .001$ และ $t = 6.180, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคฯ และคะแนนเฉลี่ยทักษะคิดต่อการป้องกันโรคฯ ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง แต่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.732, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 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 = 30)						
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	8.23	1.16	8.90	.88	2.612	.014
ทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	30.47	2.73	33.00	2.05	4.750	< .001
การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	31.47	3.94	36.73	2.54	6.180	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 30)						
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	7.63	1.35	8.20	1.29	1.876	.071
ทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	29.83	3.55	29.47	3.00	.446	.659
การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	30.03	1.35	32.27	3.91	2.732	.011

3. การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคฯ คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการป้องกันโรคฯ และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.442, p < .01$; $t = 5.332, p < .01$ และ $t = 5.242, p < .05$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง						
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	8.23	1.16	7.63	1.35	1.842	.353
ทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	30.47	2.73	29.83	3.55	.773	.440
การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	31.47	3.94	30.03	1.35	1.882	.326
หลังการทดลอง						
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	8.90	.88	8.20	1.29	2.442	.003
ทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	33.00	2.05	29.47	3.00	5.332	.009
การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	36.73	2.54	32.27	3.91	5.242	.024

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่กลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย (Fisher, Fisher, Bryan, & Misovich, 2002) และมี

การสอดแทรกสถานการณ์ที่ชวนให้กลุ่มทดลองได้คิดแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มเพื่อนและผู้วิจัยผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งการให้ข้อมูลที่สำคัญและการร่วมตอบปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นการสร้างความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (เพ็ญจันทร์ มีแก้ว, 2558) นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้สาธิตวิธีการใส่และถอดถุงยางอนามัยและให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติ อันเป็นการเรียนรู้แบบการสื่อสารสองทาง โดยผู้วิจัยมีการตอบข้อสงสัยได้ทันทีและตรวจสอบความเข้าใจของกลุ่มทดลองได้ ซึ่งบุคคลที่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มักมี

ความตระหนักและพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ดีและเหมาะสม จึงไม่เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าบุคคลที่ขาดความรู้และความตระหนักในเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ปิยาภา จิระเพชรอำไพ, 2561) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรารวรรณ จันทรเพชร และฉัตรลดา ดีพร้อม (2562) ที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญจันทร์ มีแก้ว (2558) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ชนิด 1 วัน และ 3 วัน นักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้นมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีและการป้องกันการติดเชื้อสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้ให้กลุ่มทดลองชมภาพยนตร์สั้นเรื่อง “รู้อย่างนี้ ป้องกันดีกว่า” และเชื่อมโยงเข้าสู่การปรับทัศนคติใหม่ เพื่อกระตุ้นให้เกิดความเชื่อที่ถูกต้องที่ว่า การมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่เราคิดว่าปลอดภัย แต่สามารถเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ ต้องมีการป้องกันตนเองเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้จัดกิจกรรมจำลองสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และให้กลุ่มทดลองได้คิดหาวิธีการป้องกันความเสี่ยง วิธีการปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในสถานการณ์เสี่ยง สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นการสร้างแรงจูงใจช่วยปรับเปลี่ยนทัศนคติทางลบ ทำให้เกิดความเชื่อที่ถูกต้องต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ (กุศมัลย์ มีพีชนี่, 2560) ซึ่งการจัดกิจกรรมผ่านการสร้างสถานการณ์จำลองจะทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

มีโอกาสประสบปัญหาต่างๆ ที่เหมือนกับสถานการณ์จริง และได้พิจารณาแก้ไขปัญหาในสถานการณ์นั้นๆ (ประหยัด จิระวรพงศ์, 2556) อีกทั้งผู้วิจัยยังได้สาธิตวิธีการใส่และถอดถุงยางอนามัยและให้กลุ่มทดลองได้ฝึกปฏิบัติ เพื่อช่วยให้เกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรารวรรณ จันทรเพชร และฉัตรลดา ดีพร้อม (2562) ที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญจันทร์ มีแก้ว (2558) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ชนิด 1 วัน และ 3 วัน นักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้นมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้ให้กลุ่มทดลองชมภาพยนตร์สั้นเรื่อง “รู้อย่างนี้ ป้องกันดีกว่า” ที่สะท้อนให้เห็นถึงสภาพชีวิตหลังการติดเชื้อเอชไอวี ผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งต่อตนเอง กลุ่มเพื่อน ครอบครัว และสังคม ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีความรุนแรง นอกจากนี้ผู้วิจัยยังให้กลุ่มทดลองได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้รับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ผ่านสถานการณ์จำลอง รวมทั้งมีการสอบถามถึงประสบการณ์จริงของกลุ่มทดลอง ซึ่งการจัดกระบวนการเรียนรู้ด้วยการแลกเปลี่ยนพูดคุยจากประสบการณ์จริง จะช่วยให้ทหารกองประจำการเกิดความตระหนักและยอมรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ดีกว่าการเรียนรู้

ในระบบปกติ (จิรประภา สุวรรณ, สุวรรณ จันทน์ประเสริฐ, และพรภา หอมสินธุ์, 2560) ทำให้ทหารกองประจำการมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกุศมัลย์ มีพิชน์ (2560) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ นักเรียนอาชีวศึกษากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพควรนำโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นี้ ไปประยุกต์ใช้กับทหารกองประจำการ สังกัดกองทัพบก กองทัพเรือ รวมทั้งนักเรียนวัยรุ่นชาย โดยปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เสริมสร้างทัศนคติที่ดี และเพิ่มการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้โดยเพิ่มตัวแปรตาม เช่น ความตั้งใจในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *กรมควบคุมโรค ห่วงวัยรุ่นรักไม่ปลอดภัยช่วงสงกรานต์ แนะนำหลัก “C2T” ปลอดภัยจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์*. สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=18045&deptcode=brc&news_views=194

กองทัพอากาศ. (2564). *สรุปผลการดำเนินงานตามแผนงานการป้องกันและแก้ปัญหาเอดส์ของ ทอ. ประจำปีงบประมาณ 2564 ครั้งที่ 1/64*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทยทหารอากาศ. (2565). *รายงานจำนวนผู้รับบริการที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เข้ารับบริการ กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทยทหารอากาศ ณ วันที่ 1 ม.ค. 58 ถึงวันที่ 10 ม.ค. 65*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

กุศมัลย์ มีพิชน์. (2560). *ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษาเพศชาย จังหวัดจันทบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

จิรประภา สุวรรณ, สุวรรณ จันทน์ประเสริฐ, และพรภา หอมสินธุ์. (2560). *ผลของการพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพต่อความตั้งใจและพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของทหารกองประจำการ ในจังหวัดนครราชสีมา*. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(1), 237–244.

ประหยัด จิระวงษ์. (2556). *Games based learning (เกมการศึกษา)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.

ปิยา จิระเพชรอำไพ. (2561). *พฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของทหารกองประจำการผลัดใหม่ กองทัพอากาศ* (สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

พัชรารวรรณ จันทน์เพชร, และนิตรดา ดีพร้อม. (2562). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด*. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 42(4), 92–101.

- เพ็ญจันทร์ มีแก้ว. (2558). *การเปรียบเทียบโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ชนิด 1 วัน และ 3 วัน ต่อความรู้ ทักษะ การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ในนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้น (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต)*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุ่งอรุณ สุทธิพงษ์, และกริช เรืองไชย. (2560). ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 5 ราชภัฏหมู่บ้านจอมบึงวิจัย* (น. 430–436). ราชบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง.
- ศรีัญญา เจริญศิริ. (2560). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในนักศึกษาชายของการศึกษานอกระบบโรงเรียน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต)*. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศรีัญญา เจริญศิริ, ชนัญชิดาคุณฎี พูลศิริ, และยุวดี ลีลัคนาวีระ. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในนักศึกษาชายของการศึกษานอกระบบโรงเรียน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 30(2), 14–25.
- สฤษฎี แผนสนธิ, และสมิหระ จิตตลดากร. (2563). การพัฒนาพลทหารกองประจำการของกองทัพเพื่อความมั่นคงของชาติ. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 5(10), 301–314.
- สิริพร มนยฤทธิ์. (2563). *สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ในเยาวชน ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557–2561*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1006020200507053840.pdf>
- สุจิตราภรณ์ ทับครอง, เพ็ญรุ่ง นวลแจ่ม, นิตยา วิโรจนะ, และพางนา ดวงจันทร์. (2561). ผลของการใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้และความเข้าใจโรคเบาหวานของบุคลากรในสถานศึกษา. *วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสยาม*, 19(36), 78–87.
- Fisher, J. D., Fisher, W. A., Bryan, A. D., & Misovich, S. J. (2002). Information-motivation-behavioral skills model-based HIV risk behavior change intervention for inner-city high school youth. *Health Psychology*, 21(2), 177–186. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11950108/>
- Fisher, W. A., Fisher, J. D., & Harman, J. (2003). The Information-Motivation-Behavioral Skills Model: A general social psychological approach to understanding and promoting health behavior. In J. Suls & K. A. Wallston (Eds.), *Social psychological foundations of health and illness* (pp. 82–106). Oxford: Blackwell Publishing. doi:10.1002/9780470753552.ch4

**ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ***
**Factors Related to COVID-19 Prevention Practices
of Village Health Volunteers ***

วศินี ธิวรรณลักษณ์, พย.ม. (การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ)¹
Wasinee Thiwannalak, M.N.S. (Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control)¹
นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, ประ.ด. (ระบาดวิทยา)² นงค์คราม วิเศษกุล, พย.ด.³
Nongyao Kasatpibal, Ph.D. (Epidemiology)² Nongkran Viseskul, Ph.D. (Nursing)³

Received: February 26, 2023	Revised: May 1, 2023	Accepted: May 2, 2023
-----------------------------	----------------------	-----------------------

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 456 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 มีค่าความเชื่อมั่น .76 แบบสอบถามทัศนคติต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 มีค่าความเชื่อมั่น .78 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติการป้องกัน

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 456 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 มีค่าความเชื่อมั่น .76 แบบสอบถามทัศนคติต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 มีค่าความเชื่อมั่น .78 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติการป้องกัน

* วิทยาลัยพยาบาลสุทธบัณณัติ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ มหบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master, Program in Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: wasinee_thiwannalak@cmu.ac.th

² ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² 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

โรคโควิด-19 มีความเชื่อมั่น .92 แบบสอบถามแรงจูงใจต่อการปฏิบัติกำป้องกันโรคโควิด-19 มีความเชื่อมั่น .87 และแบบสอบถามการปฏิบัติกำป้องกันโรคโควิด-19 มีความเชื่อมั่น .84 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2564 ถึงเดือนพฤษภาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการปฏิบัติกำป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 92.54 ทักษะคิดต่อการปฏิบัติกำป้องกันโรคโควิด-19 การสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติกำป้องกันโรคโควิด-19 และแรงจูงใจต่อการปฏิบัติกำป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกำป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .280, p < .001$; $r_s = .394, p < .001$ และ $r_s = .380, p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรส่งเสริมทักษะคิดต่อการปฏิบัติกำป้องกันโรคโควิด-19 กำหนดนโยบายสนับสนุนการปฏิบัติกำป้องกันโรคโควิด-19 อย่างเป็นรูปธรรม และเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการปฏิบัติกำป้องกันโรคโควิด-19 เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการปฏิบัติกำป้องกันโรคโควิด-19 ที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความรู้ ทักษะคิด การสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจ การปฏิบัติกำป้องกันโรคโควิด-19

Abstract

This descriptive correlational research aimed to study the relationships among personal factors, predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors with COVID-19 prevention practices of village health volunteers (VHVs). The participants consisted of 456 VHVs in Chiang Mai Province. The research instruments included the personal factors questionnaire, the knowledge regarding COVID-19 prevention practices scale with reliability of .76, the attitude towards COVID-19 prevention practices questionnaire with reliability of .78, the social support for COVID-19 prevention practices questionnaire with reliability of .92, the motivation for COVID-19 prevention practices questionnaire with reliability of .87, and the COVID-19 prevention practices questionnaire with reliability of .84. Data were collected from September, 2021 to May, 2022. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, median, and Spearman rank correlation.

The research results revealed that 92.54% of VHVs had a high level of COVID-19 prevention practices. Attitude towards COVID-19 prevention practices, social support for COVID-19 prevention practices, and motivation for COVID-19 prevention practices were positively statistically significantly related to COVID-19 prevention practices of VHVs

($r_s = .280, p < .001$; $r_s = .394, p < .001$, and $r_s = .380, p < .001$, respectively).

This research suggests that health care providers should promote attitude towards COVID-19 prevention practices, establish concrete policies regarding COVID-19 prevention practices as well as enhance motivation for COVID-19 prevention practices. This will help VHVs achieve the effective COVID-19 prevention practices.

Keywords: Village health volunteers, Knowledge, Attitude, Social support, Motivation, COVID-19 prevention practices

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีการระบาดครั้งแรกที่นครอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน เกิดจากเชื้อไวรัส Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ที่สามารถแพร่กระจายผ่านทางละอองฝอย น้ำมูก น้ำลาย โดยการไอ จาม รวมถึงการสัมผัสสิ่งของที่ปนเปื้อนเชื้อของผู้ป่วย จากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นจำนวนมาก (Centers for Disease Control and Prevention, 2021) ซึ่งข้อมูลนับตั้งแต่วันที่ 31 ธันวาคม 2562 ถึง 16 มิถุนายน 2565 พบผู้ป่วยโรคโควิด-19 ทั่วโลก จำนวน 537.20 ล้านราย และผู้เสียชีวิตจำนวน 6.30 ล้านราย (Johns Hopkins University, 2022) สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคโควิด-19 จำนวน 4.40 ล้านราย และผู้เสียชีวิตจำนวน 30,403 ราย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

จากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ส่งผลกระทบในด้านต่างๆ อย่างกว้างขวางและรุนแรงในเกือบทุกประเทศทั่วโลก ดังนั้น การคัดกรอง เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง สำหรับประเทศไทย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแนวทางในการดำเนินการเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19

และกำหนดมาตรการป้องกันและลดความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เข้าสู่หมู่บ้าน/ชุมชน เนื่องจากการสั่งปิดสถานที่ก่อสร้าง สถานประกอบการ และโรงงานในพื้นที่ต่างๆ ทำให้มีประชาชนบางส่วนเดินทางเคลื่อนย้ายไปยังพื้นที่ต่างๆ และกลับภูมิลำเนามากขึ้น ประกอบกับผู้ป่วยโรคโควิด-19 บางรายไม่แสดงอาการ ทำให้เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อเข้าสู่ชุมชนได้ง่าย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการคัดกรอง เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำหน้าที่ในการดำเนินการเฝ้าระวังและคัดกรองคนในหมู่บ้าน/ชุมชนที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

จากมาตรการป้องกันและลดความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เข้าสู่หมู่บ้าน/ชุมชน อสม. จึงมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลประชาชนในพื้นที่ และเป็นกำลังหลักในการดำเนินการเฝ้าระวัง คัดกรอง และค้นหาคนในหมู่บ้าน/ชุมชนที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยมีเครือข่ายของ อสม. จำนวน 1,093,361 คน ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดย อสม. 1 คน มีหน้าที่ดูแลประชาชนจำนวน 10-15 หลังคาเรือน จึงถือเป็นตัวแทนประชาชนที่มีความเสียสละและจิตอาสาในการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และ

ชุมชน จนได้รับการยอมรับจากสังคม และกลายเป็น
ทุนทางสังคมที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพ นอกจากนี้
อสม. ยังเปรียบเสมือนสะพานเชื่อมต่อสำคัญที่คอย
เชื่อมโยงนโยบายหรือมาตรการต่างๆ จากส่วนกลาง
ไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ที่รับผิดชอบได้อย่างเป็นรูปธรรม
รวมถึง อสม. เป็นบุคลากรสาธารณสุขด่านหน้าที่มี
ความใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน และประชาชน
ให้ความเชื่อถือและไว้วางใจในเรื่องการดูแลสุขภาพ
ขั้นพื้นฐาน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง
สาธารณสุข, 2554; วิทยา ชินบุตร และณภัทร ภักดีศรีวิชัย,
2564) สำหรับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19
ของ อสม. นั้น มีการปฏิบัติที่สำคัญ คือ การเตรียม
ความพร้อมของ อสม. การสำรวจและคัดกรองประชาชน
อสม. เกาะประตูบ้านด้านโควิด-19 การประสานและ
ส่งต่อกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การเยี่ยมและติดตาม
เฝ้าระวัง และการรายงานผลการปฏิบัติงาน (กระทรวง
สาธารณสุข, 2564)

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติ
การป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. พบว่า การปฏิบัติ
การควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของ อสม. ในภาพรวม
อยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ
พฤติกรรมป้องกันตนเอง (กิตติพร เนาว์สุวรรณ,
นภชา สิงห์วีรธรรม, นวรัตน์ ไวมภู, และกชกร ฉายากุล,
2563) สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ วงษ์ (2564)
ที่พบว่า การปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม.
ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านที่มีคะแนน
เฉลี่ยสูงสุด คือ การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า
ในขณะที่อยู่ในสถาน จะเห็นได้ว่า การปฏิบัติการป้องกัน
โรคโควิด-19 ของ อสม. อยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจาก
รัฐบาลได้เล็งเห็นถึงศักยภาพและการเป็นจิตอาสาของ
อสม. ว่าเป็นแนวร่วมสนับสนุนกระทรวงสาธารณสุข
ในการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกัน คัดกรองภาวะ
สุขภาพของประชาชนในชุมชน ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2564
รัฐบาลจึงมีนโยบายเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกัน
ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยการส่งเสริมศักยภาพ

ของ อสม. ให้สามารถทำหน้าที่เป็นจุดสกัดกั้นปัญหา
สุขภาพของประชาชนในชุมชน และสามารถดำเนินการ
เฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 คู่ขนาน
ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ
(กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) จาก
นโยบายดังกล่าวส่งผลให้ อสม. ได้รับการพัฒนาความรู้
ความสามารถ และประสบการณ์อย่างต่อเนื่อง จึงทำให้
อสม. มีการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ดีและ
มีประสิทธิภาพ

การปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ดีและมี
ประสิทธิภาพ ถือเป็นการกระทำของบุคคลที่ส่งผลดีต่อ
สุขภาพ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติถือเป็นวิธีหนึ่ง
ที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมความรุนแรง
ของโรค เนื่องจากการกระทำที่มุ่งหวังเพื่อที่จะป้องกัน
การเจ็บป่วยหรือการเป็นโรค (ปรารธนา วัชรานุรักษ์
และอัจฉรา กลับลาย, 2560) โดยการที่จะมีการปฏิบัติ
ที่ดีและมีประสิทธิภาพนั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลาย
ประการตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model
ของ Green and Kreuter (2005) ที่กล่าวว่า การกระทำ
หรือการปฏิบัติของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย
(multiple factors) และการที่จะทำให้แต่ละบุคคลเกิด
การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติได้นั้น จะต้องมีการวิเคราะห์
ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการปฏิบัติก่อน แล้วจึงนำมา
วางแผนและกำหนดกลวิธีต่างๆ เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลง
การปฏิบัติต่อไป โดยการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็น
สาเหตุของการปฏิบัติ จัดอยู่ในระยะที่ 3 ของแนวคิด
PRECEDE-PROCEED Model ซึ่งได้อธิบายถึง
องค์ประกอบของการปฏิบัติของบุคคลว่าเกิดจากปัจจัย
ที่เป็นทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล แบ่งออก
เป็น 3 องค์ประกอบ คือ 1) ปัจจัยนำ (predisposing
factors) เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยพื้นฐาน
ที่เกิดจากการเรียนรู้ รวมทั้งประสบการณ์ของบุคคล
ทำให้เกิดการปฏิบัติ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล
ความรู้ และทัศนคติ 2) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors)
เป็นปัจจัยที่อาศัยอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งส่งผลให้

เกิดการปฏิบัติของบุคคลโดยตรง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และ 3) ปัจจัยเสริม (reinforcing factors) เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับจากบุคคลอื่น ที่นำไปสู่การปฏิบัติของบุคคลนั้น ได้แก่ แรงจูงใจ (นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ และ ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี, 2562; สุคนธา วัฒนพงษ์, จิตตารมณ์ จิตวีเชื้อ, และนงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, 2559)

จากข้อมูลข้างต้น การที่ อสม. จะมีการปฏิบัติที่ดีและมีประสิทธิภาพได้นั้น เกิดจากหลายปัจจัยตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ Green and Kreuter ในระยะที่ 3 ที่ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งที่ผ่านมาพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. โดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED Model มีค่อนข้างน้อย และผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. เพื่อนำผลที่ได้มาเป็นแนวทางในการบริหารจัดการ การพัฒนาศักยภาพ การส่งเสริมและสนับสนุน อสม. ให้สามารถปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับ การปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

และระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

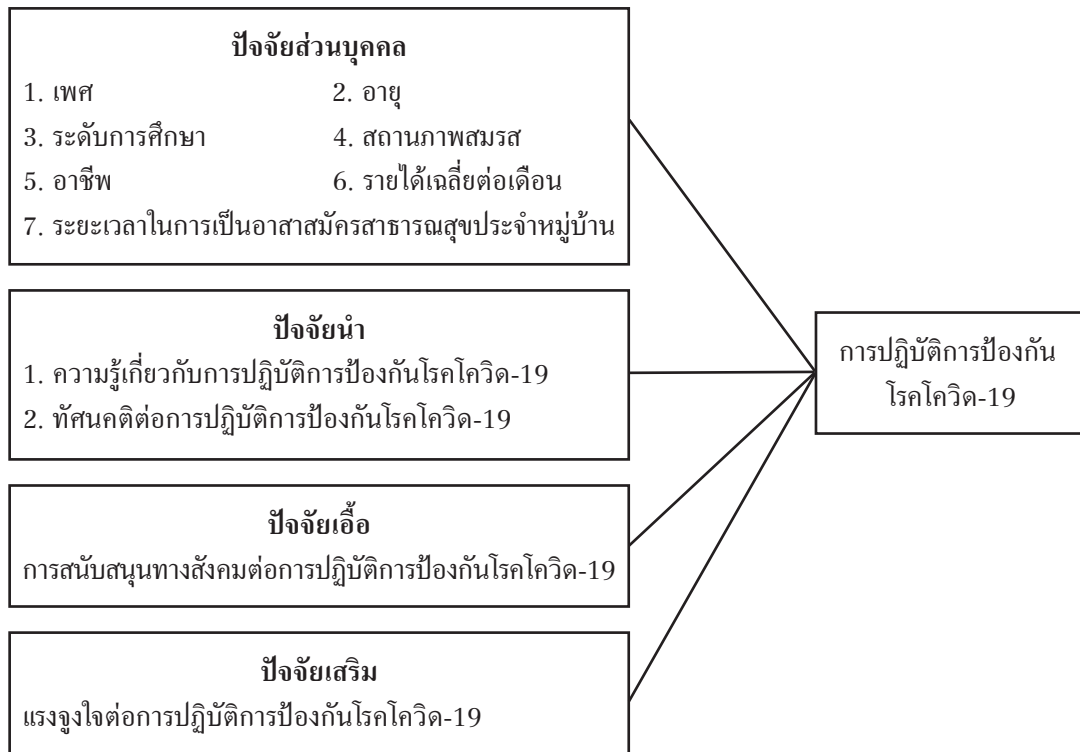
2. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 และทัศนคติต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4. ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงจูงใจต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ Green and Kreuter (2005) ในระยะที่ 3 ซึ่งเป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติของบุคคล ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล โดยการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่า ปัจจัยที่นำจะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 และทัศนคติต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 และปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงจูงใจต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ขึ้นทะเบียนในเขตจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 35,518 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ขึ้นทะเบียนในเขตอำเภอเมืองเชียงใหม่ อำเภอสันทราย และอำเภอหางดง 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan (1970) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 380 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามหรือแบบวัดไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 456 คน เลือกตำบล

ในแต่ละอำเภอด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก โดยอำเภอเมืองเชียงใหม่เลือก 5 ตำบล (จากจำนวน 15 ตำบล) อำเภอสันทรายเลือก 4 ตำบล (จากจำนวน 12 ตำบล) และอำเภอหางดงเลือก 4 ตำบล (จากจำนวน 11 ตำบล) รวมจำนวน 13 ตำบล จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลากตามสัดส่วนของประชากร

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ประกอบด้วย สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทย จำนวน 2 ข้อ ผลกระทบจากโรคโควิด-19 จำนวน 1 ข้อ ระบาดวิทยาของโรคโควิด-19 จำนวน 6 ข้อ อาการและอาการแสดงของโรคโควิด-19 จำนวน 1 ข้อ การแบ่งกลุ่มผู้สัมผัส จำนวน 3 ข้อ และวัคซีน ป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 2 ข้อ และส่วนที่ 2 ความรู้ เกี่ยวกับการปฏิบัติกาป้องกันโรคโควิด-19 ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมของ อสม. จำนวน 1 ข้อ การสำรวจและคัดกรองประชาชน จำนวน 1 ข้อ อสม. เคาะประตูบ้านด้านโควิด-19 จำนวน 10 ข้อ การประสานและส่งต่อกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 1 ข้อ การเยี่ยมและติดตามเฝ้าระวัง จำนวน 1 ข้อ และการรายงานผลการปฏิบัติงาน จำนวน 1 ข้อ รวมจำนวน 30 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่า ถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน ส่วน เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับต่ำ (0-18 คะแนน) ในระดับปานกลาง (19-24 คะแนน) และในระดับสูง (25-30 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมของ อสม. จำนวน 3 ข้อ การสำรวจ และคัดกรองประชาชน จำนวน 3 ข้อ อสม. เคาะประตู บ้านด้านโควิด-19 จำนวน 3 ข้อ การประสานและ ส่งต่อกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 2 ข้อ การเยี่ยม และติดตามเฝ้าระวัง จำนวน 2 ข้อ และการรายงาน ผลการปฏิบัติงาน จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผล คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีทัศนคติใน ระดับต่ำ (15-30 คะแนน) ในระดับปานกลาง (31-45

คะแนน) และในระดับสูง (46-60 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย การได้รับการฝึกอบรม จำนวน 1 ข้อ การนิเทศงานและติดตามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 2 ข้อ การได้รับงบประมาณ จำนวน 1 ข้อ การได้รับวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน จำนวน 2 ข้อ และการได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตร ประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เคยได้รับ บางครั้ง บ่อยครั้ง และเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผล คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการสนับสนุน ทางสังคมในระดับต่ำ (8-16 คะแนน) ในระดับปานกลาง (17-24 คะแนน) และในระดับสูง (25-32 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามแรงจูงใจต่อการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออก เป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยจูงใจ ประกอบด้วย ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน จำนวน 1 ข้อ การยอมรับ นับถือ จำนวน 2 ข้อ ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน จำนวน 1 ข้อ ลักษณะงาน จำนวน 1 ข้อ และความ รับผิดชอบ จำนวน 2 ข้อ และส่วนที่ 2 ปัจจัยก้ำจุน ประกอบด้วย เงินเดือนหรือค่าตอบแทน จำนวน 2 ข้อ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จำนวน 1 ข้อ สภาพ การทำงาน จำนวน 1 ข้อ นโยบายและการบริหารงาน จำนวน 1 ข้อ ความมั่นคงในงาน จำนวน 1 ข้อ และ การบังคับบัญชา จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผล คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีแรงจูงใจใน ระดับต่ำ (15-30 คะแนน) ในระดับปานกลาง (31-45 คะแนน) และในระดับสูง (46-60 คะแนน)

ชุดที่ 6 แบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกัน โรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมของ

อสม. จำนวน 8 ข้อ การสำรวจและคัดกรองประชาชน จำนวน 4 ข้อ อสม. เกาะประตูป้านด้านโควิด-19 จำนวน 6 ข้อ การประสานและส่งต่อกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 2 ข้อ การเยี่ยมและติดตามเฝ้าระวัง จำนวน 4 ข้อ และการรายงานผลการปฏิบัติงาน จำนวน 1 ข้อ รวมจำนวน 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการปฏิบัติในระดับต่ำ (0-25 คะแนน) ในระดับปานกลาง (26-50 คะแนน) และในระดับสูง (51-75 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติป้องกันโรคโควิด-19 แบบสอบถามทัศนคติต่อการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติป้องกันโรคโควิด-19 แบบสอบถามแรงจูงใจต่อการปฏิบัติป้องกันโรคโควิด-19 และแบบสอบถามการปฏิบัติป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล ด้านการควบคุมการติดเชื้อ (2 คน) อาจารย์พยาบาล ด้านเวชปฏิบัติชุมชน พยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติชุมชน และผู้เชี่ยวชาญ ด้านระบาดวิทยาโรคติดเชื้อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .98, .97, 1, .96 และ .97 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับ อสม. ในเขตตำบลบ้านปาง อำเภอดง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .76 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติ๑ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม๑ แบบสอบถามแรงจูงใจ๑ และแบบสอบถามการปฏิบัติ๑

ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .78, .92, .87 และ .84 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 124/2564 วันที่ 14 ธันวาคม 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากสาธารณสุขอำเภอเมืองเชียงใหม่ สาธารณสุขอำเภอสันทราย และสาธารณสุขอำเภอหางดง ประสานผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แต่ละแห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างครั้งละ 15-20 คน ที่บริเวณลานชั้น 1 ของ รพ.สต. แต่ละแห่ง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ มอบแบบสอบถามและแบบวัดให้กลุ่มตัวอย่างนำกลับไปตอบ โดยใช้เวลา 2 สัปดาห์ ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2564 ถึงเดือนพฤษภาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 ข้อมูลทัศนคติต่อการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติป้องกันโรคโควิด-19 ข้อมูลแรงจูงใจต่อการปฏิบัติป้องกันโรคโควิด-19 และข้อมูลการปฏิบัติป้องกันโรคโควิด-19 วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ และค่ามัธยฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัย

เสริม กับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 วิเคราะห์ ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูล มีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของ อสม. พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.97 มีอายุ อยู่ในช่วง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 64.91 โดยมีอายุ เฉลี่ย 55.23 ปี ($SD = 5.89$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.25 มีสถานภาพ สมรสอยู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.33 มีอาชีพรับจ้าง/ ลูกจ้าง/พนักงานเอกชน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.28 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.37 และมีระยะเวลาในการเป็น อสม. อยู่ในช่วง 11-15 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.87 โดยมีระยะเวลาในการเป็น อสม. เฉลี่ย 10.37 ปี ($SD = 4.87$)

2. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันโรค โควิด-19 ของ อสม. พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้ เกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.60 โดยมีค่าต่ำสุด-สูงสุด คือ 17-29 และค่ามัธยฐานเท่ากับ 23

3. ทักษะติดต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีทักษะติดต่อการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 93.42 โดยมีค่าต่ำสุด-สูงสุด คือ 42-60 และค่ามัธยฐาน เท่ากับ 53

4. การสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติการป้องกัน โรคโควิด-19 ของ อสม. พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มี การสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติการป้องกันโรค โควิด-19 ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 64.25 โดยมีค่า ต่ำสุด-สูงสุด คือ 13-32 และค่ามัธยฐานเท่ากับ 27

5. แรงจูงใจต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีแรงจูงใจต่อการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 69.10 โดยมีค่าต่ำสุด-สูงสุด คือ 37-60 และค่ามัธยฐาน เท่ากับ 48

6. การปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติการป้องกันโรค โควิด-19 โดยรวมในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 92.54 โดยมีค่าต่ำสุด-สูงสุด คือ 23-75 และค่ามัธยฐาน เท่ากับ 67.50 เมื่อจำแนกเป็นหมวดกิจกรรม พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับสูงทั้ง 6 หมวดกิจกรรม ได้แก่ การเตรียม ความพร้อมของ อสม. คิดเป็นร้อยละ 92.76 การสำรวจ และคัดกรองประชาชน คิดเป็นร้อยละ 89.25 อสม. เฝ้าระวังเคสบ้านด้านโควิด-19 คิดเป็นร้อยละ 74.10 การประสานและส่งต่อกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คิดเป็น ร้อยละ 72.59 การเยี่ยมและติดตามเฝ้าระวัง คิดเป็น ร้อยละ 72.37 และการรายงานผลการปฏิบัติงาน คิดเป็น ร้อยละ 65.57

7. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัย นำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการปฏิบัติการป้องกัน โรคโควิด-19 ของ อสม. พบว่า ทักษะติดต่อการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 การสนับสนุนทางสังคมต่อ การปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 และแรงจูงใจต่อ การปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .280, p < .001$; $r_s = .394, p < .001$ และ $r_s = .380, p < .001$ ตาม ลำดับ) ส่วนเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็น อสม. และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 456)

ปัจจัย	การปฏิบัติกำป้องกันโรคโควิด-19	
	r_s	p
เพศ	-.017	.724
อายุ	.050	.285
ระดับการศึกษา	.011	.818
สถานภาพสมรส	.029	.537
อาชีพ	.058	.213
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	.012	.802
ระยะเวลาในการเป็น อสม.	.060	.202
ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกำป้องกันโรคโควิด-19	.059	.208
ทัศนคติต่อการปฏิบัติกำป้องกันโรคโควิด-19	.280	< .001
การสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติกำป้องกันโรคโควิด-19	.394	< .001
แรงจูงใจต่อการปฏิบัติกำป้องกันโรคโควิด-19	.380	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวมในระดับสูง (ร้อยละ 92.54) ทั้งนี้อาจเนื่องจากตั้งแต่มีการระบาดของโรค โควิด-19 ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา อสม. ถือได้ว่าเป็นบุคลากรสาธารณสุขด่านหน้าที่มีบทบาท หน้าที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ในชุมชนโดยตรง ส่งผลให้ อสม. มีการสั่งสมความรู้และประสบการณ์ มาอย่างต่อเนื่องในการจัดการปัญหาการแพร่ระบาดของ โรคโควิด-19 จึงทำให้ อสม. มีการปฏิบัติกำป้องกัน โรคโควิด-19 ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชัย ศิริวรรณชัย (2564) ที่พบว่า อสม. มีการปฏิบัติ งานตามบทบาทในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวมในระดับสูง

ผลการวิจัยพบว่า ทัศนคติต่อการปฏิบัติกำป้องกัน

โรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ตามแนวคิด PRECEDE- PROCEED Model ของ Green and Kreuter (2005) ทัศนคติถือเป็นปัจจัยนำที่สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ บุคคลเกิดการปฏิบัติในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งทัศนคติ เป็นความเชื่อของบุคคล เมื่อบุคคลมีทัศนคติทางบวก จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีการปฏิบัติที่เป็นทางบวกตามมา ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเมธิ สุทธิศิลป์, เนตรนภา สาสังข์, และทัศพร ชูศักดิ์ (2560) ที่พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการมี ส่วนร่วมในการจัดการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตาม แนวชายแดนของ อสม.

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมต่อ การปฏิบัติกำป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการปฏิบัติกำป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของ อสม. ได้แก่ การฝึกอบรม การนิเทศงานและติดตามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ขบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน และข้อมูลข่าวสาร ล้วนเป็นปัจจัยเอื้อตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ Green and Kreuter (2005) ในระยะที่ 3 โดยการสนับสนุนทางสังคมถือเป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการปฏิบัติของบุคคล และเป็นสิ่งที่ช่วยเกื้อกูลให้เกิดการปฏิบัติที่พึงประสงค์ได้ง่ายยิ่งขึ้น ดังนั้น การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จะช่วยให้ อสม. มีการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างเต็มความสามารถ มีความคล่องตัว ทนต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอานูรี วังกะฮาด (2557) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการคัดกรองและลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน

ผลการวิจัยพบว่า แรงจูงใจต่อการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า แรงจูงใจเป็นความต้องการ ความปรารถนาที่จะปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้ประสบความสำเร็จ (บุญชัย ชีระกาญจน์, 2559) โดยแรงจูงใจ ถือเป็นปัจจัยเสริมที่สำคัญตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ Green and Kreuter (2005) ในระยะที่ 3 ซึ่งแรงจูงใจเป็นสิ่งที่ช่วยผลักดันบุคคลให้มีความตั้งใจ ความพยายาม และความกระตือรือร้นในการทำงานเพิ่มขึ้น ดังนั้น การที่บุคคลมีแรงจูงใจ ในการปฏิบัติที่มาก จะช่วยขับเคลื่อนให้บุคคลนั้นเกิด การปฏิบัติที่มากขึ้นตามมา (กมลพร กัลยาณมิตร, 2559) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา ของวิชัย ศิริวรรณจันชัย (2564) ที่พบว่า แรงจูงใจมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาท ของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาในการเป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. ทั้งนี้เนื่องจาก การปฏิบัติ การป้องกันโรค ในชุมชนของ อสม. เกิดจากความตั้งใจ ความเสียสละ และการมีจิตอาสา ที่จะเข้ามาเป็นตัวกลางในการให้ ความรู้ความเข้าใจและช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุข แก่ประชาชนในชุมชน (สัททยา ถึงรัตน์, 2556) รวมถึง การให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ อสม. ทุกคนจะต้องปฏิบัติ จึงทำให้ปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าว ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา ของอดิเทพ จินดา (2560) ที่พบว่า เพศ อายุ ระดับ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาในการเป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับ การปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ของ อสม.

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. ทั้งนี้อธิบายได้จากแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ Green and Kreuter (2005) ในระยะที่ 3 ที่กล่าวว่า ความรู้ไม่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติ แต่อาจมีผลโดยอ้อม โดยส่งผ่านตัวแปรอื่น เช่น ทักษะ การสนับสนุนทาง สังคม แรงจูงใจ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับ การศึกษาของสุภาภรณ์ วงษ์ (2564) ที่พบว่า ความรู้ เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม.

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการส่งเสริมทัศนคติ ต่อการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 ให้แก่ อสม. กำหนดนโยบายสนับสนุนการปฏิบัติ การป้องกันโรค

โควิด-19 อย่างเป็นรูปธรรม เช่น การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน และการเดินทาง รวมทั้งควรเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ให้แก่ อสม. เช่น การยกย่องชมเชย การให้กำลังใจ เพื่อให้ อสม. มีการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. เพื่อนำผลที่ได้ไปพัฒนาการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษากิจการปฏิบัติการป้องกันโรคอื่น ๆ ของ อสม. เช่น โรคไข้เลือดออก โรคไทรอยด์ เพื่อนำผลที่ได้ไปวางแผนส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันโรคของ อสม. ให้แก่ประชาชนในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

กมลพร กัลยาณมิตร. (2559). แรงจูงใจ 2 ปัจจัย พลังสู่ความสำเร็จ. *วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 6(3), 175–183.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *ประกาศกรมควบคุมโรค เรื่อง นโยบายการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1569120201118083729.pdf>

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 อัปเดตรายวัน*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/index.php?dashboard=main>

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *คู่มือ อสม. ยุคใหม่*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. สืบค้นจาก http://phcs.hss.moph.go.th/fileupload_doc/2021-08-24-12-21-3711613.pdf

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *การปฏิบัติงานในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในด้านชุมชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น*. สืบค้นจาก http://www.dla.go.th/upload/document/type2/2021/7/25803_2_1627357816247.pdf

กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *การเฝ้าระวังป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 “หลังสงกรานต์ คนอยู่บ้านต้องปลอดภัย และเชิญชวนคนไทยฉีดวัคซีนช่วยชาติ”*. สืบค้นจาก https://www.nko.moph.go.th/main_new/upload_files/news/2021-04-28_202104271511-1.pdf

กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกชา สิงห์วีระธรรม, นวรัตน์ ไชยมงกุฏ, และกษกร ฉายากุล. (2563). ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 12(3), 195–212.

นรลักษณ์ เอื้อกิจ, และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. (2562). การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 12(1), 38–48.

บุญชัย ธีระกาญจน์. (2559). บทบาทนักจัดการสุขภาพชุมชนที่คาดหวังและบทบาทที่เป็นจริงของอาสาสมัครสาธารณสุข ตามการประเมินตนเอง และโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดพิจิตร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 25(1), 22–30.

- ปรารถนา วัชรานุรักษ์, และอัจฉรา กลับกลาย. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 217–233.
- เมธี สุทธศิลป์, เนตรนภา สาสังข์, และศุภพร ชูศักดิ์. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(1), 83–93.
- วิชัย ศิริวรรณชัย. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน. *มหาวิทยาลัยศรีธรรมราชเวชสาร*, 4(2), 63–75.
- วิทยา ชินบุตร, และนภัทร ภักดีศรีวิชัย. (2564). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามนโยบายรัฐบาลอำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 6(2), 304–318.
- สหทัย ถึงรัตน์. (2556). การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตเทศบาลเมืองอ่างศิลา อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี. สืบค้นจาก http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/54930538.pdf
- สุคนธา วัฒนพงษ์, จิตตาภรณ์ จิตริเชื้อ, และนงเยาว์ เกษตร์ภิบาล. (2559). ผลของหลายกลยุทธ์ต่อการปฏิบัติการป้องกันและปฏิบัติการจัดการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของพยาบาลห้องคลอด. *พยาบาลสาร*, 43(2), 57–67.
- สุภาภรณ์ วงธิ. (2564). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อดิเทพ จินดา. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพังงา. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 31(3), 555–568.
- อานูรี วังคะฮาด. (2557). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองและลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน จังหวัดมุกดาหาร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *COVID-19 Overview and infection prevention and control priorities in non-U.S. healthcare settings*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/non-us-settings/overview/index.html>
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Johns Hopkins University. (2022). *Mortality in the most affected countries*. Retrieved from <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality?>
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610. doi:10.1177/001316447003000308

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อทักษะและความตั้งใจ ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น

A Development of Promoting Mother's Self-management Breastfeeding Program on Breastfeeding Skills and Intention Exclusive Breastfeeding among Postpartum Adolescent Mothers

จารุวรรณ ท่าม่วง, พย.ม. (การผดุงครรภ์)¹

Charuwan Tarmong, M.N.S. (Midwifery)¹

อรวรรณ ดวงใจ, M.Sc. (Special in Nursing)²

รุ่งนภา เขียวชะอำ, Ph.D. (Nursing)³

Orawan Duangchai, M.Sc. (Special in Nursing)²

Rungnapha Khiewchaum, Ph.D. (Nursing)³

นวพร มามาก, พย.ม. (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด)⁴

Navaporn Mamark, M.N.S. (Maternal and Newborn Nursing)⁴

Received: February 13, 2023

Revised: June 13, 2023

Accepted: June 13, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระยะที่ 3 ทดสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ระยะที่ 4 ปรับปรุงโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง และระยะที่ 5 ประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง กับมารดาวัยรุ่นในหอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี จำนวน 40 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ

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: orawan@pnc.ac.th

⁴ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

⁴ Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

20 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามสถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คู่มือวิธีการจัดการตนเอง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีค่าความเชื่อมั่น .85 และแบบวัดความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2565 ถึงเดือนมกราคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Wilcoxon signed-rank test, Mann-Whitney U test และวิธีการสรุปประเด็น

ผลการวิจัยพบว่า 1) โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประกอบด้วยกิจกรรมในระยะตั้งครรรภ์ และกิจกรรมในระยะหลังคลอด 2) หลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.923, p < .001$ และ $Z = -3.753, p < .001$ ตามลำดับ) และ 3) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.248, p < .01$ และ $Z = -2.576, p < .05$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไปใช้ในการพยาบาลมารดาวัยรุ่น เพื่อให้มารดาวัยรุ่นมีทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ถูกต้องและต่อเนื่อง
คำสำคัญ: การจัดการตนเอง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะ ความตั้งใจ มารดาวัยรุ่น

Abstract

This research and development aimed to develop and study the effect of a promoting mother's self-management breastfeeding program. There were five phases of research, including: 1) investigating the breastfeeding situation; 2) developing a promoting mother's self-management breastfeeding program; 3) testing the feasibility of the program; 4) improving the program; and 5) evaluating the program with 40 postpartum adolescent mothers at obstetric wards of Phrapokklao Hospital, Chanthaburi Province, who were equally divided into an experimental group ($n = 20$) and a control group ($n = 20$). The research instruments consisted of a breastfeeding situation questionnaire, a promoting mother's self-management breastfeeding program, a self-management breastfeeding handbook, a personal information questionnaire, a breastfeeding skills assessment form with reliability of .85, and an intention exclusive breastfeeding questionnaire. The implementation and data collection were conducted from February, 2022 to January, 2023. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Wilcoxon signed-rank test, Mann-Whitney U test, and summation method.

The research results revealed that 1) the promoting mother's self-management breastfeeding program consisted of the activities in antenatal phase and the activities in postpartum phase; 2) after implementing the program, the experimental group had statistically significantly higher mean scores of breastfeeding skills and intention exclusive breastfeeding than those of before implementing the program ($Z = -3.923, p < .001$ and $Z = -3.753, p < .001$, respectively); and 3) after the experiment, the experimental group had statistically significantly higher mean scores of breastfeeding skills and intention exclusive breastfeeding than those of the control group ($Z = -3.248, p < .01$ and $Z = -2.576, p < .05$, respectively).

This research suggests that nurses should adopt this promoting mother's self-management breastfeeding program to care for postpartum adolescent mothers. This will help postpartum adolescent mothers increase their breastfeeding skills and intention exclusive breastfeeding to result in correct and continuous breastfeeding.

Keywords: Self-management, Breastfeeding, Skills, Intention, Postpartum adolescent mothers

ความจำเป็นและความสำคัญของปัญหา

น้ำนมแม่เป็นอาหารที่มีประโยชน์และดีที่สุดสำหรับทารก ช่วยให้ทารกเจริญเติบโตแข็งแรง มีสติปัญญาที่ดี สร้างภูมิคุ้มกัน และลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ มีส่วนช่วยฟื้นฟูร่างกายของมารดาให้กลับคืนสภาพได้เร็ว (อรรพรรณ ดวงใจ และกุศล สมบุญมา, 2559) ส่งเสริมการแสดงออกในบทบาทการเป็นมารดา สร้างความรักความผูกพันระหว่างแม่ลูกมากขึ้น (เจตินภา แสงสว่าง และปาริชาติ ชูประดิษฐ์, 2564) อีกทั้งยังสะดวก สบาย ปลอดภัย ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว (สุธีรา เอื้อไพโรจน์กิจ, 2557) องค์การอนามัยโลกแนะนำให้มารดาทุกคนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน จากนั้นจึงเริ่มให้อาหารตามวัยควบคู่กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนลูกอายุ 2 ปีหรือมากกว่า (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559) สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขมีแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 กำหนดเป้าหมายให้มารดาไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 เลี้ยงลูกด้วย

นมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ, 2554) แต่พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน มีเพียงร้อยละ 14 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์มาก (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) โดยเฉพาะในกลุ่มมารดาวัยรุ่น จากการศึกษาพบว่า มารดาวัยรุ่นมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จ 6 เดือน น้อยกว่ามารดาวัยอื่น (เจนีวา ทะวา, 2561; Apostolakis-Kyrus, Valentine, & DeFranco, 2013) และแนวโน้มการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังคงต่ำ ทั้งการเริ่มให้นมแม่และระยะเวลาในการให้นมแม่ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559) เนื่องจากมารดาวัยรุ่นมีข้อจำกัดด้านความสามารถในการเผชิญกับการปรับตัวทั้งการเป็นวัยรุ่นและบทบาทการเป็นมารดา มารดาวัยรุ่นจึงเป็นกลุ่มสำคัญที่ควรได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านมารดา ด้านลูก ด้านบุคลากรสาธารณสุข และด้านการสนับสนุนทางสังคม

(กรณีการ วิจิตรสุคนธ์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒนา, สุพินดา เรืองจิรัชเชียร, และสุดาภรณ์ พัยคมเรือง, 2555) รวมถึงทัศนคติและการเข้าถึงข้อมูลของมารดา (ลินี กะราลัย, อัมพร เนียมกุลกรักษ์, สาวิกา ไชบริสุทธิกุล, และรัชนิกร พัยคมะโส, 2564) จากการศึกษาพบว่า ความตั้งใจของมารดาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมาก สามารถช่วยให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วง 6 เดือนแรกหลังคลอด (ชุดาณัฐ ขุนเพชร และ ศศิกานต์ กาละ, 2562; นิอร ละอองแก้ว, สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ, และศศิกานต์ กาละ, 2557; อารีรัตน์ วิเชียรประภา, ขนิษฐา เมฆกมล, กรณีการ แซ่ตั้ง, เกษณี พรหมอินทร์, และสมลักษณ์ ศรีวิชัย, 2561) อีกทั้งความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มายังสามารถทำนายพฤติกรรมและระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาไว้ได้ ทั้งนี้ หากมารดาไว้ใจมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก็จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ดีและเพิ่มระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ทิพาพรรณ สมจิตร, นวกรณ์ ดอกชะบา, มัทนา พรหมรักษา, และทัศนวิวรรณ กรุงแสนเมือง, 2564) ปัจจัยด้านมารดาจึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ สามารถส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น หากมารดาไว้ใจได้รับรู้ประโยชน์และได้ฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและพยาบาล ตลอดจนได้เห็นตัวแบบความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาไว้ใจมีโอกาสประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น (ชุดาณัฐ ขุนเพชร และศศิกานต์ กาละ, 2562)

การศึกษาที่ผ่านมามีการนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองมาใช้ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมีการจัดกระทำในระยะที่มารดาจำหน่ายจากโรงพยาบาลจนถึงระยะกลับบ้าน (อารีรัตน์ วิเชียรประภา และคณะ, 2561) แต่ยังไม่พบการศึกษาที่ชัดเจนเกี่ยวกับการสนับสนุนการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่ที่ครอบคลุมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด การที่จะช่วยให้มารดาไว้ใจมีการเตรียมความพร้อมและจัดการตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอดนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาไว้ใจ เพื่อให้ได้โปรแกรมที่ตรงกับปัญหาและความต้องการการสนับสนุนของมารดาไว้ใจ ซึ่งคาดว่าจะทำให้มารดาไว้ใจเกิดทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อันนำไปสู่การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องและประสบความสำเร็จเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาไว้ใจ
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาไว้ใจ
3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ต่อทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของมารดาไว้ใจ

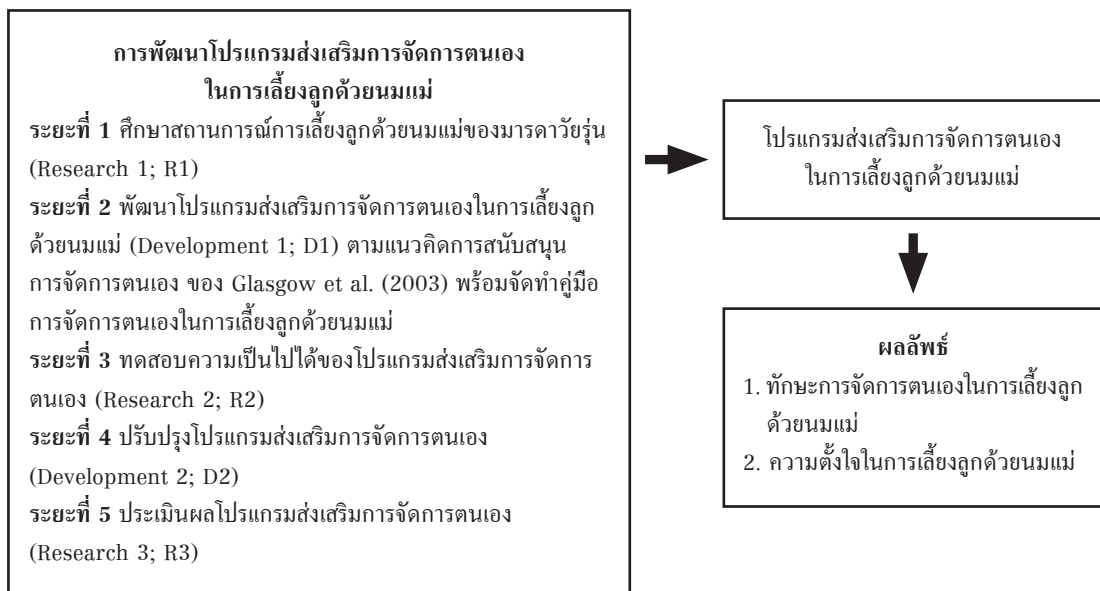
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง
2. กลุ่มทดลองหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิด การสนับสนุนการจัดการตนเอง ของ Glasgow, Davis, Funnell, and Beck (2003) ในการพัฒนาโปรแกรม ส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ มารดาวัยรุ่น โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจ การให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการติดตามช่วยเหลือในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ (มนัสชนกข์ กุลพานิชย์, บัณฑิต สุภวิทพัฒนา, และนงลักษณ์ เฉลิมสุข, 2562; สุสัณหา อัมมัย, สุนิสา ปัทมาภรณ์พงศ์, และอัมพิกา สุวรรณบุตร, 2564) รวมถึงการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรม การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Priscilla, Afiyanti, & Juliastuti, 2021) ซึ่งจะช่วยให่มารดาวัยรุ่นมีความมั่นใจ และตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ต่อเนื่อง

เพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น ประกอบด้วย กิจกรรมในระยะตั้งครรถ์ ได้แก่ 1) การสนทนากลุ่ม เสริมแรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ 2) การให้ ความรู้และฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และกิจกรรม ในระยะหลังคลอด ได้แก่ 1) การให้ความรู้และฝึกทักษะ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม 2) การตั้งเป้าหมายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ 3) การวางแผนการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ ซึ่งทำให่มารดาวัยรุ่นเกิดทักษะการจัดการตนเอง ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถแก้ไขปัญหาที่อาจ เกิดขึ้นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ และมีความตั้งใจ ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น สรุปเป็นกรอบแนวคิด ในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development [R & D]) ประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระยะที่ 3 ทดสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ระยะที่ 4 ปรับปรุงโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง และระยะที่ 5 ประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ประชากรเป็นมารดาวัยรุ่นในหอผู้ป่วยสูติกรรมชั้น 3 และหอผู้ป่วยสูติกรรมชั้น 4 โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม 2565 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 13–19 ปี 2) ตั้งครรภ์แรก 3) สื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ 4) มีโทรศัพท์มือถือและสามารถสื่อสารผ่านทางแอปพลิเคชันได้ 5) ไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6) ทารกแรกเกิดมีสุขภาพดีและพักอยู่กับมารดา และ 7) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน

ระยะที่ 3 ประชากรเป็นมารดาวัยรุ่นในหอผู้ป่วยสูติกรรมชั้น 4 โรงพยาบาลพระปกเกล้า ในเดือนกรกฎาคม 2565 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับในระยะที่ 1 เลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 คน

ระยะที่ 5 ประชากรเป็นมารดาวัยรุ่นในหอผู้ป่วยสูติกรรมชั้น 3 และหอผู้ป่วยสูติกรรมชั้น 4 โรงพยาบาลพระปกเกล้า ในช่วงเดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือนมกราคม 2566 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับในระยะที่ 1 ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามที่กำหนด 2) มีภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ และ 3) ขอลถอนตัว

จากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.2 โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดเล็ก เท่ากับ .25 (Cohen, 1988) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 14 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 28 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 40 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 20 คน รวมจำนวน 40 คน จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับสลาก

เครื่องมือการวิจัย

ระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามสถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

ระยะที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในการศึกษา ระยะที่ 2 ประกอบด้วยกิจกรรมในระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ 1) การสนทนากลุ่มเสริมแรงจิตใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ 2) การให้ความรู้และฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และกิจกรรมในระยะหลังคลอด ได้แก่ 1) การให้ความรู้และฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม 2) การตั้งเป้าหมายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ 3) การวางแผนการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2. คู่มือการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เนื้อหาประกอบด้วยทักษะสำคัญในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการวางแผนการจัดการตนเองเมื่อเกิดปัญหา/อุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3. แบบประเมินทักษะการจัดการตนเอง

ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ มีการปฏิบัตินานๆ ครั้ง มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง และมีการปฏิบัติเป็นประจำ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-36 คะแนน

ระยะที่ 5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในการศึกษาระยะที่ 2 และปรับปรุงในการศึกษาระยะที่ 4 ประกอบด้วยกิจกรรมในระยะตั้งครรภ์ และกิจกรรมในระยะหลังคลอด เช่นเดียวกับในระยะที่ 3

2. คู่มือการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในการศึกษาระยะที่ 2 และปรับปรุงในการศึกษาระยะที่ 4 มีส่วนประกอบเช่นเดียวกับในระยะที่ 3

3. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่น ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน ลักษณะครอบครัว การคุมกำเนิด ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนของมารดาขณะอยู่โรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนของทารกขณะอยู่โรงพยาบาล ภาวะความผิดปกติของหัวนมเต้านม และบุคคลในครอบครัวที่ช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

4. แบบประเมินทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น ดังรายละเอียดในระยะที่ 3

5. แบบวัดความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นข้อคำถามที่ให้ผู้ตอบระบุตัวเลขที่แสดงถึงระยะเวลาที่ตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (หน่วยเป็นเดือน) จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้

ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และคู่มือการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ (2 คน) และพยาบาลด้านสูติกรรมที่มีประสบการณ์เฉพาะทางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (1 คน) และนำแบบสอบถามสถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น แบบประเมินทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น และแบบวัดความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน (ชุดเดิม ยกเว้นอาจารย์พยาบาล 1 คน) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1, .84 และ 1 ตามลำดับ และได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ในช่วง .67-1.00 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบประเมินทักษะการจัดการตนเองฯ ไปทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นในหอผู้ป่วยสูติกรรมชั้น 3 และหอผู้ป่วยสูติกรรมชั้น 4 โรงพยาบาลพระปกเกล้า ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวนหอผู้ป่วยละ 25 คน รวมจำนวน 50 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 004/65 วันที่ 20 มกราคม 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (R1) ดำเนินการในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมีนาคม 2565 ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น โดยพบ กลุ่มตัวอย่าง ($n = 50$) เป็นรายบุคคล แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจง การพิทักษ์สิทธิ ทำการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น โดยใช้เวลา 10-15 นาที

ระยะที่ 2 (D1) ดำเนินการในช่วงเดือนเมษายน ถึงเดือนพฤษภาคม 2565 ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรม ส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตามแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง ของ Glasgow et al. (2003) จากผลการศึกษาในระยะที่ 1 ประกอบด้วยกิจกรรมในระยะตั้งครภ์ ได้แก่ 1) การ สนทนากลุ่มเสริมแรงจิตใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ 2) การให้ความรู้และฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ และกิจกรรมในระยะหลังคลอด ได้แก่ 1) การให้ ความรู้และฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยให้ ครอบครัวยมีส่วนร่วม 2) การตั้งเป้าหมายการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ และ 3) การวางแผนการจัดการตนเอง ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พร้อมจัดทำคู่มือการจัดการ ตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากนั้นผู้วิจัยนำ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองฯ และคู่มือการจัดการ ตนเองฯ ที่จัดทำขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน (ดังรายละเอียดในส่วนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ดำเนินการปรับปรุง ตามคำแนะนำ จนได้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง และคู่มือการจัดการตนเองที่สมบูรณ์ขึ้น

ระยะที่ 3 (R2) ดำเนินการในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกรกฎาคม 2565 ผู้วิจัยทดสอบความเป็นไปได้ ของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ พร้อมคู่มือการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ กับมารดาวัยรุ่นจำนวน 2 คน โดยดำเนินการ ดังนี้

3.1 ระยะตั้งครภ์ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง

เป็นรายบุคคล แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จัดกิจกรรมการสนทนากลุ่มเสริมแรงจิตใจในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ และกิจกรรมการให้ความรู้และฝึกทักษะ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3.2 ระยะหลังคลอด ผู้วิจัยจัดกิจกรรม การให้ความรู้และฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม กิจกรรมการตั้งเป้าหมาย การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และกิจกรรมการวางแผน การจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากนั้น ประเมินทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ หลังการทดลองใช้โปรแกรม โดยใช้เวลา ประมาณ 10 นาที

ระยะที่ 4 (D2) ดำเนินการในเดือนสิงหาคม 2565 ผู้วิจัยปรับปรุงโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยปรับกิจกรรมการสนทนา กลุ่มเสริมแรงจิตใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้เป็น รูปแบบออนไลน์ และปรับคู่มือให้มีเนื้อหาที่กระชับ อ่านเข้าใจง่ายขึ้น

ระยะที่ 5 (R3) ดำเนินการในช่วงเดือนกันยายน 2565 ถึงเดือนมกราคม 2566 ประเมินผลโปรแกรม ส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กับมารดาวัยรุ่นจำนวน 40 คน โดยดำเนินการดังนี้

5.1 ระยะตั้งครภ์ ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล แนะนำตัว ดำเนินการ พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์ สิทธิ ประเมินทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที จากนั้นพบกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล จัดกิจกรรม การสนทนากลุ่มเสริมแรงจิตใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในรูปแบบออนไลน์ และกิจกรรมการให้ความรู้และ ฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่วนกลุ่มควบคุม ให้ได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ รูปแบบการส่งเสริม การพยาบาลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่หญิง

ตั้งครรภ์ โรงพยาบาลพระปกเกล้า ประกอบด้วย การให้ความรู้และแจกเอกสารความรู้รายบุคคล

5.2 ระยะหลังคลอด ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล จัดกิจกรรมการให้ความรู้และฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม กิจกรรมการตั้งเป้าหมายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และกิจกรรมการวางแผนการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ รูปแบบการส่งเสริมการพยาบาลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่มารดาหลังคลอด โรงพยาบาลพระปกเกล้า ประกอบด้วย การให้ความรู้ การสาธิตและสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยจะฝึกทักษะต่าง ๆ ในช่วงเวลาที่อยู่โรงพยาบาล 2-3 วันเท่านั้น จากนั้นผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล ประเมินทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

หมายเหตุ: หลังสิ้นสุดการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มควบคุม เพื่อมอบคู่มือการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลสถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวิจัย วิเคราะห์โดยใช้วิธีการสรุปประเด็น และสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลความเป็นไปได้ของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบทักษะการจัดการตนเองใน

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวิจัย ($n = 50$) พบว่า มารดาวิจัยส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีและต้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานอย่างน้อย 6 เดือน เนื่องจากต้องการให้ลูกได้รับประโยชน์จากนมแม่ ซึ่งจะส่งผลให้มีร่างกายแข็งแรงและสุขภาพดี ในขณะเดียวกัน มารดาวิจัยบางส่วนยังไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง เกิดความลังเล ไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ เนื่องจากมารดาวิจัยทราบวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกต้องเพียงบางส่วน ขาดความมั่นใจเมื่อต้องนำไปปฏิบัติจริง อีกทั้งมารดาวิจัยต้องการความรู้ความเข้าใจและทักษะปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 5 เรื่องตามลำดับ ได้แก่ การป้องกันและแก้ไขปัญหาเบื้องต้นเกี่ยวกับหัวนมเต้านมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คิดเป็นร้อยละ 85.50 การเตรียมหัวนมเต้านมขณะตั้งครรภ์สำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คิดเป็นร้อยละ 62.55 การจัดทำอุ้มในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คิดเป็นร้อยละ 60.25 การบีบเก็บน้ำนม คิดเป็นร้อยละ 52 และการเลือกรับประทานอาหารบำรุงน้ำนมในขณะตั้งครรภ์จนกระทั่งหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 45.50 นอกจากนี้ มารดาวิจัยส่วนใหญ่ยังต้องการแหล่งข้อมูล/ช่องทางการติดต่อสื่อสาร ที่สามารถให้คำปรึกษา/ช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านแล้ว คิดเป็นร้อยละ 80 อีกทั้งยังต้องการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับมารดาวิจัยรุ่นพี่ที่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาแล้ว คิดเป็นร้อยละ 25

2. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า โปรแกรมส่งเสริม

การจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประกอบด้วย กิจกรรมในระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ 1) การสนทนากลุ่ม เสริมแรงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ 2) การให้ความรู้และฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และกิจกรรม ในระยะหลังคลอด ได้แก่ 1) การให้ความรู้และฝึกทักษะ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม 2) การตั้งเป้าหมายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ 3) การวางแผนการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ พร้อมคู่มือการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่

3. ผลการทดสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรม ส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า มารดาวัยรุ่น ($n = 2$) สามารถปฏิบัติทักษะ การจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ คิดเป็น ร้อยละ 100

4. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม พบว่า กลุ่มทดลอง ($n = 20$) มีอายุเฉลี่ย 17.75 ปี ($SD = 1.21$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวส. คิดเป็นร้อยละ 80 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 85 มีอาชีพเรียน หนังสือ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55 มีรายได้ต่อเดือน เฉลี่ย 11,470 บาท ($SD = 3,577.28$) มีลักษณะ ครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 55 ไม่มีการคุมกำเนิด คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ไม่ตั้งใจ ในการตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 95 มารดาทั้งหมด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่โรงพยาบาล คิดเป็น ร้อยละ 100 ทารกส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะ

อยู่โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 90 มารดาส่วนใหญ่ มีห้วงนมเต้านมปกติ คิดเป็นร้อยละ 90 และบุคคล ในครอบครัวที่ช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คือ มารดาของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 65 ส่วนกลุ่มควบคุม ($n = 20$) พบว่า มีอายุเฉลี่ย 18 ปี ($SD = .85$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวส. คิดเป็นร้อยละ 70 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 80 มีอาชีพเรียนหนังสือ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 12,950 บาท ($SD = 4,032.43$) ส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 70 ไม่มีการคุมกำเนิด คิดเป็นร้อยละ 70 ทั้งหมดไม่ตั้งใจในการตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 100 มารดาทั้งหมดไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100 ทารกส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ขณะอยู่โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 75 มารดาส่วนใหญ่ มีห้วงนมเต้านมปกติ คิดเป็นร้อยละ 80 และบุคคล ในครอบครัวที่ช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คือ มารดาของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 65

4.1 การเปรียบเทียบทักษะการจัดการตนเอง ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการใช้ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ พบว่า หลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการ ตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการ ตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และคะแนนเฉลี่ย ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่าก่อนการใช้ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองฯ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($Z = -3.923, p < .001$ และ $Z = -3.753, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (n = 20)

ผลลัพธ์	ก่อนการใช้โปรแกรม		หลังการใช้โปรแกรม		Wilcoxon signed-rank test	
	M	SD	M	SD	Z	p
ทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (คะแนน)	19.85	7.20	31.70	4.67	-3.923	< .001
ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (เดือน)	4.20	3.50	8.15	4.73	-3.753	< .001

4.2 การเปรียบเทียบทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่ และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.248$, $p < .01$ และ $Z = -2.576$, $p < .05$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		Mann-Whitney U test	
	M	SD	M	SD	Z	p
ทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (คะแนน)	31.70	4.67	24.85	7.41	-3.248	.001
ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (เดือน)	8.15	4.73	5.40	2.62	-2.576	.017

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า จากสถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น สิ่งที่มารดาวัยรุ่นต้องการมากที่สุด คือ ความรู้ความเข้าใจและทักษะปฏิบัติ

เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ การป้องกันและแก้ไขปัญหาเบื้องต้นเกี่ยวกับหัวนมเต้านมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเตรียมหัวนมเต้านมขณะตั้งครรภ์สำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การจัดท่าอุ้มในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การบีบเก็บน้ำนม และการเลือกปรับประทานครอาหารบำรุงน้ำนมในขณะตั้งครรภ์จนกระทั่งหลังคลอด นอกจากนี้ยังต้องการแหล่งข้อมูล/ช่องทางการติดต่อสื่อสารที่สามารถให้คำปรึกษา/ช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และต้องการพูดคุยกับมารดาวัยรุ่นที่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาแล้วเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่ามารดาวัยรุ่นมีปัญหา ไม่สามารถแก้ไขปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น น้ำนมมาน้อย น้ำนมมาาก หัวนมแตก เจ็บหัวนมเวลาลูกดูด เต้านมคัดตึง ลูกปฏิเสธเต้านม อีกทั้งมีพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ถูกต้อง เช่น การเอาลูกเข้าเต้าไม่ถูกวิธี ทำให้หัวนมเจ็บและเป็นแผล นอกจากนี้ ด้วยภาระหน้าที่การทำงานหรือการเรียน ทำให้ไม่สามารถจัดการการให้นมแก่ลูกได้ (สุภาพันธุ์ จันทร์ศิริ, เจริญชัย วงศ์วัฒนกิจ, และอนุตา หนูนการคำ, 2565; Leclair, Robert, Sprague, & Fleming, 2015) หากมารดาวัยรุ่นได้รับความรู้ที่ถูกต้องร่วมกับการฝึกฝนทักษะปฏิบัติ จะทำให้เกิดความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ คำทอง และมยุรี นิรัตธราคร (2560) ที่พบว่า มารดาวัยรุ่นกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และได้รับการฝึกทักษะตามที่ต้องการ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ามารดาวัยรุ่นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการ

ตนเองฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นี้ ประกอบด้วยกิจกรรมที่มารดาวัยรุ่นได้รับการสนับสนุนรายบุคคลที่ตรงกับความต้องการและปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งมารดาวัยรุ่นได้รับการส่งเสริมให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีแรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีการพัฒนาทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ด้วยการฝึกทักษะซ้ำ ๆ จนเกิดความมั่นใจ รวมถึงได้รับการกระตุ้นให้ตั้งเป้าหมายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีการวางแผนการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้มารดาวัยรุ่นเกิดทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถแก้ไขปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ด้วยตนเอง ก่อให้เกิดความมุ่งมั่นตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของอารมย์ โศกแก้ว, พัชรวรรณ ชูเลิศ, และมนัสชนก กุลพานิชย์ (2565) ที่พบว่า ความรู้และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสอดคล้องกับการศึกษาของอ้อมใจ พลกายา (2559) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่มุ่งเน้นให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และการฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกต้อง รวมถึงกระตุ้นให้ตั้งเป้าหมายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และวางแผนการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งโปรแกรมนี้นี้ได้มีการปรับปรุงจากกระบวนการพัฒนาให้ตรงกับความต้องการของมารดาวัยรุ่น ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการฝึกฝนทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

จนเกิดเป็นทักษะที่ถูกต้อง สามารถจัดการกับปัญหา การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ด้วยตนเอง เกิดความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเกิดความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องต่อไป ซึ่งแตกต่างจากกลุ่ม ควบคุมที่ได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยการพูดคุย ได้ชมการสาธิตทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีโอกาสได้สาธิตย้อนกลับในช่วงเวลาสั้น ๆ ไม่มีกระบวนการเสริมแรงใจ การตั้งเป้าหมายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการวางแผนการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ มนัสชนก กุลพานิชย์ และคณะ (2562) ที่พบว่า มารดาวัยรุ่นกลุ่มทดลองหลังได้รับความรู้ การสร้างแรงจูงใจ การฝึกทักษะ และการติดตามช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียวที่ 6 สัปดาห์หลังคลอด สูงกว่ากลุ่มควบคุม หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ และสอดคล้องกับการศึกษาของสุสัณหา ยิ้มแย้ม และคณะ (2564) ที่พบว่า มารดาวัยรุ่นกลุ่มทดลองหลังได้รับการส่งเสริม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ด้วยการสนับสนุนช่วยเหลือ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาล การติดตาม และให้คำปรึกษาเมื่อกลับบ้าน รวมถึงการวางแผน ประเมินผล และช่วยเหลือเมื่อกลับไปทำงาน มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนหลังคลอด สูงกว่ามารดาวัยรุ่นกลุ่มควบคุมหลังได้รับการดูแลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลควรนำโปรแกรมส่งเสริม การจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไปประยุกต์ ใช้ในการพยาบาลมารดาวัยรุ่น เพื่อให้มารดาวัยรุ่น มีทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งจะช่วยให้ มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ถูกต้องและต่อเนื่องต่อไป

1.2 สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลควร

สนับสนุนให้นักศึกษาตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พร้อมทั้งส่งเสริมให้นำไปประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนและการปฏิบัติการพยาบาลใน สถานการณ์จริง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัย ครั้งนี้ โดยเพิ่มการกระตุ้น ติดตาม เพื่อช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการจัดการตนเอง ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จนถึงระยะ 6 เดือนหลังคลอด เพื่อส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นาน อย่างน้อย 6 เดือน ตามเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลก กำหนด

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒนา, สุพินดา เรื่องจริยเชิฐ, และสุดาภรณ์ พัทธมเรือง. (บ.ก.). (2555). *การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เจนิวา ทะวา. (2561). ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้มารดา ตั้งครรภ์วัยรุ่นประสบผลสำเร็จในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ ของมารดาวัยรุ่นที่มารับบริการ แผนก ห้องคลอดโรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 1(2), 32-41.
- เจดนิภา แสงสว่าง, และปาริชาติ ชูประดิษฐ์. (2564). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพเพื่อการส่งเสริม การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของมารดาวัยรุ่น. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 13(1), 227-234.
- ชุดาณัฐ ชุนเพชร, และศศิกันต์ กาละ. (2562). ประสิทธิภาพความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด. *วารสาร มหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์*, 11(2), 1-11.

ทิพาพรรณ สมจิตร, นวรัตน์ ดอกชะบา, มัทนา พรหมรักษา, และทัศนีวรรณ กรุงแสนเมือง. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือนแรกของมารดาหลังคลอด. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 4(2), 115–124.

นือร ละอองแก้ว, สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ, และศศิกันต์ กาละ. (2557). การรับรู้และปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของมารดาหลังคลอด. ใน *รายงานสืบเนื่องจากการประชุม (แบบบรรยาย) การประชุมวิชาการระดับชาติ ราชภัฏสุราษฎร์ธานี ครั้งที่ 10 “งานวิจัยและงานสร้างสรรค์เพื่อพัฒนาท้องถิ่นที่ยั่งยืน”* (น. 31–38). สุราษฎร์ธานี: เก.ที.กราฟฟิค การพิมพ์ และบรรจุกิจ.

มนัสชนก กุลพานิชย์, บังอร สุภาวิฑิตพัฒนา, และ นงลักษณ์ เฉลิมสุข. (2562). ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาวัยรุ่น. *พยาบาลสาร*, 46(2), 36–46.

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ. (2554). *แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. 2555–2559: พจนวกรรมนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติด้านการพัฒนาเด็กตามแนวทาง “โลกที่เหมาะสมสำหรับเด็ก” พ.ศ. 2550–2559 กับยุทธศาสตร์จังหวัดน่าอยู่สำหรับเด็กและเยาวชน*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559). *รายงานฉบับสมบูรณ์การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558–2559*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). *รายงานฉบับสมบูรณ์การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

ลินี กระลาสัย, อัมพร เนียมกุลรักษ์, สาวิกา ไชยบริสุทธิกุล, และรัชนิกร พยัคฆะโส. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาที่มีบุตรคนแรก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(3), 54–63.

สุธีรา เอื้อไพโรจน์กิจ. (2557). *สร้างชีวิตมหัศจรรย์ด้วยน้ำนมแม่* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: พรีเมียดพับลิชชิง.

สุภาพันธ์ จันทศิริ, เจริญชัย วงศ์วัฒนกิจ, และอนุดา หนูนาการค้า. (2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประสิทธิภาพการให้นมแม่ และอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในมารดาวัยรุ่นคนแรก. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 40(1), 50–68.

สุสันทา ยิ้มแย้ม, สุนิสา ปัทมาภรณ์พงศ์, และอัมพิกา สุวรรณบุตร. (2564). การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่น. *พยาบาลสาร*, 48(2), 259–272.

เสาวลักษณ์ คำทอง, และมยุรี นิธิธรรมา. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นในชุมชน. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 47(1), 31–43.

อรวรรณ ดวงใจ, และกุศล สแนบุญมา. (2559). *การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: การดูแลมารดาและทารก*. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.

อ้อมใจ พลกายา. (2559). การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(3), 55–67.

- อารมย์ โคกแก้ว, พัทธวรรณ ชูเลิศ, และมนัสชนก กุลพานิชย์. (2565). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารมหาวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 9(8), 17–31.
- อารีรัตน์ วิเชียรประภา, ขนิษฐา เมฆกมล, กรรณิการ์ แซ่ตั้ง, เกษณี พรหมอินทร์, และสมลักษณ์ ศรีวิชัย. (2561). การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน: กรณีศึกษามารดาหลังคลอด ตำบลบ่อ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 29(1), 170–184.
- Apostolakis-Kyrus, K., Valentine, C., & DeFranco, E. (2013). Factors associated with breastfeeding initiation in adolescent mothers. *The Journal of Pediatrics*, 163(5), 1489–1494. doi:10.1016/j.jpeds.2013.06.027
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Glasgow, R. E., Davis, C. L., Funnell, M. M., & Beck, A. (2003). Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 29(11), 563–574. doi:10.1016/s1549-3741(03)29067-5
- Leclair, E., Robert, N., Sprague, A. E., & Fleming, N. (2015). Factors associated with breastfeeding initiation in adolescent pregnancies: A cohort study. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 28(6), 516–521. doi:10.1016/j.jpag.2015.03.007
- Priscilla, V., Afiyanti, Y., & Juliastuti, D. (2021). A qualitative systematic review of family support for a successful breastfeeding experience among adolescent mothers. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9, 775–783. doi:10.3889/oamjms.2021.7431

การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์การป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสำหรับพยาบาล*

Development of a Video Media in Prevention of Central Line-associated Bloodstream Infection for Nurses*

ฉันทนา จันแจ่ม, พย.ม. (การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ)¹

Chantana Junjam, M.N.S. (Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control)¹

อะเคอ อุณหเลขกะ, Ph.D. (Epidemiology)²

พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น, Ph.D. (Nursing)³

Akeau Unahalekhaka, Ph.D. (Epidemiology)²

Pimpaporn Klunklin, Ph.D. (Nursing)³

Received: January 30, 2023

Revised: May 21, 2023

Accepted: June 14, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์การป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสำหรับพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ จำนวน 41 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แผนการออกแบบและพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อสื่อวีดิทัศน์ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาล แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง มีค่าความเชื่อมั่น .79 และแบบประเมินความพึงพอใจ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ มหำบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master, Program in Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

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

² ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² 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

ต่อสื่อวีดิทัศน์ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล 5 ขั้นตอน ในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired *t*-test รวมทั้งคำนวณประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ตามเกณฑ์มาตรฐานของเมกยูแกนส์

ผลการวิจัยพบว่า 1) สื่อวีดิทัศน์การป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสำหรับพยาบาล มีความยาว 17 นาที 21 วินาที มีเนื้อหาเกี่ยวกับการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง และแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง 2) หลังการชมสื่อวีดิทัศน์ พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง สูงกว่าก่อนการชมสื่อวีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.327, p < .001$) 3) ประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ มีค่า 1.44 และ 4) พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์โดยรวมในระดับมากที่สุด ($M = 4.77, SD = .42$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลควรเผยแพร่สื่อวีดิทัศน์นี้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเพิ่มขึ้น อันนำไปสู่การปฏิบัติที่ดีในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง และเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย
คำสำคัญ: สื่อวีดิทัศน์ การติดเชื้อในกระแสโลหิต การป้องกัน การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

Abstract

This developmental research aimed to develop and evaluate the efficiency of a video media in prevention of central line-associated bloodstream infection (CLABSI) for nurses. The samples consisted of 41 nurses who worked in the medical departments of a university hospital in the northern region. The research instruments included a video media design plan, a video media user opinion questionnaire, a nurse general information questionnaire, a knowledge of CLABSI test with reliability of .79, and a video media satisfaction questionnaire. Five steps of this research were conducted from August to October, 2020. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired *t*-test. The efficiency of the video media was tested according to Meguigans' standard.

The research results revealed that 1) the video media length was 17 minutes 21 seconds and consisted of knowledge of CLABSI and practice guidelines for nurses in the prevention of CLABSI; 2) after watching the video media, nurses had statistically significantly higher mean score of knowledge of CLABSI than that of before watching the video media ($t = 14.327, p < .001$); 3) the efficiency of the video media was 1.44; and 4) the total mean score of satisfaction of video media among nurses was at a highest level ($M = 4.77, SD = .42$).

This research suggests that nurse executives should disseminate this video media to nurses who are working in healthcare settings to increase their knowledge of CLABSI. As such, nurses will have a good practice in the prevention of CLABSI and patients obtain more safety.

Keywords: Video media, Bloodstream infection, Prevention, Central venous catheterization

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เป็นหัตถการที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญเพื่อประเมิณระบบไหลเวียนโลหิตในร่างกายอย่างต่อเนื่อง ประเมิณการทำงานของหัวใจ และเพื่อให้ยา สารละลาย หรือสารอาหารที่มีความเข้มข้นสูงทางหลอดเลือดดำ (Rhodes et al., 2017) แม้ว่า การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางจะช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตจากการเจ็บป่วย แต่ก็มีความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะติดเชื้อในกระแสโลหิตจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางได้ ข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา ของเครือข่ายความปลอดภัย การดูแลสุขภาพระดับชาติ (National Healthcare Safety Network [NHSN]) ปี ค.ศ. 2017 พบอุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (central line-associated bloodstream infection [CLABSI]) 0.23 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Dudeck et al., 2015) ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเสียชีวิตร้อยละ 12-25 (Centers for Disease Control and Prevention, 2018) ในทวีปยุโรป ข้อมูลจากศูนย์

ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหภาพยุโรป (European Centre for Disease Prevention and Control) รายงานอุบัติการณ์การติดเชื้ออยู่ในช่วง 2.20-10.50 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Martínez-Morel et al., 2014) ผู้ป่วยเสียชีวิตร้อยละ 49.40 (Kaye et al., 2014) และในทวีปเอเชีย พบอุบัติการณ์อยู่ในช่วง 2.40-3.40 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (สมาคมควบคุมการติดเชื้อแห่งประเทศไทย, 2558) สำหรับในประเทศไทย ข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจำนวน 40 แห่ง ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2556 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2557 พบอัตราการติดเชื้อในภาพรวมคิดเป็น 2.50 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ผู้ป่วยเสียชีวิตร้อยละ 36.40 (อะเคื้อ อุมลเลขกะ, สุชาดา เหลืองอากาศพงศ์, และจิตตารณ จิตวีธี, 2557) ส่วนข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ในช่วงปี พ.ศ. 2561-2565 ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคเหนือของ

ประเทศไทย พบอัตราการติดเชื้ออยู่ในช่วง 1.36–1.85 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (หน่วยควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2566)

การติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เกิดจากการที่เชื้อก่อโรคเข้าสู่กระแสโลหิตโดยตรง อาจเกิดขณะใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางจากการทำลายเชื้อที่ผิวหนังไม่ดีพอ นอกจากนี้ เชื้อสามารถเข้าทางจุดปิดสายสวนหรือข้อต่อต่างๆ จากการให้ยา สารน้ำ หรือสารอาหารที่ปนเปื้อนทางหลอดเลือดได้ (อะเคอ อุณหเลขกะ, 2560) การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้และมีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางอย่างถูกต้อง จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางตามแนวปฏิบัติของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา ในระดับต่ำถึงระดับปานกลาง การศึกษาในทวีปยุโรปพบว่าอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับการเลือกใช้น้ำยาทำลายเชื้อที่ผิวหนัง การชะล้างสายด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด การเปลี่ยนชุดให้สารละลายไขมัน การทำลายเชื้อบริเวณจุดปิดและข้อต่อต่างๆ (Esposito, Guillari, & Angelillo, 2017) การศึกษาในประเทศโปแลนด์ในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่วไปและหออภิบาลผู้ป่วย จำนวน 1,180 คน พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54 และพบว่า พยาบาลขาดความรู้เกี่ยวกับการเตรียมผิวหนัง และการเปลี่ยนชุดให้สารละลายทางหลอดเลือด (Dedunska & Dyk, 2015) การศึกษาในประเทศจอร์แดนในพยาบาลหน่วยมะเร็ง จำนวน 133 คน พบว่าอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 26.30 โดยพยาบาลมีความรู้ระดับต่ำเกี่ยวกับการทำความสะอาดมือ การเลือกใช้น้ำยาทำลายเชื้อก่อน

การใส่สายสวนหลอดเลือด การใช้ครีมผสมยาต้านจุลชีพบริเวณที่ใส่สายสวนหลอดเลือด และการดูแลบริเวณที่ใส่สายสวนหลอดเลือด (Al Qadire, 2017) ส่วนการศึกษาในประเทศจีนในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วย จำนวน 835 คน จาก 104 โรงพยาบาล พบว่า พยาบาลมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางอยู่ในระดับต่ำ โดยไม่เคยใช้ 2% chlorhexidine gluconate ในการทำลายเชื้อที่ผิวหนังก่อนใส่สายสวน คิดเป็นร้อยละ 14 สวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลครบถ้วน คิดเป็นร้อยละ 43 มีการรายงานแพทย์หากพบว่ามี การใส่สายสวนนานเกินความจำเป็น คิดเป็นร้อยละ 40 และมีการรายงานแพทย์ให้เปลี่ยนสายสวนเมื่อสงสัยว่าติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 30 (Chi et al., 2020) สำหรับในประเทศไทย การศึกษาความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 268 คน พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง โดยขาดความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง แนวทางการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง ระยะเวลาการฟอกมือด้วยน้ำยาทำลายเชื้อ และการเปลี่ยนชุดให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง (พรพิมล อรรถพรกุล, 2560) นอกจากนี้ ข้อมูลการปฏิบัติทางพยาบาลตามแนวปฏิบัติ การป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของพยาบาลโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคเหนือของประเทศไทย พบว่ามีการทำความสะอาดบริเวณข้อต่อและสายสวน คิดเป็นร้อยละ 89.22 และมีการใช้ chlorhexidine gluconate bath คิดเป็นร้อยละ 82.07 (หน่วยควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2566)

จากการศึกษาการให้ความรู้แก่บุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในประเทศนิวซีแลนด์ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ให้อ่านสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีความยาว 5 นาที กลุ่มที่ 2 ให้อ่านแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล และกลุ่มที่ 3 ไม่ได้ให้ความรู้ใดๆ จากนั้นให้ตอบแบบทดสอบความรู้ โดยให้กลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตอบแบบทดสอบความรู้ทันทีหลังการชมสื่อวีดิทัศน์และหลังการอ่านแนวปฏิบัติ และให้ทั้ง 3 กลุ่ม ตอบแบบทดสอบความรู้เมื่อเวลาผ่านไป 1 เดือน และ 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ 1 มีคะแนนความรู้ คิดเป็นร้อยละ 85.40, 82.60 และ 86.30 ตามลำดับ กลุ่มที่ 2 มีคะแนนความรู้ คิดเป็นร้อยละ 81.30, 81.60 และ 83 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่ 3 มีคะแนนความรู้ คิดเป็นร้อยละ 79.60, 81 และ 82.70 ตามลำดับ โดยกลุ่มที่ 1 มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นและสูงกว่าอีก 2 กลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wolfensberger et al., 2019) จะเห็นได้ว่า การได้รับความรู้จากการชมสื่อวีดิทัศน์ทำให้นักบุคลากรสุขภาพมีความรู้เพิ่มขึ้นแม้ระยะเวลาจะผ่านไป 1-3 เดือน

สื่อวีดิทัศน์เป็นการสื่อสารโดยการนำข้อความ ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว เสียงบรรยาย เสียงดนตรี มาผสมผสานกัน ซึ่งจะช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ได้ดี ทำให้เห็นภาพชัดเจน เสมือนจริง ช่วยสร้างความสนใจ และเป็นตัวกลางที่ทำหน้าที่สื่อสารไปสู่ผู้เรียนได้รวดเร็ว ง่ายต่อการทำความเข้าใจ และผู้เรียนสามารถปฏิบัติตามได้หรือทบทวนซ้ำได้ (เกรียงไกร ทองศิริประภา, เรวดี จงสุวัฒน์, และพัชรดา ภัวตกุล, 2564) การใช้สื่อวีดิทัศน์การป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางมีส่วนช่วยให้พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นและนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง ซึ่งในการให้ความรู้ควรมีการประเมินความรู้และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวน

หลอดเลือดดำส่วนกลางเป็นระยะๆ (Alkubati, Ahmed, Mohamed, Fayed, & Asfour, 2015) การที่พยาบาลมีข้อจำกัดเรื่องเวลา (Travale, 2007) และลักษณะการปฏิบัติงานเป็นกะ คือ เวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก ทำให้ไม่สะดวกในการเข้าร่วมการอบรมในห้องประชุมแบบเต็มรูปแบบ การให้พยาบาลได้ศึกษาเนื้อหาความรู้ และทบทวนความรู้ด้วยตนเองจะช่วยให้จดจำได้ดีขึ้น และเป็นวิธีการที่เหมาะสม (Kidd, 1978) จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาสื่อวีดิทัศน์การป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสำหรับพยาบาล เพื่อให้ความรู้ที่มีเนื้อหาครอบคลุมทุกกิจกรรมทางการพยาบาลและทันสมัย พยาบาลสามารถใช้ในการศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานและความปลอดภัยของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาสื่อวีดิทัศน์การป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสำหรับพยาบาล
2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์การป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสำหรับพยาบาล
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อสื่อวีดิทัศน์การป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสำหรับพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาและการออกแบบสื่อ ของ Alessi and Trollip (1991) ในการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์การป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสำหรับพยาบาล ซึ่งแนวคิดการพัฒนาและการออกแบบสื่อดังกล่าว ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน

ได้แก่ ขั้นตอนการเตรียมการ (preparation) ขั้นตอนการออกแบบ (design instruction) ขั้นตอนการสร้างบทดำเนินเรื่อง (storyboard display on paper) ขั้นตอนการใช้โปรแกรมและเครื่องมือสนับสนุน (produce supporting material) และขั้นตอนการประเมินผลและปรับปรุงสื่อ (evaluate and revise) ซึ่งเนื้อหาในสื่อวีดิทัศน์ได้จากการทบทวนแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ประกอบด้วย ความหมายของการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง วัตถุประสงค์ภาวะแทรกซ้อน อุบัติการณ์ ผลกระทบ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ หนทางที่เชื้อเข้าสู่กระแสเลือด การวินิจฉัยการติดเชื้อ และแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสำหรับพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 7 กิจกรรมทางการพยาบาล ได้แก่ การทำความสะอาดมือ การเตรียมผิวหนังก่อนการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง การสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายชนิดปราศจากเชื้อ เทคนิคปราศจากเชื้อ การดูแลบริเวณที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง การเปลี่ยนชุดอุปกรณ์การให้น้ำทางหลอดเลือด และการทำลายเชื้อบริเวณข้อต่อและอุปกรณ์เชื่อมต่อ ทั้งนี้ ผู้วิจัยมีการประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ตามเกณฑ์มาตรฐานของเมกยูแกนส์ (Meguigans) จากอัตราส่วนคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการชมสื่อวีดิทัศน์กับก่อนการชมสื่อวีดิทัศน์ โดยกำหนดค่ามากกว่า 1 และประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อสื่อวีดิทัศน์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย 19 แห่ง ของแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งใน

ภาคเหนือ รวมจำนวน 292 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง 2) ไม่ได้ดำรงตำแหน่งผู้บริหาร ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้ตรวจการและหัวหน้างาน 3) ไม่อยู่ในช่วงลาศึกษาต่อ ลาฝึกอบรม ลาคลอด ลาพักร้อน และลาป่วยในช่วงดำเนินการวิจัย และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่าง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่มตามแนวทางของชัยยงค์ พรหมวงศ์ (2556) คือ การทดสอบแบบเดี่ยว ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 คน การทดสอบแบบกลุ่ม ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน และการทดสอบแบบภาคสนาม ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน รวมจำนวน 41 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับสลากตามบัญชีรายชื่อพยาบาล

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยมีดังนี้

1.1 แผนการออกแบบและพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ เป็นแผนการออกแบบและพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสำหรับพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาและออกแบบสื่อ ของ Alessi and Trollip (1991) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการเตรียมการ ขั้นตอนการออกแบบ ขั้นตอนการสร้างบทดำเนินเรื่อง ขั้นตอนการใช้โปรแกรมและเครื่องมือสนับสนุน และขั้นตอนการประเมินผลและปรับปรุงสื่อ

1.2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อสื่อวีดิทัศน์ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้สำหรับนำข้อมูลมาปรับปรุงสื่อวีดิทัศน์ระหว่างการพัฒนา โดยใช้ในขั้นตอนการทดสอบแบบเดี่ยว และขั้นตอนการทดสอบแบบกลุ่ม แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา จำนวน 3 ข้อ ด้านการลำดับเรื่องและการออกแบบ จำนวน 12 ข้อ

ด้านความยากง่ายของเนื้อหา จำนวน 2 ข้อ ด้านความสะดวกของการใช้งาน จำนวน 2 ข้อ และด้านความพึงพอใจในภาพรวม จำนวน 1 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ควรปรับปรุง ไม่เห็นด้วย และเห็นด้วย นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะซึ่งมีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ขององค์กรต่างๆ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เนื้อหาประกอบด้วย การทำความสะอาดมือ การเตรียมผิวหนังก่อนการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง การสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายชนิดปราศจากเชื้อ เทคนิคปราศจากเชื้อ การดูแลบริเวณที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง การเปลี่ยนชุดอุปกรณ์การให้สารน้ำทางหลอดเลือด และการทำลายเชื้อบริเวณข้อต่อและอุปกรณ์เชื่อมต่อ รวมจำนวน 30 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน

ชุดที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา จำนวน 4 ข้อ ด้านการออกแบบและ

การนำเสนอ จำนวน 10 ข้อ และด้านประโยชน์ที่ได้รับ จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวน 16 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.80 คะแนน) ในระดับน้อย (1.81-2.60 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.61-3.40 คะแนน) ในระดับมาก (3.41-4.20 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.21-5.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแผนการออกแบบและพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อสื่อวีดิทัศน์ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง และแบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์ด้านโรคติดเชื้อ เจ้าหน้าที่สารสนเทศที่เกี่ยวข้องทางด้านสื่อวีดิทัศน์ อาจารย์พยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ (2 คน) และพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามความคิดเห็น แบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินความพึงพอใจ เท่ากับ .98, .98 และ 1 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบทดสอบความรู้ ไปทดลองใช้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .79

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 090/2020 วันที่ 11 สิงหาคม 2563) และคณะกรรมการจริยธรรม

การวิจัย ชุดที่ 4 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 341/63COA-NUR 090/63 วันที่ 11 สิงหาคม 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล
ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์การป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสำหรับพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมการ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ 1) กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ คือ การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสำหรับพยาบาล 2) เตรียมความพร้อมของเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง โดยทบทวนแนวปฏิบัติขององค์กรต่างๆ ได้แก่ CDC, SHEA, IDSA, APIC, APSIC และ WHO และ 3) เรียนรู้เนื้อหาโดยเรียนรู้เนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางให้ครอบคลุมและให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้

2. ขั้นตอนการออกแบบ ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของเนื้อหาลงใน storyboard ผ่านภาพวาดการ์ตูนแบบนิ่ง ภาพวาดการ์ตูนแบบเคลื่อนไหว ประกอบด้วยอักษรและเสียง โดยเนื้อหาผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านเนื้อหา และมีลำดับหัวข้อที่นำเสนอในแต่ละบทเรียนดังนี้ ความหมายของการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำ

ส่วนกลาง วัตถุประสงค์ ภาวะแทรกซ้อน อุบัติการณ์ ผลกระทบ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ หนทางที่เชื้อเข้าสู่กระแสเลือด การวินิจฉัยการติดเชื้อ และแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสำหรับพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 7 กิจกรรมทางการพยาบาล ได้แก่ การทำความสะอาดมือ การเตรียมผิวหนังก่อนการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง การสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายชนิดปราศจากเชื้อ เทคนิคปราศจากเชื้อ การดูแลบริเวณที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง การเปลี่ยนชุดอุปกรณ์การให้สารน้ำทางหลอดเลือด และการทำลายเชื้อบริเวณข้อต่อและอุปกรณ์เชื่อมต่อ นำเสนอในรูปแบบภาพวาดการ์ตูนแบบเคลื่อนไหวขณะปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล ประกอบคำบรรยาย

3. ขั้นตอนการสร้างบทดำเนินเรื่อง ผู้วิจัยออกแบบเค้าโครงของบทเรียน โดย storyboard ใช้การวาดภาพการ์ตูนแบบนิ่งประกอบคำบรรยาย และผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่อวีดิทัศน์ เพื่อให้สื่อมีความเหมาะสมกับการนำไปใช้

4. ขั้นตอนการใช้โปรแกรมและเครื่องมือสนับสนุน ผู้วิจัยนำบทดำเนินเรื่องมาผลิตเป็นสื่อวีดิทัศน์การป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสำหรับพยาบาล ซึ่งถ่ายทำโดยกล้องวิดีโอและตัดต่อสื่อวีดิทัศน์โดยโปรแกรมเมอร์ ได้สื่อวีดิทัศน์ที่มีความยาว 20 นาที และผู้วิจัยจัดทำคู่มือการใช้สื่อ เพื่ออธิบายให้ผู้ใช้งานเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบเนื้อหาและเวลาในการนำเสนอ

5. ขั้นตอนการประเมินผลและปรับปรุงสื่อ ผู้วิจัยนำสื่อวีดิทัศน์ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ แล้วนำผลมาปรับปรุงสื่อวีดิทัศน์ โดยผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล เข้าพบหัวหน้างานการพยาบาลผู้พยาบาลศาสตร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะ

ได้รับ และขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการดังนี้

5.1 การทดสอบแบบเดี่ยว ผู้วิจัยพบ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 คน แนะนำตัว ดำเนินการ พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์ สิทธิ ให้ชมสื่อวีดิทัศน์ที่พัฒนาขึ้น (ความยาว 20 นาที) แล้วให้ตอบแบบสอบถามความคิดเห็นต่อสื่อวีดิทัศน์ โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าการนำเสนอบางส่วนยังไม่กระชับ ใช้เวลามากเกินไป

5.2 การทดสอบแบบกลุ่ม ผู้วิจัยพบ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน แนะนำตัว ดำเนินการ พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์ สิทธิ ให้ชมสื่อวีดิทัศน์ที่พัฒนาขึ้น (ความยาว 20 นาที) แล้วให้ตอบแบบสอบถามความคิดเห็นต่อสื่อวีดิทัศน์ โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าการนำเสนอหลายส่วนไม่กระชับ และตัวอักษรไม่ค่อยชัด ผู้วิจัยจึงดำเนินการปรับปรุงสื่อวีดิทัศน์ให้มีความยาว ลดน้อยลงประมาณ 3 นาที โดยลดเวลาในช่วงที่เป็น เสียงดนตรีบรรเลงคั่นระหว่างเนื้อหาแต่ละส่วน และ ปรับกิจกรรมการทำความสะอาดมือให้กระชับขึ้น รวมทั้งปรับสีตัวอักษรให้เข้มและคมชัดขึ้น

5.3 การทดสอบแบบภาคสนาม ผู้วิจัยพบ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แนะนำตัว ดำเนินการ พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์ สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาล และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ ในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำ ส่วนกลาง ก่อนการชมสื่อวีดิทัศน์ (pre-test) โดย ให้เวลาประมาณ 20 นาที จากนั้นให้ชมสื่อวีดิทัศน์ที่ ปรับปรุงแล้ว (ความยาว 17 นาที 21 วินาที) แล้วให้ตอบ แบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินความพึงพอใจ ต่อสื่อวีดิทัศน์ หลังการชมสื่อวีดิทัศน์ (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 25 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล และข้อมูลความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ วิเคราะห์ด้วย สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อใน กระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำ ส่วนกลาง ระหว่างก่อนกับหลังการชมสื่อวีดิทัศน์ วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนการประเมิน ประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ตามเกณฑ์มาตรฐานของ เมกูแกนส์ (Meguigans) คำนวณจากอัตราส่วน คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการชมสื่อวีดิทัศน์กับก่อน การชมสื่อวีดิทัศน์ หากค่ามากกว่า 1 แสดงว่า สื่อ วีดิทัศน์มีประสิทธิภาพ

ผลการวิจัย

1. สื่อวีดิทัศน์การป้องกันการติดเชื้อในกระแส โลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำ ส่วนกลางสำหรับพยาบาล มีความยาว 17 นาที 21 วินาที (ประกอบด้วยเวลาในส่วนที่เป็นเนื้อหา เวลาในช่วง นำเข้าสู่เนื้อหา เวลาที่คั่นระหว่างเนื้อหาแต่ละส่วน และเวลาในช่วงท้าย) โดยเนื้อหาประกอบด้วย ความหมายของการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์ กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (13 วินาที) วัตถุประสงค์ (20 วินาที) ภาวะแทรกซ้อน (1 นาที 25 วินาที) อุบัติการณ์ (35 วินาที) ผลกระทบ (25 วินาที) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ (1 นาที 31 วินาที) หนทางที่เชื้อเข้าสู่กระแสโลหิต (21 วินาที) การวินิจฉัยการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับ การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (1 นาที 3 วินาที) และการสาธิตการปฏิบัติกิจกรรมตามแนวปฏิบัติใน การป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับ การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสำหรับพยาบาล ประกอบคำบรรยาย 7 กิจกรรมทางการพยาบาล ได้แก่ การทำความสะอาดมือ (1 นาที) การเตรียมผิวหนังก่อน

การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (14 วินาที) การสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายชนิดปราศจากเชื้อ (1 นาที 4 วินาที) เทคนิคปราศจากเชื้อ (9 วินาที) การดูแลบริเวณที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (2 นาที 53 วินาที) การเปลี่ยนชุดอุปกรณ์การให้สารน้ำทางหลอดเลือด (1 นาที 16 วินาที) และการทำลายเชื้อบริเวณข้อต่อและอุปกรณ์เชื่อมต่อ (46 วินาที)

2. ประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล ($n = 30$) พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 93.33 มีอายุอยู่ในช่วง 21–30 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.67 โดยมีอายุเฉลี่ย 33.43 ปี ($SD = 8.52$) ทั้งหมดมีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100 มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1–5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.67 โดยมีระยะเวลา

การปฏิบัติงานเฉลี่ย 10.30 ปี ($SD = 7.97$) ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 60 และไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง คิดเป็นร้อยละ 80

2.1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการชมสื่อวีดิทัศน์ พบว่า หลังการชมสื่อวีดิทัศน์ พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง สูงกว่าก่อนการชมสื่อวีดิทัศน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.327, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการชมสื่อวีดิทัศน์ ($n = 30$)

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิต	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
ก่อนการชมสื่อวีดิทัศน์	17.47	2.78	14.327	< .001
หลังการชมสื่อวีดิทัศน์	25.10	2.31		

2.2 การประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ ตามเกณฑ์มาตรฐานของเมกุแกนส์ พบว่า อัตราส่วนคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการชมสื่อวีดิทัศน์กับก่อนการชมสื่อวีดิทัศน์ มีค่าเท่ากับ 1.44 ซึ่งแสดงว่า สื่อวีดิทัศน์มีประสิทธิภาพ

3. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อสื่อวีดิทัศน์ การป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสำหรับพยาบาล

พบว่า พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์โดยรวมในระดับมากที่สุด ($M = 4.77, SD = .42$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ในระดับมากที่สุดทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา ($M = 4.72, SD = .45$) ด้านการออกแบบและการนำเสนอ ($M = 4.76, SD = .42$) และด้านประโยชน์ที่ได้รับ ($M = 4.87, SD = .36$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อสื่อวีดิทัศน์การป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสำหรับพยาบาล จำแนกเป็นรายข้อในแต่ละด้าน และโดยรวม (n = 30)

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	M	SD	ระดับ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ด้านเนื้อหา					
1. เนื้อหาน่าสนใจ น่าติดตาม	20 (66.67)	10 (33.33)	4.67	.47	มากที่สุด
2. เนื้อหาเข้าใจง่าย	23 (76.67)	7 (23.33)	4.77	.43	มากที่สุด
3. สรุปเนื้อหาได้ชัดเจน	21 (70.00)	9 (30.00)	4.70	.46	มากที่สุด
4. ภาษาที่ใช้มีความเหมาะสม	22 (73.33)	8 (26.67)	4.73	.45	มากที่สุด
โดยรวม			4.72	.45	มากที่สุด
ด้านการออกแบบและการนำเสนอ					
1. ตัวอักษรมีขนาดเหมาะสม สีอ่านสวยงาม	23 (76.67)	7 (23.33)	4.77	.43	มากที่สุด
2. อ่านได้ง่าย	22 (73.33)	8 (26.67)	4.73	.45	มากที่สุด
3. ภาพกับเนื้อหาสัมพันธ์กัน	21 (70.00)	9 (30.00)	4.70	.46	มากที่สุด
4. ภาพสามารถสื่อความหมายได้ดี เข้าใจง่าย	22 (73.33)	8 (26.67)	4.73	.45	มากที่สุด
5. การลำดับภาพมีความเหมาะสม	22 (73.33)	8 (26.67)	4.73	.45	มากที่สุด
6. ภาพชัดเจน	25 (83.33)	5 (16.67)	4.83	.37	มากที่สุด
7. เสียงบรรยายชัดเจน	26 (86.67)	4 (13.33)	4.87	.34	มากที่สุด
8. ดนตรีประกอบเหมาะสม	23 (76.67)	7 (23.33)	4.77	.43	มากที่สุด
9. รูปแบบวิธีการนำเสนอที่น่าสนใจ	22 (73.33)	8 (26.67)	4.73	.45	มากที่สุด
10. ระยะเวลามีความเหมาะสม	23 (76.67)	7 (23.33)	4.77	.43	มากที่สุด
โดยรวม			4.76	.42	มากที่สุด
ด้านประโยชน์ที่ได้รับ					
1. ได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์	26 (86.67)	4 (13.33)	4.87	.35	มากที่สุด
2. ความรู้สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้	26 (86.67)	4 (13.33)	4.87	.35	มากที่สุด
โดยรวม			4.87	.35	มากที่สุด
โดยรวมทั้งหมด			4.77	.42	มากที่สุด

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า สื่อวีดิทัศน์การป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสำหรับพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

มีความรู้ที่น่าสนใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางทางการพยาบาลและทันสมัยจากองค์กรต่างๆ ได้แก่ CDC, SHEA, IDSA, APIC, APSIC และ WHO รวมถึงกิจกรรมทางการพยาบาลทั้ง 7 กิจกรรม ได้แก่ การทำความสะอาดมือ การเตรียมผิวหนังก่อนการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง การสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายชนิดปราศจากเชื้อ เทคนิคปราศจากเชื้อ การดูแลบริเวณที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง การเปลี่ยนชุดอุปกรณ์การใส่สารน้ำทางหลอดเลือด และการทำลายเชื้อบริเวณข้อต่อและอุปกรณ์เชื่อมต่อ และพบว่า หลังการชมสื่อวีดิทัศน์พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง สูงกว่าก่อนการชมสื่อวีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอัตราส่วนคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการชมสื่อวีดิทัศน์กับก่อนการชมสื่อวีดิทัศน์มีค่าเท่ากับ 1.44 ซึ่งแสดงว่า สื่อวีดิทัศน์มีประสิทธิภาพทั้งนี้อธิบายได้ว่า สื่อวีดิทัศน์ช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ของผู้เรียนได้ดีขึ้น ทำให้เห็นภาพชัดเจน เสมือนจริง ช่วยสร้างความสนใจ และเป็นตัวกลางที่ทำหน้าที่สื่อสารไปสู่ผู้เรียนได้รวดเร็ว ง่ายต่อการทำความเข้าใจ (เกรียงไกร ทองศิริประภา และคณะ, 2564) จึงช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และได้รับความรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ในเรื่องต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง เช่น การศึกษาประสิทธิภาพสื่อวีดิทัศน์เรื่องการสวนล้างช่องคลอดในรายวิขาปฏิบัติ การพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ และสามารถปฏิบัติการสวนล้างช่องคลอดจากสถานการณ์จำลอง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 88.77 คะแนน และจากสถานการณ์จริง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 94.31 คะแนน ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ 80 คะแนน (วิยะดา เปาวนา, 2556) การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เรื่องการทำคลอดสำหรับนักศึกษาพยาบาล

ชั้นปีที่ 3 พบว่า หลังการเรียนรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์ นักศึกษาพยาบาลมีความรู้เรื่องการทำคลอดสูงกว่าก่อนการเรียนรู้ (มาณี น้าณาคูปต์ และทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ, 2560) การศึกษาการพัฒนาสื่อและผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับโจทยสถานการณ์ต่อความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลอาชีวอนามัย พบว่า หลังการเรียนรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับโจทยสถานการณ์ นักศึกษาพยาบาลมีความรู้มากกว่าก่อนการเรียนรู้ (วรรณนา สอนองเดช, สุพิชญา หวังปิติพาณิชย์, ปิยรัตน์ ชลสินธุ์, และทิพาภรณ์ เฉลิมพิชัย, 2561) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศ เช่น การศึกษาในประเทศเกาหลีในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลจำนวน 127 คน พบว่า หลังการให้ความรู้โดยการชมสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับสถานการณ์การทำความสะอาดมือ 5 moment พยาบาลมีคะแนนความรู้เรื่องการทำความสะอาดมือ 5 moment เพิ่มขึ้น (Kim & Jeong, 2021)

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์โดยรวมในระดับมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลมีความคิดเห็นว่า สื่อวีดิทัศน์ที่พัฒนานี้มีเสียงบรรยายชัดเจน น่าสนใจ มีภาพที่คมชัดสวยงาม การนำเสนอไม่น่าเบื่อ มีระยะเวลาไม่นานเกินไป และสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ในระดับมากที่สุดทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา ด้านการออกแบบและการนำเสนอ และด้านประโยชน์ที่ได้รับ ในด้านเนื้อหานี้ เนื้อหาของสื่อวีดิทัศน์ต้องครอบคลุมสิ่งที่จำเป็นต้องทราบ ทันสมัย และมีความถูกต้องตามแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ส่วนด้านการออกแบบและการนำเสนอ สื่อวีดิทัศน์ต้องมีความสะดวกในการเรียนรู้ เข้าใจง่าย ภาพมีความคมชัด ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล เสริมความเข้าใจได้ดี และมีระยะเวลาเหมาะสม สำหรับด้านประโยชน์ที่ได้รับ สื่อวีดิทัศน์

ต้องช่วยให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้โดยตรง โดยสื่อวีดิทัศน์ที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถนำไปใช้ในการให้ความรู้แก่พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญตา งามพริ้ง, นงศ์คราญ วิเศษกุล, และนงเยาว์ เกษตร์ภิบาล (2564) ที่พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในระดับมากที่สุด ทั้งด้านเนื้อหา ด้านการออกแบบ และการนำเสนอ และด้านประโยชน์ที่ได้รับ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรเผยแพร่สื่อวีดิทัศน์การป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสำหรับพยาบาล แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพต่างๆ เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเพิ่มขึ้น อันนำไปสู่การปฏิบัติที่ดีในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง และเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของสื่อวีดิทัศน์การป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสำหรับพยาบาล ต่อการปฏิบัติ การป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของพยาบาล และอัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

เอกสารอ้างอิง

- เกรียงไกร ทองศิริประภา, เรวดี จงสุวัฒน์, และพัชราณี ภวดีกุล. (2564). ประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การเตรียมอาหารทางสายให้อาหารในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย. *วารสารสุขศึกษา*, 44(2), 126–140.
- ขวัญตา งามพริ้ง, นงศ์คราญ วิเศษกุล, และนงเยาว์ เกษตร์ภิบาล. (2564). การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานสำหรับผู้ป่วย. *พยาบาลสาร*, 48(3), 115–127.
- ชัยยงค์ พรหมวงศ์. (2556). การทดสอบประสิทธิภาพสื่อหรือชุดการสอน. *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย*, 5(1), 7–20.
- พรพิมล อรรถพรกุล. (2560). *ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของพยาบาลวิชาชีพ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มาณี น้ำคณาคุปต์, และทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. (2560). การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เรื่องการทำคลอดสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยรังสิต. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยรังสิต ประจำปี 2560* (น. 1343–1353). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยรังสิต.
- วรรณฯ สนองเดช, สุพิชญา หวังปิติพาณิชย์, ปิยรัตน์ ชลสินธุ์, และทิวาภรณ์ เฉลิมพิชัย. (2561). การพัฒนาสื่อและผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับโจทย์สถานการณ์ต่อความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลอาชีวอนามัยของนักศึกษาพยาบาล. *รามารับดีพยาบาลสาร*, 24(1), 94–107.

- วิยะดา เปาวนา. (2556). ประสิทธิภาพสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการสวนล้างช่องคลอดในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(3), 99–106.
- สมาคมควบคุมการติดเชื้อแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (CLABSI)*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- หน่วยควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. (2566). *รายงานผู้ป่วยที่ติดเชื้อในโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2561–2565*. สืบค้นจาก <http://www.med.cmu.ac.th/hospital/ha/HA/index.html>
- อะเคื่อ อุณหเลขกะ. (2560). *แนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เทคโนเมดิคัล.
- อะเคื่อ อุณหเลขกะ, สุชาดา เหลืองอาภาวงศ์, และจิตตาภรณ์ จิตวีระ. (2557). *การป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วย*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- Alessi, S. M., & Trollip, S. R. (1991). *Computer-based instruction: Methods and development*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Alkubati, S. A., Ahmed, N. T., Mohamed, O. N., Fayed, A. M., & Asfour, H. I. (2015). Health care workers' knowledge and practices regarding the prevention of central venous catheter-related infection. *American Journal of Infection Control*, 43(1), 26–30. doi:10.1016/j.ajic.2014.09.021
- Al Qadire, M. (2017). Oncology nurses' knowledge of guidelines for preventing catheter-related bloodstream infections. *American Journal of Infection Control*, 45(9), e95–e97. doi:10.1016/j.ajic.2017.03.034
- Centers for Disease Control and Prevention. (2018). *CLABSI Definition with case studies*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/training/2018/clabsi-508.pdf>
- Chi, X., Guo, J., Niu, X., He, R., Wu, L., & Xu, H. (2020). Prevention of central line-associated bloodstream infections: A survey of ICU nurses' knowledge and practice in China. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 9(1), 186. doi:10.1186/s13756-020-00833-3
- Dedunska, K., & Dyk, D. (2015). Prevention of central venous catheter-associated bloodstream infections: A questionnaire evaluating the knowledge of the selected 11 evidence-based guidelines by Polish nurses. *American Journal of Infection Control*, 43(12), 1368–1371. doi:10.1016/j.ajic.2015.07.022
- Dudeck, M. A., Edwards, J. R., Allen-Bridson, K., Gross, C., Malpiedi, P. J., Peterson, K. D., ... Sievert, D. M. (2015). National Healthcare Safety Network report, data summary for 2013, Device-associated Module. *American Journal of Infection Control*, 43(3), 206–221. doi:10.1016/j.ajic.2014.11.014

- Esposito, M. R., Guillari, A., & Angelillo, I. F. (2017). Knowledge, attitudes, and practice on the prevention of central line-associated bloodstream infections among nurses in oncological care: A cross-sectional study in an area of southern Italy. *PLoS One*, 12(6), e0180473. doi:10.1371/journal.pone.0180473
- Kaye, K. S., Marchaim, D., Chen, T. Y., Baures, T., Anderson, D. J., Choi, Y., ... Schmader, K. E. (2014). Effect of nosocomial bloodstream infections on mortality, length of stay, and hospital costs in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(2), 306–311. doi:10.1111/jgs.12634
- Kidd, J. R. (1978). *How adults learn* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall Regents.
- Kim, E., & Jeong, I. S. (2021). Level of complete knowledge on five moments of hand hygiene among nurses working at integrated nursing care service wards. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 51(4), 454–464. doi:10.4040/jkan.21030
- Martínez-Morel, H. R., Sánchez-Payá, J., Molina-Gómez, M. J., García-Shimizu, P., García Román, V., Villanueva-Ruiz, C., ... Nolasco-Bonmatí, A. (2014). Catheter-related bloodstream infection: Burden of disease in a tertiary hospital. *The Journal of Hospital Infection*, 87(3), 165–170. doi:10.1016/j.jhin.2014.04.008
- Rhodes, A., Evans, L. E., Alhazzani, W., Levy, M. M., Antonelli, M., Ferrer, R., ... Dellinger, R. P. (2017). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. *Intensive Care Medicine*, 43(3), 304–377. doi:10.1007/s00134-017-4683-6
- Travale, I. L. (2007). Computer-assisted instruction for novice nurses in critical care. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 38(3), 132–138. doi:10.3928/00220124-20070501-02
- Wolfensberger, A., Anagnostopoulos, A., Clack, L., Meier, M. T., Kuster, S. P., & Sax, H. (2019). Effectiveness of an edutainment video teaching standard precautions – a randomized controlled evaluation study. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 8, 82. doi:10.1186/s13756-019-0531-5

ผลของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด*

The Effect of Sleep Hygiene Modification Program on Insomnia in Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy*

จุฑาทิพย์ เหมบุตร, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ¹

Chuthathip Hemboot, M.N.S. (Adult Nursing) ¹

สุรีพร ธนศิลป์, Ph.D. (Nursing) ²

Sureeporn Thanasilp, Ph.D. (Nursing) ²

Received: August 1, 2021

Revised: May 16, 2023

Accepted: June 7, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่ศูนย์เคมีบำบัดและดูแลผู้ป่วยระยะสั้น ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 42 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับ แบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ มีค่าความเชื่อมั่น .76 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา และแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ มีค่าความเชื่อมั่น .79 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired *t*-test และ independent *t*-test

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

¹ มหบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: อาจารย์ที่ปรึกษา

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

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

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.410, p < .001$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.180, p < .01$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารทางการแพทย์ควรสนับสนุนให้มีการประยุกต์ใช้โปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับในการพยาบาลตามปกติแก่ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับลดลง

คำสำคัญ: โปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ อาการนอนไม่หลับ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ยาเคมีบำบัด

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of sleep hygiene modification program on insomnia in breast cancer patients receiving chemotherapy. The participants were 42 breast cancer patients receiving chemotherapy at Chemotherapy and short stay service, Somdech Phra Debaratana Medical Center, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, and were equally divided into an experimental group ($n = 21$) and a control group ($n = 21$). The research instruments included the sleep hygiene modification program, the sleep record form, the sleep inhibiting behavior assessment form with reliability of .76, the demographic record form, the breast cancer and curative record form, and the Insomnia Severity Index (ISI) with reliability of .79. The implementation and data collection were conducted from January to June, 2021. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, paired t -test, and independent t -test.

The research results revealed that after the experiment, the experimental group had statistically significantly lower mean score of insomnia than that of before the experiment ($t = 8.410, p < .001$) and that of the control group ($t = 3.180, p < .01$).

This research suggests that nurse executives should encourage application of the sleep hygiene modification program in routine care of cancer patients receiving chemotherapy in order to reduce their insomnia.

Keywords: Sleep hygiene modification program, Insomnia, Breast cancer patients, Chemotherapy

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเต้านมที่เกิดขึ้นกับประชากรทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2561 พบผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมจำนวน 627,000 คน ซึ่งสูงเป็นอันดับหนึ่งในผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงทั่วโลก (Bray et al., 2018) สำหรับประเทศไทย จากสถิติในปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ได้รับการรักษาสูงเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 40 ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงรายใหม่ทั้งหมด การรักษาโรคมะเร็งเต้านมมีหลากหลายแนวทาง ได้แก่ การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การฉายรังสี การให้ฮอร์โมนบำบัด และการรักษาโดยยาที่มีการออกฤทธิ์จำเพาะ (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2555) การให้ยาเคมีบำบัดเพื่อการรักษาโรคมะเร็งเต้านมพบได้มากถึงร้อยละ 18.30 ส่วนการรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการรักษาหลายวิธี พบได้ร้อยละ 15.70 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์, 2563) เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดก่อให้เกิดอาการข้างเคียงตามมา เช่น ปวด เหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ เม็ดเลือดขาวต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องเสีย ท้องผูก ผมหงอก (สมถวิล ถูกรักษ์, แฉ่นมณา จิระจรัส, สุวรรณิ์ สิริเลิศตระกูล, และจิตประภา คนมัน, 2556) โดยอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นดังกล่าวส่งผลกระทบต่อวงจรการหลับและตื่น รวมถึงการทำงานของร่างกายในรอบ 24 ชั่วโมง (Vena, Parker, Cunningham, Clark, & McMillan, 2004) นอกจากนี้ การได้รับยาบรรเทาอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัดยังส่งผลให้เกิดการนอนหลับแปรปรวน (Fiorentino & Ancoli-Israel, 2006) การให้ยาเคมีบำบัดจึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งอาการสามารถเกิดขึ้นได้ทุกระยะของการได้รับยาเคมีบำบัด โดยมักเกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ 7 ของการได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรก เป็นต้นไป และเกิดขึ้นได้ทั้งในผู้ป่วยมะเร็งระยะแรกจนถึงระยะลุกลาม (Bower, 2008)

อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีปัญหาในลักษณะต่อไปนี้ จาก 1 ใน 3 ของอาการ โดยจะเกิดขึ้นอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และมีปัญหาอย่างน้อย 1 เดือน คือ 1) การนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน (difficulty in initiating) 2) การตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก (difficulty in maintaining sleep) และ 3) การตื่นนอนเร็วกว่าปกติ (waking up too early) (National Institutes of Health, 2005; Roth, 2007) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีอาการนอนไม่หลับประมาณร้อยละ 80 ซึ่งสามารถพบอาการนอนไม่หลับได้ทั้ง 3 ลักษณะ (Palesh et al., 2010) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอาการนอนไม่หลับจะมีการดำเนินของโรคที่แย่ลง เนื่องจากอาการนอนไม่หลับส่งผลต่อความรุนแรงในการดำเนินของโรค การแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น การกลับเป็นซ้ำ และลดอัตราการรอดชีวิตภายใน 5 ปีของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอีกด้วย (Palesh et al., 2014; Vena et al., 2004) ด้านสภาวะจิตใจพบว่า อาการนอนไม่หลับทำให้เกิดปัญหาการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้เกิดภาวะอารมณ์แปรปรวนตามมา เช่น รู้สึกหงุดหงิด สับสน ซึมเศร้า วิตกกังวล (นันทวรรณ พลสุวรรณ, ผ่องศรี ศรีมรกต, จงจิต เสนหา, และพรชัย โอเจริญรัตน์, 2557; Savard & Morin, 2001)

จากแนวคิดทฤษฎี 3P Model ของ Glovinsky and Spielman (2006) ได้อธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับ ดังนี้ 1) ปัจจัยโน้มนำ (predisposing characteristics) เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่ทำให้ความทนต่อการเกิดปัญหานอนไม่หลับลดลง 2) ปัจจัยกระตุ้น (precipitating events) เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการนอนไม่หลับชนิดเกิดขึ้นเร็ว จากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความแปรปรวนของการนอนหลับ และ 3) ปัจจัยคงอยู่ (perpetuating attitudes and practices) เป็นปัจจัยที่ทำให้อาการนอนไม่หลับเป็นไปอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าปัจจัยกระตุ้นจะหายไปหรือลดความรุนแรงลงแล้วก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาการ

ข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัดที่เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องที่ส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมซึ่งเป็นไปตามหลักแนวคิดทฤษฎี 3P Model ได้แก่ ปัจจัยโน้มนำ คือ ความวิตกกังวล (พัทธิญา แก้วแพง, 2547; Savard & Morin, 2001) ปัจจัยกระตุ้น คือ ความเหนื่อยล้า (Ancoli-Israel et al., 2006; Fortner, Stepanski, Wang, Kasprovicz, & Durrence, 2002) และปัจจัยคงอยู่ คือ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ และความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (พัทธิญา แก้วแพง, 2547; หนึ่งฤทัย อุดเถิน, 2556; Broeckel, Jacobsen, Horton, Balducci, & Lyman, 1998) ซึ่งการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาที่จัดกระทำกับปัจจัยคงอยู่ คือ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ หรือสุขวิทยาการนอนหลับที่ไม่ดี และความเชื่อ ทศนคติที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาการนอนหลับที่ครอบคลุมพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ จึงเป็นการจัดการกระทำโดยตรงต่อปัจจัยคงอยู่เพื่อช่วยลดปัญหาอาการนอนไม่หลับ ทั้งนี้ การเพิ่มการจัดการต่อปัจจัยโน้มนำและปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ร่วมกับการจัดการกับปัจจัยคงอยู่ จะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรงจุดยิ่งขึ้น ส่งผลให้อาการนอนไม่หลับลดลงและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavior therapy) สำหรับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อจัดการกับปัจจัยคงอยู่ตามแนวคิดทฤษฎี 3P Model โดย Palesh et al. (2018) ได้ประยุกต์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมาพัฒนาเป็นโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดสำหรับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม และศึกษา

โดยการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดสำหรับอาการนอนไม่หลับกับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโภชนาบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดมีอาการนอนไม่หลับลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้เรื่องโภชนาบำบัด อย่างไรก็ตาม โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดสำหรับอาการนอนไม่หลับนี้ มุ่งเน้นเรื่องการปรับพฤติกรรมการนอนหลับโดยวิธีการจำกัดการนอนและการควบคุมสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยความรู้ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ 2) การควบคุมสิ่งแวดล้อม 3) การลดการงีบหลับ 4) การจำกัดการนอน และ 5) การควบคุมวงจรการหลับและตื่น แต่ปัญหาการนอนหลับที่พบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดในประเทศไทย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับด้วย (หนึ่งฤทัย อุดเถิน, 2556) ดังนั้น การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขวิทยาการนอนหลับ (sleep hygiene) ที่ถูกต้องเหมาะสม จึงเป็นการจัดการกับปัจจัยคงอยู่ ซึ่งการให้ความรู้ในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการนอนหลับส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับตามมา จึงสามารถทำให้อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยลดลงได้ นอกจากนี้ การแนะนำแนวทางเพื่อจัดการกับปัจจัยร่วมอื่นๆ ที่มีผลต่ออาการนอนไม่หลับ คือ ความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า ยังเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรงจุด ส่งผลให้การดูแลอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจนำโปรแกรมพฤติกรรมบำบัด ของ Palesh et al. (2018) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับปัจจัยคงอยู่ที่มีผลต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดชาวไทย โดยมุ่งเน้นเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขวิทยาการนอนหลับ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ

การนอนหลับและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การนอนหลับไปในทางที่ถูกต้อง รวมถึงการให้ความรู้ เพื่อเป็นแนวทางร่วมในการจัดการกับปัจจัยโน้มนำและ ปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่ออาการนอนไม่หลับ เพื่อให้ผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีอาการนอนไม่หลับ ลดลง อันจะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพโดยรวมและการมี คุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

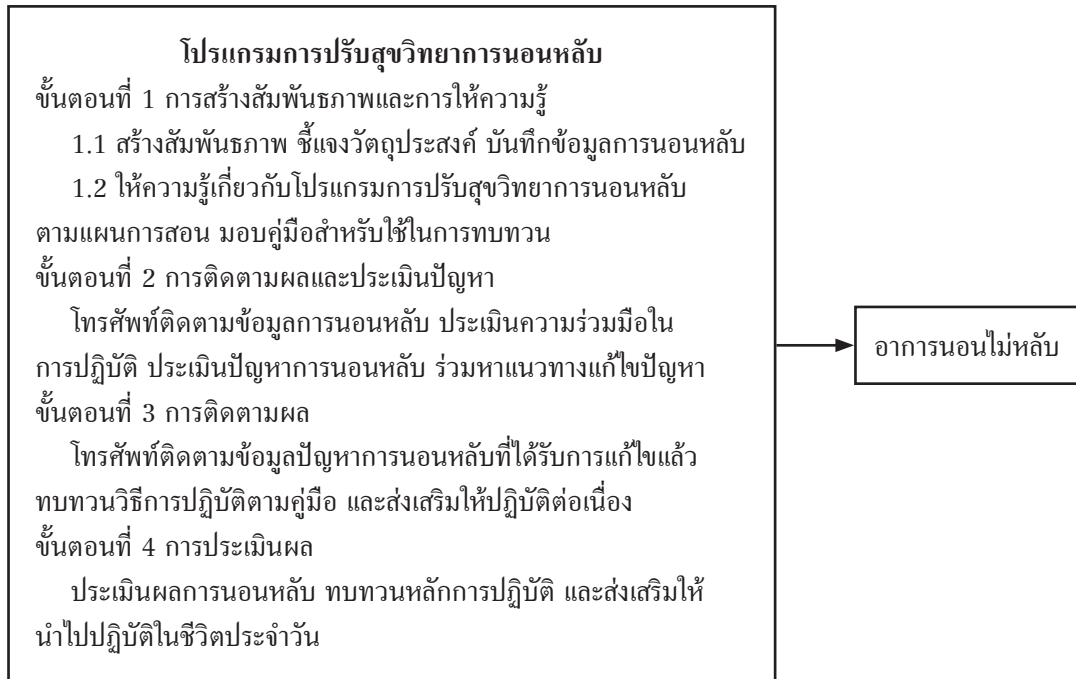
1. เพื่อเปรียบเทียบอาการนอนไม่หลับของ กลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการนอนไม่หลับระหว่าง กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย อาการนอนไม่หลับต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย อาการนอนไม่หลับต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์โปรแกรมพฤติกรรมบำบัด ของ Palesh et al. (2018) มาพัฒนาเป็นโปรแกรม การปรับสุขวิทยาการนอนหลับ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับปัจจัยคงอยู่ที่มีผลต่อ อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด คือ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ (หนึ่งฤทัย อุดเถิน, 2556) โดยมุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับ สุขวิทยาการนอนหลับ ซึ่งเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับ พฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันและปัจจัยทาง สิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับ รวมถึงการให้ความรู้ เพื่อเป็นแนวทางร่วมในการจัดการกับปัจจัยโน้มนำและ ปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่ออาการนอนไม่หลับ ประกอบด้วย ความรู้ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ นอนไม่หลับ 2) สุขวิทยาการนอนหลับ 3) การควบคุม วงจรการหลับและตื่น 4) การควบคุมสิ่งเร้า และ 5) กิจกรรม ที่ส่งเสริมการนอนหลับเพื่อจัดการความวิตกกังวลและ ความเหนื่อยล้า เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความรู้ที่ถูกต้อง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตประจำวัน และจัดการกับปัจจัยทาง สิ่งแวดล้อมและอาการอื่น ๆ ที่รบกวนการนอนหลับ ของตน เพื่อส่งเสริมให้เกิดการนอนหลับที่ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับลดลง สรุปเป็น กรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 1-3 และได้รับยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ได้รับยาเคมีบำบัดที่ศูนย์เคมีบำบัดและดูแลผู้ป่วยระยะสั้น ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน 2564 2) ได้รับยาเคมีบำบัดตั้งแต่รอบที่ 2 เป็นต้นไป 3) มีอาการนอนไม่หลับ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index [ISI])

4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ รับผิดชอบต่อบุคคล สถานที่ และเวลา และไม่มีความผิดปกติทางอารมณ์และการได้ยิน 5) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามที่กำหนด และขอลอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดใหญ่ เท่ากับ .80 (คำนวณจากการศึกษาของซัชฎาพร พุทธเสน [2558]) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 42 คน จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ตามอายุ (แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี) ระยะของโรคมะเร็งเต้านม จำนวนรอบที่ได้รับยาเคมีบำบัด สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ และคะแนนอาการนอนไม่หลับ

(อยู่ในระดับเดียวกัน) ทั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้อมูลระหว่างกลุ่ม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 โปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ ผู้วิจัยประยุกต์จากโปรแกรมพฤติกรรมบำบัด ของ Palesh et al. (2018) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการให้ความรู้ โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธียดำเนินการวิจัย และระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย สอบถามข้อมูลการนอนหลับ ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พร้อมประเมินความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ และบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับ จากนั้นให้ความรู้ตามแผนการสอนเรื่อง การปรับสุขวิทยาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับ 1) ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ 2) สุขวิทยาการนอนหลับ 3) การควบคุมวงจรการหลับ และตื่น 4) การควบคุมสิ่งเร้า และ 5) กิจกรรมที่ส่งเสริมการนอนหลับเพื่อจัดการความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า และมอบคู่มือการปรับสุขวิทยาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด สำหรับใช้ในการทบทวนข้อมูลเมื่อกลับบ้าน จากนั้นร่วมกันสรุปความรู้

ขั้นตอนที่ 2 การติดตามผลและประเมินปัญหา โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผล เพื่อสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับ ประเมินความร่วมมือในการปฏิบัติ ประเมินปัญหาการนอนหลับ ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญห และให้กำลังใจ

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามผล โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผล เพื่อสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ

ปัญหาการนอนหลับที่ได้รับการแก้ไขแล้ว ทบทวนวิธีการปฏิบัติตามคู่มือ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติต่อเนื่อง พร้อมทั้งให้กำลังใจ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล โดยผู้วิจัยพบผู้ป่วย ประเมินผลการนอนหลับ ทบทวนหลักการปฏิบัติ และส่งเสริมให้นำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับ ผู้วิจัยสร้างขึ้น สำหรับผู้วิจัยใช้บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วยก่อนและขณะเข้าร่วมโปรแกรม ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เวลาที่เข้านอน-ตื่นนอน ระยะเวลาที่นอนหลับ (ชั่วโมง) ประสิทธิภาพการนอน (%) สิ่งที่รบกวนการนอนหลับ การรับหลับตอนกลางวัน การรับประทานยานอนหลับ กิจกรรมที่ทำก่อนเข้านอน กิจกรรมที่ทำบนเตียงนอนก่อนเข้านอน กิจกรรมเพื่อช่วยส่งเสริมการนอนหลับ และการออกกกำลังกาย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินพฤติกรรมที่จัดวางการนอนหลับ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินฉบับที่ปรับปรุงโดยหนึ่งฤทัย อุดเงิน (2556) โดยประเมินเกี่ยวกับการพฤติกรรมดำเนินชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการนอน เช่น ความสม่ำเสมอของการนอนและการตื่นในเวลาที่เหมาะสมใกล้เคียงกัน การนอนหลับในเวลากลางวัน กิจกรรมที่ทำก่อนเข้านอน การดื่มเครื่องดื่มที่มีกาเฟอีนและแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การใช้ยานอนหลับ ความสม่ำเสมอในการออกกกำลังกาย รวมจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก จำนวน 7 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 13 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติน้อย และปฏิบัติน้อยที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-80 คะแนน ส่วนเกณฑ์การผ่านการกำกับการทดลอง คือ มีคะแนนรวมน้อยกว่า 16 คะแนน

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ สถานะระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคเมเร็งเต้านมและการรักษา ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับระยะของโรคเมเร็งเต้านม สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับและจำนวนรอบที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ (ISI) ของ Morin (1993) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยพัทธยาแก้วแพง (2547) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าสู่การนอนหลับยาก จำนวน 1 ข้อ ด้านการไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง จำนวน 1 ข้อ ด้านการตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ จำนวน 1 ข้อ และด้านผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวน 7 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบตัวเลขบนเส้นตรงแนวนอน ตั้งแต่ 0 ถึง 4 ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ (Morin, 1993) ได้แก่ ไม่มีอาการนอนไม่หลับเลย (0-7 คะแนน) อยู่ในระยะเริ่มต้นของอาการนอนไม่หลับ (8-14 คะแนน) มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง (15-21 คะแนน) และมีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง (22-28 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ (แผนการสอน และคู่มือ) แบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ และแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์ด้านโรคเมเร็งเต้านมและยาเคมีบำบัด พยาบาลด้านโรคเมเร็งเต้านมและยาเคมีบำบัด (2 คน) และอาจารย์พยาบาลด้านโรคเมเร็งเต้านมและยาเคมีบำบัด

(2 คน) ได้คำดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ และแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ เท่ากับ .90 และ 1 ตามลำดับ จากนั้นนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่ศูนย์เคมีบำบัดและดูแลผู้ป่วยระยะสั้น ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ และหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ จากกลุ่มตัวอย่าง (21 คน) และแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับจากกลุ่มตัวอย่าง (42 คน) ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .76 และ .79 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารรับรอง เลขที่ COA.MURA2020/1902 วันที่ 8 ธันวาคม 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมทั้งหมดก่อน โดยพบกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคลในสัปดาห์ที่ 1 ที่ศูนย์เคมีบำบัดและดูแลผู้ป่วยระยะสั้น ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบ

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที ส่วนผู้วิจัยดูแลประวัติผู้ป่วยพร้อมบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคเมรังเด้านมและการรักษา

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ศูนย์เคมีบำบัดและดูแลผู้ป่วยระยะสั้น ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ ประกอบด้วย การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง หลังได้รับยาเคมีบำบัด การรับประทานยาเพื่อบรรเทาอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่อาจทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ และการรับประทานยานอนหลับตามแผนการรักษาของแพทย์

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 4 ในวันที่มารับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป ที่ศูนย์เคมีบำบัดและดูแลผู้ป่วยระยะสั้น ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ ให้ตอบแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 5 นาที จากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ และมอบคู่มือการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ

5. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลในสัปดาห์ที่ 1 ที่ศูนย์เคมีบำบัดและดูแลผู้ป่วยระยะสั้น ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที ส่วนผู้วิจัยดูแลประวัติผู้ป่วยพร้อมบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคเมรังเด้านมและการรักษา

6. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ศูนย์เคมีบำบัดและดูแลผู้ป่วยระยะสั้น ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ และให้ได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ โดยในสัปดาห์ที่ 1 เป็นกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ

และการให้ความรู้ ใช้เวลา 30 นาที ในสัปดาห์ที่ 2 เป็นกิจกรรมการติดตามผลและประเมินปัญหา ใช้เวลา 15 นาที ในสัปดาห์ที่ 3 เป็นกิจกรรมการติดตามผล ใช้เวลา 15 นาที และในสัปดาห์ที่ 4 เป็นกิจกรรมการประเมินผล ใช้เวลา 30 นาที ทั้งนี้ ในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ผู้วิจัยมีการบันทึกข้อมูลการนอนหลับในแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับ

7. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 4 ในวันที่มารับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป ที่ศูนย์เคมีบำบัดและดูแลผู้ป่วยระยะสั้น ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ ให้ตอบแบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ และแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเมรังเด้านมและการรักษา วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ การเปรียบเทียบอาการนอนไม่หลับของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบอาการนอนไม่หลับระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.62 โดยมีอายุเฉลี่ย 50 ปี (*SD* = 6.98) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.86 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 71.43 ไม่ได้ประกอบอาชีพ และประกอบ

อาชีพธุรกิจส่วนตัว มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.57 เท่ากัน และมีรายได้มากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.62 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่ามีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.62 โดยมีอายุเฉลี่ย 49.52 ปี ($SD = 7.05$) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 90.48 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และระดับปริญญาโท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.57 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 76.19 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีรายได้มากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.86

2. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 คิดเป็น

ร้อยละ 66.67 สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ คือ AC (doxorubicin/ cyclophosphamide) คิดเป็นร้อยละ 80.95 และจำนวนรอบที่ได้รับยาเคมีบำบัด คือ รอบที่ 2 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.14 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 66.67 สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ คือ AC (doxorubicin/ cyclophosphamide) คิดเป็นร้อยละ 80.95 และจำนวนรอบที่ได้รับยาเคมีบำบัด คือ รอบที่ 2 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.62

3. การเปรียบเทียบอาการนอนไม่หลับของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.410, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ช่วงเวลา	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
ก่อนการทดลอง ($n = 21$)	10.95	2.22	8.410	< .001
หลังการทดลอง ($n = 21$)	7.80	1.77		

4. การเปรียบเทียบอาการนอนไม่หลับระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนหลัง

การทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.180, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

อาการนอนไม่หลับ	กลุ่มทดลอง (n = 21)		กลุ่มควบคุม (n = 21)		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง	10.95	2.22	10.04	1.88	1.430	.163
หลังการทดลอง	7.80	1.77	9.57	1.80	3.180	.003

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยา การนอนหลับที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยโปรแกรมดังกล่าว เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับ 1) ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ นอนไม่หลับ 2) สุขวิทยาการนอนหลับ 3) การควบคุม วงจรการหลับและตื่น 4) การควบคุมสิ่งแวดล้อม และ 5) กิจกรรมที่ส่งเสริมการนอนหลับเพื่อจัดการความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า ผู้ป่วยจึงมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับเหตุผลในการปฏิบัติ เกิดการเปลี่ยนแปลง ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับ ทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน และการจัดการกับปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่รบกวน การนอนหลับไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้ โปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับยังช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมที่ ส่งเสริมการนอนหลับเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการจัดการ กับปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ ทำให้ การนอนหลับของผู้ป่วยดีขึ้น สอดคล้องกับที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมที่ขัดขวาง การนอนหลับลดลง แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีการปฏิบัติ

สุขวิทยาการนอนหลับที่ไม่เหมาะสมลดลง จึงทำให้ ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับลดลงตามมา สอดคล้องกับ ข้อมูลการรับประทานยานอนหลับของผู้ป่วยที่ลดลง หลังได้รับโปรแกรม ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับ การศึกษาของ Palesh et al. (2018) ที่พบว่า หลัง ได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัด ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีคะแนนอาการนอนไม่หลับต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการความรู้เรื่องโภชนาบำบัด และสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา ชูจิตร, ชนภพร จิตปัญญา, และจรรยา จิมหลวง (2561) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมนอนหลับ ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ส่วนการที่ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับสูงกว่า กลุ่มทดลองนั้น อธิบายได้ว่า การพยาบาลตามปกติ ที่ได้รับประกอบด้วย การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแล ตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัด การรับประทานยาเพื่อ บรรเทาอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่อาจทำให้ เกิดอาการนอนไม่หลับ และการรับประทานยานอนหลับ ตามแผนการรักษาของแพทย์ เป็นการลดการเกิด ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ แต่ปัจจัย คงอยู่ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับอย่างต่อเนื่อง คือพฤติกรรมปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาการนอนหลับ ยังไม่ได้รับการแก้ไข จึงทำให้ผู้ป่วยยังคงมีอาการ นอนไม่หลับ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการแพทย์ควรสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมการปรับสุขภาพการนอนหลับไปใช้ในการพยาบาลตามปกติแก่ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาอาการนอนไม่หลับโดยไม่ใช้ยาและลดการใช้ยานอนหลับลงรวมทั้งเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆที่มีปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับเช่นเดียวกับในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาเคมีบำบัด

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาติดตามและประเมินผลอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขภาพการนอนหลับในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี

2.2 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับสุขภาพการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด เพื่อขยายองค์ความรู้ในการจัดการอาการนอนไม่หลับโดยไม่ใช้ยาให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรรณิกา ชูจิตกร, ชนกพร จิตปัญญา, และจรรยา นิยมหลวง. (2561). ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมนอนต่ออาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(พิเศษ), 184–192.

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. (2555). *มะเร็งเต้านม*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

รัชฎาพร พุทธเสน. (2558). *ผลของการจัดการกับอาการด้วยตนเองร่วมกับการฝึกโยคะต่อความเหนื่อยล้า และการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นันทวรรณ พลสุวรรณ, ผ่องศรี ศรีมรกต, จงจิต เสนหา, และพรชัย โอเจริญรัตน์. (2557). ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 34(3), 19–38.

พัทธิญา แก้วแพง. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. (2563). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2562*. กรุงเทพฯ: นิทรรศการพิมพ์ (ประเทศไทย).

สมถวิล ลูกรักษ์, แม้นมนา จิระจรัส, สุวรรณี สิริเลิศระกุล, และจิตประภา คนมัน. (2556). *คู่มือการดูแลตนเองขณะได้รับยาเคมีบำบัด*. กรุงเทพฯ: ศูนย์มะเร็ง เพื่อความเป็นเลิศคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.

หนึ่งฤทัย อุดเงิน. (2556). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ สุขวิทยาการนอนหลับ อาการร้อนวูบวาบ การรบกวนด้านอารมณ์ กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Ancoli-Israel, S., Liu, L., Marler, M. R., Parker, B. A., Jones, V., Sadler, G. R., ... Fiorentino, L. (2006). Fatigue, sleep, and circadian rhythms prior to chemotherapy for breast cancer. *Supportive Care in Cancer*, 14(3), 201–209. doi:10.1007/s00520-005-0861-0

Bower, J. E. (2008). Behavioral symptoms in patients with breast cancer and survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 26(5), 768–777. doi:10.1200/JCO.2007.14.3248

- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394–424. doi:10.3322/caac.21492
- Broeckel, J. A., Jacobsen, P. B., Horton, J., Balducci, L., & Lyman, G. H. (1998). Characteristic and correlates of fatigue after adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 16(5), 1689–1696. doi:10.1200/JCO.1998.16.5.1689
- Fiorentino, L., & Ancoli-Israel, S. (2006). Insomnia and its treatment in women with breast cancer. *Sleep Medicine Reviews*, 10(6), 419–429. doi:10.1016/j.smrv.2006.03.005
- Fortner, B. V., Stepanski, E. J., Wang, S. C., Kasproicz, S., & Durrence, H. H. (2002). Sleep and quality of life in breast cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(5), 471–480. doi:10.1016/s0885-3924(02)00500-6
- Glovinsky, P., & Spielman, A. (2006). *The insomnia answer*. New York: Penguin Group.
- Morin, C. M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York: Guilford Press.
- National Institutes of Health. (2005). National Institutes of Health State of the Science Conference statement on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults, June 13–15, 2005. *Sleep*, 28(9), 1049–1057. doi:10.1093/sleep/28.9.1049
- Palesh, O., Aldridge-Gerry, A., Zeitzer, J. M., Koopman, C., Neri, E., Giese-Davis, J., ... Spiegel, D. (2014). Actigraphy-measured sleep disruption as a predictor of survival among women with advanced breast cancer. *Sleep*, 37(5), 837–842. doi:10.5665/sleep.3642
- Palesh, O. G., Roscoe, J. A., Mustian, K. M., Roth, T., Savard, J., Ancoli-Israel, S., ... Morrow, G. R. (2010). Prevalence, demographics, and psychological associations of sleep disruption in patients with cancer: University of Rochester Cancer Center-Community Clinical Oncology Program. *Journal of Clinical Oncology*, 28(2), 292–298. doi:10.1200/JCO.2009.22.5011
- Palesh, O., Scheiber, C., Kesler, S., Janelins, M. C., Guido, J. J., Heckler, C., ... Mustian, K. M. (2018). Feasibility and acceptability of brief behavioral therapy for cancer-related insomnia: Effects on insomnia and circadian rhythm during chemotherapy: A phase II randomised multicentre controlled trial. *British Journal of Cancer*, 119(3), 274–281. doi:10.1038/s41416-018-0154-2

- Roth, T. (2007). Insomnia: Definition, prevalence, etiology, and consequences. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 3(Suppl. 5), 7–10. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17824495/>
- Savard, J., & Morin, C. M. (2001). Insomnia in the context of cancer: A review of a neglected problem. *Journal of Clinical Oncology*, 19(3), 895–908. doi:10.1200/JCO.2001.19.3.895
- Vena, C., Parker, K., Cunningham, M., Clark, J., & McMillan, S. (2004). Sleep-wake disturbances in people with cancer part I: An overview of sleep, sleep regulation, and effects of disease and treatment. *Oncology Nursing Forum*, 31(4), 735–746. doi:10.1188/04.ONF.735-746
-

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร* Factors Influencing Food Consumption Behavior among Senior High School Students, Khlong Khlung District, Kamphaeng Phet Province*

น้ำทิพย์ อุ่นแก้ว, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)¹

Namthip Unkaew, M.P.H. (Public Health)¹

จุฑารัตน์ รักประสิทธิ์, Ph.D. (Global Health Entrepreneurship)²

Jutarat Rakprasit, Ph.D. (Global Health Entrepreneurship)²

Received: February 5, 2023

Revised: May 19, 2023

Accepted: May 30, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนคลองขลุงราษฎร์รังสรรค์ อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 196 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร มีค่าความเชื่อมั่น .77 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร มีค่าความเชื่อมั่น .75 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ มีค่าความเชื่อมั่น .77 แบบสอบถามปัจจัยเสริม มีค่าความเชื่อมั่น .81 และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีค่าความเชื่อมั่น .89 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

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

¹ มหบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

¹ Master, Faculty of Public Health, Naresuan University

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

² อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร: อาจารย์ที่ปรึกษา

² Instructor, Faculty of Public Health, Naresuan University: Advisor

ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 41.05, SD = 5.04$) การศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เกรดเฉลี่ยสะสม ทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และอิทธิพลจากเพื่อน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้ร้อยละ 31.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .314, p < .001$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายได้มากที่สุด คือ ทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ($Beta = -.264, p < .001$) รองลงมา คือ อิทธิพลจากเพื่อน ($Beta = .247, p < .01$) การศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ($Beta = -.157, p < .05$) และเกรดเฉลี่ยสะสม ($Beta = .151, p < .05$) ตามลำดับ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารโรงเรียนควรสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือระหว่างครูกับผู้ปกครองในการปลูกฝังแนวคิดด้านโภชนาการ และควรส่งเสริมให้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภคอาหาร นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย PRECEDE Model

Abstract

This predictive correlational research aimed to study factors influencing food consumption behavior among senior high school students. The samples were 196 senior high school students, Khlongkhluangtrangsang School, Khlong Khluang District, Kamphaeng Phet Province. The research instruments included the personal factors questionnaire, the knowledge toward food consumption questionnaire with reliability of .77, the attitude toward food consumption questionnaire with reliability of .75, the enabling factors questionnaire with reliability of .77, the reinforcing factors questionnaire with reliability of .81, and the food consumption behavior questionnaire with reliability of .89. Data were collected from January to April, 2019. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis.

The research results revealed that the total mean score of food consumption behavior among senior high school students was at a moderate level ($M = 41.05, SD = 5.04$). 10th grade, cumulative grade point average, attitude toward food consumption, and influence from friends were statistically significantly accounted for 31.40% of the variance of food consumption behavior among senior high school students ($R^2 = .314, p < .001$). The most predicting factor was attitude toward food consumption ($Beta = -.264, p < .001$), followed by influence from friends ($Beta = .247, p < .01$), 10th grade ($Beta = -.157, p < .05$), and cumulative grade point average ($Beta = .151, p < .05$), respectively.

This research suggests that school administrators should enhance the collaboration between teachers and parents for cultivating the concepts of nutrition and should encourage senior high school students to have practical guidelines to increase appropriate food consumption behavior.

Keywords: Food consumption behavior, Senior high school students, PRECEDE Model

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาหารและโภชนาการเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความสำคัญต่อการมีสุขภาพที่ดีของทุกช่วงวัย ในแต่ละช่วงวัยควรบริโภคอาหารที่มีความปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการในปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่นที่ร่างกายกำลังอยู่ในช่วงที่เจริญเติบโตสูงสุด (growth spurt) ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สำคัญของชีวิตที่กำลังก้าวข้ามจากวัยเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ วัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสรีระร่างกาย ด้านสติปัญญา ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ และด้านสังคม (คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ, 2559) ทำให้ร่างกายของวัยรุ่นมีความต้องการสารอาหารในปริมาณสูง เพื่อนำไปใช้ในการทำกิจกรรมในแต่ละวัน แต่ด้วยการเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัฒนธรรม และความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีที่ทันสมัยมากขึ้น ทำให้การใช้ชีวิตในปัจจุบันมีความเร่งรีบมากขึ้น ส่งผลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโดยไม่สนใจคุณค่าทางโภชนาการ บริโภคอาหารในปริมาณที่มากเกินไป ความต้องการของร่างกาย หรือบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง จนอาจกลายเป็นนิสัยอย่างถาวร และอาจทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกายในระยะยาวได้ (ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์ และวรารัตนา อุดมทรัพย์, 2560)

ปัญหาภาวะโภชนาการเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญ ที่องค์การอนามัยโลกได้มีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 ซึ่งปัญหาภาวะโภชนาการที่พบมากในช่วงอายุ 12-18 ปี มีทั้งปัญหาทุพโภชนาการและปัญหาภาวะโภชนาการเกิน จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2560

พบว่า เด็กและวัยรุ่นทั่วโลกมีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ และเป็นโรคอ้วนมากถึง 43 ล้านคน ซึ่งปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาสำคัญที่ถูกคามสุขภาพของประชาชนทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา (กัลยาณี โนอินทร์, 2560) สำหรับประเทศไทย ปัญหาทุพโภชนาการและปัญหาโภชนาการเกินในเด็กได้ทวีความรุนแรงมากขึ้น และนำไปสู่ความเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ เพิ่มขึ้น เช่น โรคอ้วน โรคหลอดเลือดสมอง และหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเมธิว (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2562)

จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยในปี พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้ที่มีอายุ 15-24 ปี มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารมื้อหลักมากกว่า 3 มื้อ และนิยมบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง 1-2 วันต่อสัปดาห์ รวมทั้งนิยมซื้ออาหารสำเร็จรูป ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคอ้วน และส่งผลเสียต่อสุขภาพ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) และจากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยในปี พ.ศ. 2560 ชี้ให้เห็นถึงสถานการณ์อย่างต่อเนื่องในการเลือกบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่น โดยพบว่า ผู้ที่มีอายุ 15-24 ปี มีการบริโภคอาหารสำเร็จรูปและมีสัดส่วนในการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงมากกว่าวัยอื่น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) นอกจากนี้ ผู้ที่มีอายุ 15-24 ปี มักเลือกบริโภคอาหารตามสื่อโฆษณา เช่น ขนม น้ำอัดลม ชา กาแฟ (สิริดา พรหมสุนทร, 2556) และมีค่านิยมในการเลือกบริโภคอาหารที่ง่าย รวดเร็ว สะดวก และมีคุณค่าน้อย เช่น ของหวาน ของมัน ของทอด เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

(ธีรวิทย์ วราธรไพบูลย์, 2557) รวมทั้งไม่ชอบดื่มน้ำเปล่า บริโภคอาหารไม่ตรงเวลาและไม่ครบ 5 หมู่ โดยส่วนใหญ่จะไม่ปรุงอาหารเอง (เกียรติพงษ์ เชื้อนรอบเขต, 2556) ซึ่งหากบริโภคอาหารโดยไม่คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ หรือบริโภคอาหารเกินความจำเป็น ก็อาจทำให้เกิดโรคหรือการเจ็บป่วยต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน โรคกระเพาะต่างๆ ซึ่งโรคเหล่านี้เกิดขึ้นจากการสะสมของอาหารที่บริโภคเข้าไป (มนิณี ศรีเปารยะ เพ็ญพงษ์, 2559) นอกจากนี้การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมยังอาจทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร เกิดโรคโลหิตจาง และโรคคอพอก รวมทั้งทำให้เกิดผลกระทบต่ออาการเจริญเติบโตของร่างกาย พัฒนาการ และระดับสติปัญญา นำไปสู่การขาดสมาธิในการเรียนและการเจ็บป่วยได้ (อดิษา สังขะทิพย์ และสุวลี โลวีกรณ, 2560)

อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร เป็นอำเภอหนึ่งที่กำลังประสบปัญหาภาวะโภชนาการในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่น ดังข้อมูลที่พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2558-2560 นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในอำเภอคลองขลุงประสบปัญหาโภชนาการเกินและทุพโภชนาการ คิดเป็นร้อยละ 35.48, 37.78 และ 45.54 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร, 2560) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาดังกล่าวในพื้นที่อำเภอคลองขลุงยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบจำลอง PRECEDE Model ของ Green and Kreuter (1999) ซึ่งได้อธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุร่วมกัน โดยสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) และปัจจัยเสริม (reinforcing factors) โดยปัจจัยนำ

เป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่ช่วยกระตุ้นแรงขับเคลื่อนตัวของบุคคลให้ปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ความรู้ ทักษะคติ ส่วนปัจจัยเอื้อ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม แล้วทำให้เกิดพฤติกรรมขึ้น เช่น ความมีอยู่และเพียงพอของสิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับปัจจัยเสริม เป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม ซึ่งเป็นการสนับสนุนจากบุคคลอื่น หรือจากภายนอก เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อน ครู (นรลักษณ์ เอื้อกิจ และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี, 2562) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้และทัศนคติด้านโภชนาการ อิทธิพลจากสื่อมวลชน อิทธิพลจากเพื่อน และสิ่งแวดล้อมต่างๆ (นาวารินทร์ พันธุ์ชัยภูมิ และพิษณุ อุดตมะเวทิน, 2564; บุญฤทธิ์ ประสิทธิ์นราพันธุ์ และคณะ, 2560; วาสนา พัวปัญญา, บุญถม แพงดี, และคำเส็ง พิลาวง, 2558; ศักดิ์อนันต์ รัตนสารชัย, 2562; สุทธิพงษ์ วงวิริยะ, วุฒิชัย จริยา, และจุฑารัตน์ รักประสิทธิ์, 2562) จึงได้นำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ โดยผลการวิจัยที่ได้จะนำมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมหรือปรับเปลี่ยนให้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม นำไปสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นปีที่ศึกษา เกรดเฉลี่ยสะสม ภาวะโภชนาการ จำนวน

สมาชิกในครัวเรือน ที่อยู่อาศัย อาชีพของผู้ปกครอง รายได้ของผู้ปกครอง ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง และเงินที่ได้รับจากผู้ปกครอง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

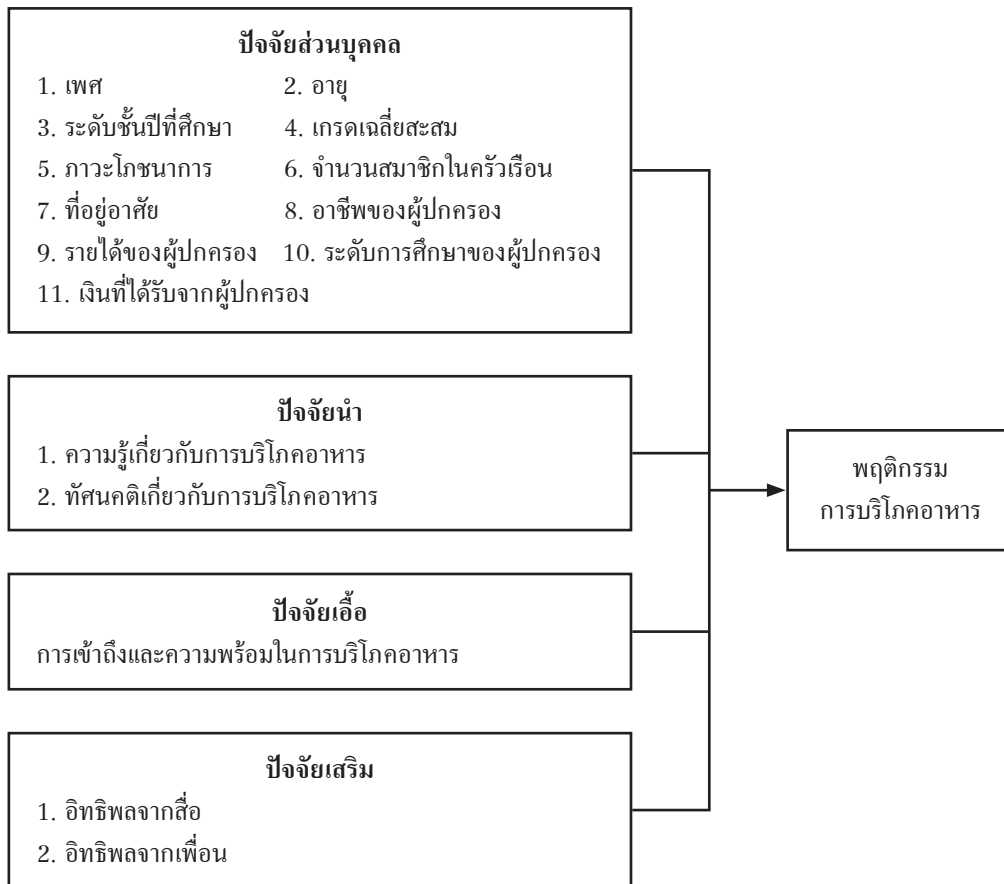
2. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

3. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงและความพร้อมในการบริโภคอาหาร มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

4. ปัจจัยเสริม ได้แก่ อิทธิพลจากสื่อ และอิทธิพลจากเพื่อน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบจำลอง PRECEDE Model ของ Green and Kreuter (1999) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยผู้วิจัยคัดสรรตัวแปรที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นปีที่ศึกษา เกรดเฉลี่ยสะสม ภาวะโภชนาการ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ที่อยู่อาศัย อาชีพของผู้ปกครอง รายได้ของผู้ปกครอง ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง และเงินที่ได้รับจากผู้ปกครอง ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงและความพร้อมในการบริโภคอาหาร และปัจจัยเสริม ได้แก่ อิทธิพลจากสื่อ และอิทธิพลจากเพื่อน สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ปีการศึกษา 2561 โรงเรียนคลองขลุงราษฎร์รังสรรค์ อำเภอกลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 561 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) สามารถพูด ฟัง และเข้าใจภาษาไทยได้ดี และไม่มีปัญหาการได้ยิน 2) ได้รับการยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัยจากผู้ปกครอง และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่าง

โดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยกรณีทราบขนาดประชากร (Daniel, 1995) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 แทนค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .41 (จากการศึกษาของสุระเดช ไชยตอกเกี้ย [2561]) และกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 178 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 196 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยจำแนกนักเรียนตามระดับชั้นปี และกำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละระดับชั้นปี ด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ

ตามสัดส่วนประชากร จากนั้นกำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละห้องเรียน ตามสัดส่วนประชากร แล้วสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบในแต่ละห้องเรียน โดยกำหนดหมายเลขประจำหน่วยตามบัญชีรายชื่อนักเรียน และกำหนดช่วงการสุ่ม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับชั้นปีที่ศึกษา เกรดเฉลี่ยสะสม ภาวะโภชนาการ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ที่อยู่อาศัย อาชีพของผู้ปกครอง รายได้ของผู้ปกครอง ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง และเงินที่ได้รับจากผู้ปกครอง มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยนำ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 2 ชุดย่อย ดังนี้

2.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกว่าใช่หรือไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิดให้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1975) ได้แก่ มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารในระดับต่ำ (0-7 คะแนน) ในระดับปานกลาง (8-9 คะแนน) และในระดับสูง (10-12 คะแนน)

2.2 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 8 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยมาก ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารในระดับไม่ดี (18-30 คะแนน) ในระดับปานกลาง (31-42 คะแนน)

และในระดับดี (43-54 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงและความพร้อมในการบริโภคอาหาร ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยมาก ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีปัจจัยเอื้อในระดับเข้าถึงได้ยาก (5-8 คะแนน) ในระดับเข้าถึงได้ปานกลาง (9-12 คะแนน) และในระดับเข้าถึงได้ง่าย (13-15 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยเสริม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 2 ชุดย่อย ดังนี้

4.1 แบบสอบถามอิทธิพลจากสื่อ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่ได้รับเลย ได้รับบางครั้ง และได้รับเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับอิทธิพลจากสื่อในระดับต่ำ (5-8 คะแนน) ในระดับปานกลาง (9-12 คะแนน) และในระดับสูง (13-15 คะแนน)

4.2 แบบสอบถามอิทธิพลจากเพื่อน จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่ได้รับเลย ได้รับบางครั้ง และได้รับเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับอิทธิพลจากเพื่อนในระดับต่ำ (6-10 คะแนน) ในระดับปานกลาง (11-14 คะแนน) และในระดับสูง (15-18 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 8 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ

ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในระดับไม่ดี (19–31 คะแนน) ในระดับปานกลาง (32–44 คะแนน) และในระดับดี (45–57 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ แบบสอบถามปัจจัยเสริม และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยอาจารย์มหาวิทยาลัยที่เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมสุขภาพ (2 คน) และพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านอนามัยชุมชน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถามแต่ละชุดอยู่ในช่วง .67–1.00 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนทุ่งทรายวิทยา อำเภอทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .77 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติ, แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ แบบสอบถามปัจจัยเสริม และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .75, .77, .81 และ .89 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (เอกสารรับรอง เลขที่ COA No. 059/2019 และ IRB No. 0026/62 วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย

รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากสาธารณสุขอำเภอคลองขลุง และผู้อำนวยการโรงเรียนคลองขลุงราษฎร์รังสรรค์ เข้าพบครูประจำชั้นชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงเรียน แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 25 นาที ทั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลปัจจัยนำ ข้อมูลปัจจัยเอื้อ ข้อมูลปัจจัยเสริม และข้อมูลพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 69.90 มีอายุในช่วง 17–18 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.31 โดยมีอายุเฉลี่ย 17 ปี ($SD = .94$) ศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.71 มีเกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ในช่วง 3.00–3.49 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.84 โดยมีเกรดเฉลี่ยสะสมเฉลี่ย 3.11 ($SD = .43$) มีภาวะโภชนาการสมส่วน (BMI อยู่ในช่วง 18.50–22.90 กก./ม.²) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.92 มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 4–5 คน (ครอบครัวขนาดกลาง) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.67 ทั้งหมดอาศัยอยู่ที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้ปกครองมีอาชีพรับจ้าง มากที่สุด

คิดเป็นร้อยละ 35.71 ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีรายได้ อยู่ในช่วง 5,001–15,000 บาทต่อเดือน คิดเป็น ร้อยละ 78.06 โดยมีรายได้เฉลี่ย 13,163.52 บาท ต่อเดือน ($SD = 7,768.84$) ผู้ปกครองมีการศึกษา ระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.49 และส่วนใหญ่ได้รับเงินจากผู้ปกครองอยู่ในช่วง 40–69 บาทต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 74.49 โดยได้รับเงินจาก ผู้ปกครองเฉลี่ย 62.65 บาทต่อวัน ($SD = 18.73$)

2. ปัจจัยนำ

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีความรู้เกี่ยวกับ การบริโภคอาหารในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 49.49 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.05 คะแนน ($SD = 1.50$)

2.2 ทักษะคิดเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายส่วนใหญ่มีทักษะคิด เกี่ยวกับการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 62.76 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 40.61 คะแนน ($SD = 4.50$)

3. ปัจจัยเอื้อ พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ตอนปลายมีการเข้าถึงและความพร้อมในการบริโภค อาหารในระดับเข้าถึงได้ปานกลาง มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 52.04 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.78 คะแนน ($SD = 2.18$)

4. ปัจจัยเสริม

4.1 อิทธิพลจากสื่อ พบว่า นักเรียนชั้นมัธยม

ศึกษาตอนปลายได้รับอิทธิพลจากสื่อในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.36 คะแนน ($SD = 2.25$)

4.2 อิทธิพลจากเพื่อน พบว่า นักเรียนชั้น มัธยมศึกษาตอนปลายส่วนใหญ่ได้รับอิทธิพลจากเพื่อน ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 71.43 โดยมีคะแนน เฉลี่ยเท่ากับ 11.34 คะแนน ($SD = 2.31$)

5. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ตอนปลายส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารใน ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75.51 โดยมีคะแนน เฉลี่ยเท่ากับ 41.05 คะแนน ($SD = 5.04$)

6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภค อาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า การศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เกรดเฉลี่ยสะสม ทักษะคิดเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และอิทธิพลจากเพื่อน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้ร้อยละ 31.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .314, p < .001$) โดยทักษะคิดเกี่ยวกับการบริโภคอาหารสามารถทำนาย พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ตอนปลายได้มากที่สุด ($Beta = -.264, p < .001$) รองลงมา คือ อิทธิพลจากเพื่อน ($Beta = .247, p < .01$) การศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ($Beta = -.157, p < .05$) และเกรดเฉลี่ยสะสม ($Beta = .151, p < .05$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (n = 196)

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	t	p
ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	-.295	.077	-.264	-3.817	< .001
อิทธิพลจากเพื่อน	.537	.166	.247	3.241	.001
การศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4	-1.645	.736	-.157	-2.237	.026
เกรดเฉลี่ยสะสม	1.778	.776	.151	2.291	.023

Constant = 38.929, R = .560, R² = .314, adj. R² = .295, F = 17.355, p < .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง (ร้อยละ 75.51) ทั้งนี้เนื่องจากนักเรียนอยู่ในช่วงวัยรุ่นที่มักปฏิบัติสิ่งต่างๆ รวมทั้งการบริโภคอาหารที่คล้ายคลึงกับเพื่อน เพื่อให้เกิดการยอมรับในกลุ่มเพื่อน โดยมักเลือกชนิดอาหารตามความชอบหรือเป็นที่นิยมในกลุ่มวัยรุ่น ประกอบกับผู้ปกครองของนักเรียนมีอาชีพรับจ้าง มากที่สุด (ร้อยละ 35.71) จึงอาจทำให้ไม่มีเวลาในการจัดเตรียมอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการให้แก่ นักเรียน อย่างไรก็ตาม นักเรียนกำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 มากที่สุด (ร้อยละ 35.71) ซึ่งได้เรียนเกี่ยวกับหลักการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมจากบทเรียนในชั้นเรียนมาแล้ว จึงทำให้นักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิพงษ์ วังวิริยะ และคณะ (2562) ที่พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของอรรณพ ม่วงวงษา และกุลวดี เฟ่งวา (2563) ที่พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

โดยรวมในระดับปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่า การศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เกรดเฉลี่ยสะสม ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และอิทธิพลจากเพื่อน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้ร้อยละ 31.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้มากที่สุด โดยมีอิทธิพลทางลบ ซึ่งหากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีทัศนคติที่มีอิทธิพลทางลบต่อพฤติกรรม จะทำให้ไม่สามารถนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ดีได้ สอดคล้องกับการศึกษาของศักดิ์อนันต์ รัตนสาครชัย (2562) ที่พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียน ซึ่งอิทธิพลหรือความสัมพันธ์ทางลบที่พบอาจเกิดขึ้นได้แม้ว่าทัศนคติจะแสดงให้เห็นแนวโน้มของการกระทำ (นรลักษณ์ เอื้อกิจ และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี, 2562) แต่ในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อาจเกิดจากการได้รับอิทธิพลด้านอื่นๆ ร่วมด้วย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ดี เช่น รับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ รับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ซึ่งอาจเกิดจากการตื่นสาย หรือมีเวลาน้อยในการที่จะเลือกบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า อิทธิพลจากเพื่อนสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้ โดยมีอิทธิพลทางบวก แสดงให้เห็นว่า หากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้รับอิทธิพลจากเพื่อนในลักษณะที่เป็นการเสริมแรงทางบวก จะส่งผลให้นักเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Green and Kreuter (1999) ที่อธิบายว่า การได้รับแรงกระตุ้นจากเพื่อนจะเสริมให้บุคคลเกิดพฤติกรรมซึ่งเป็นไปได้ทั้งการเสริมแรงทางบวกและทางลบ โดยการวิจัยครั้งนี้ผลเกิดขึ้นในทางบวก สอดคล้องกับการศึกษาของอิสริยา พรหมมา และชัยนันท์ เหมือนเพชร (2557) ที่พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเพื่อนสนิทมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียน

ผลการวิจัยพบว่า การศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้ โดยมีอิทธิพลทางลบ แสดงให้เห็นว่า การที่นักเรียนศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ด้อยกว่าในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และปีที่ 6 ทั้งนี้อาจเนื่องจากเมื่อนักเรียนได้ศึกษาในระดับชั้นที่สูงขึ้น จะทำให้ได้รับความรู้หรือเกิดการพัฒนาทักษะการรับรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ หรือมีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ดีขึ้น อันนำไปสู่ความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้แสดงออกถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิด PRECEDE Model ที่กล่าวว่า การรับรู้เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีอิทธิพลในการจูงใจให้เกิดการแสดงพฤติกรรม (นรลักษณ์ เอื้อกิจ และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี, 2562) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของเอกพล บุญช่วยชู (2559) ที่พบว่า ระดับชั้นปีที่กำลังศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารไทยของนักศึกษาระดับปริญญาตรี

ผลการวิจัยพบว่า เกรดเฉลี่ยสะสมสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้ โดยมีอิทธิพลทางบวก แสดงให้เห็นว่า หากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีเกรดเฉลี่ยสะสมสูงขึ้น จะส่งผลให้นักเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่นักเรียนมีเกรดเฉลี่ยสะสมที่สูงขึ้นสะท้อนถึงการมีความรู้ความเข้าใจในสิ่งต่างๆ ที่ได้เรียนรู้ รวมถึงเรื่องการบริโภคอาหารที่มีคุณค่า ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติตัวหรือการแสดงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม จึงทำให้นักเรียนมีการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีเพิ่มขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของมณฑนาดี เมธาพัฒนา (2560) ที่พบว่า เกรดเฉลี่ยสะสมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารโรงเรียนควรสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือระหว่างครูกับผู้ปกครองในการปลูกฝังแนวคิดด้านการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการตามวัย และควรส่งเสริมให้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีแนวทางในการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เพื่อให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายระหว่างในพื้นที่เขตเมืองกับเขตชนบท เพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนให้ดียิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนและศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม

เอกสารอ้างอิง

- กัลยาณี โนนินทร์. (2560). ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในวัยรุ่นและวัยรุ่นไทย. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(พิเศษ 2), 1-8.
- เกียรติพงษ์ เพ็ญรอบเขต. (2556). *การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนสตรีวิทยา 2* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ. (2559). *องค์ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการสำหรับทุกช่วงวัย*. นนทบุรี: ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.
- ธีรวิธ วรารักษ์. (2557). พฤติกรรมการบริโภคอาหารนิยมบริโภคกับอาหารเพื่อสุขภาพ. *วารสารปัญหาวิวัฒน์*, 5(2), 255-264.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ, และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. (2562). การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ. *วารสารพยาบาลสภาภาคไทย*, 12(1), 38-48.
- นาวรินทร์ พันธุ์ชัยภูมิ, และพิษณุ อุดมตะเวทิน. (2564). พฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนเวียงน้อยศึกษา จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 14(1), 49-56.
- บุญฤทธิ์ ประสิทธิ์นราพันธุ์, วิมล อ่อนแสง, ปฐพร แสงเขียว, ดุจเดือน เขียวเหลือง, อดุลย์ วุฒิจูรินทร์, อัญชลี เข้มเพชร, และสายฝน วรรณขาว. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 9(2), 41-53.
- ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์, และวรางคณา อุดมทรัพย์. (2560). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นไทย ผลกระทบและแนวทางแก้ไข. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 28(1), 122-128.
- มโนลี ศรีเปารยะ เพ็ญพงษ์. (2559). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มนักเรียนและนักศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิทยาการจัดการมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี*, 3(1), 109-126.
- มณฑนาดี เมธาพัฒนา. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(3), 20-29.
- วาสนา พัวปัญญา, บุญถม แพงดี, และคำเส็ง พิลาวง. (2558). พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายอำเภอเมืองไชยเชษฐา นครหลวงเวียงจันทน์ สปป. ลาว. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 8(4), 50-56.
- ศักดิ์อนันต์ รัตนสารชัย. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมืองชุมพร จังหวัดชุมพร. *วารสารอาหารและยา*, 26(2), 93-100.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2562). *รายงานประจำปี 2562 ชีวิตดีเริ่มที่เรา สร้างเสริมสุขภาพดีที่ทุกคนทำได้*. สืบค้นจาก <https://dl.parliament.go.th/backoffice/viewer2300/web/previewer.php>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *รายงานสถิติรายปีประเทศไทย 2557*. สืบค้นจาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/pubs/e-book/SYB-2014/index.html>

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *รายงานสถิติรายปี ประเทศไทย 2560*. สืบค้นจาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/pubs/e-book/SYB-2017/index.html>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. (2560). *รายงานประจำปี 2560*. กำแพงเพชร: ผู้แต่ง.
- สิริดา พรหมสุนทร. (2556). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา (วิทยาลัยนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุทธิพงษ์ วงวิริยะ, วุฒิชัย จริยา, และจุฑารัตน์ รักประสิทธิ์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนน้ำดิบวิทยาคม อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 1(2), 45–54.
- สุระเดช ไชยตอกเกีย. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยผู้ใหญ่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย*, 13(45), 68–78.
- อดิชา สังกะทิพย์, และสุวลี โสวีกรณ. (2560). พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนในตำบลกุดปลาตุ อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 19(1), 178–189.
- อรรณพ ม่วงวงษา, และกุลวดี เ่งวา. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนวัดจันทราวาส (ศุภประสารราษฎร์) จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล*, 5(1), 1–16.
- อิสริยา พรหมมา, และชัยนันท์ เหมือนเพชร. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนโรงเรียนวัดศิริจันทราธรรม จังหวัดปทุมธานี. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการ การพัฒนาชนบทที่ยั่งยืน ครั้งที่ 4 ประจำปี 2557* (น. 435–442). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เอกพล บุญช่วยชู. (2559). ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารไทยของนักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยดุสิตธานี กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิทยาลัยดุสิตธานี*, 10(2), 165–179.
- Bloom, B. S. (1975). *Taxonomy of education*. New York: David McKay.
- Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (Eds.). (1999). *Health promotion planning: An educational and ecological approach* (3rd ed.). Mountain View, CA: Mayfield Publishing.

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในเขตชุมชนชนบท จังหวัดนครราชสีมา Selected Factors Related to Depression of Elderly People in Rural Area of Nakhon Ratchasima Province

กชกร ฉายากุล, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)¹
Kotchakorn Chayakul, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing)¹

Received: February 6, 2023 Revised: May 29, 2023 Accepted: June 5, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบท จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 138 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังสุขภาพจิต มีค่าความเชื่อมั่น .77 แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .92 แบบสัมภาษณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีค่าความเชื่อมั่น .72 และแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) มีค่าความเชื่อมั่น .73 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Fisher's exact test, Chi-square test และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 13.479, p < .01$ และ $\chi^2 = 10.048, p < .05$ ตามลำดับ) และ 2) การรับรู้พลังสุขภาพจิต การมีส่วนร่วมทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.567, p < .001$; $r = -.257, p < .01$ และ $r = -.208, p < .05$ ตามลำดับ)

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ Instructor, Borommarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, E-mail: kotchakotn@knc.ac.th

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพควรประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ และควรมีการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต การมีส่วนร่วมทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ การรับรู้พลังสุขภาพจิต การมีส่วนร่วมทางสังคม
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

Abstract

This descriptive correlational research aimed to study the selected factors related to depression of elderly people in rural area. The samples consisted of 138 elderly people in rural area of Nakhon Ratchasima Province. The research instruments included the personal data interview questionnaire, the perception of resilience quotient interview questionnaire with reliability of .77, the social participation interview questionnaire with reliability of .92, the spiritual well-being interview questionnaire with reliability of .72, and the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) with reliability of .73. Data were collected from November to December, 2019. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Fisher's exact test, Chi-square test, and Pearson's product moment correlation.

The research results revealed that 1) smoking and alcohol consumption were statistically significantly related to depression of elderly people ($\chi^2 = 13.479, p < .01$ and $\chi^2 = 10.048, p < .05$, respectively); and 2) perception of resilience quotient, social participation, and spiritual well-being were negatively statistically significantly related to depression of elderly people ($r = -.567, p < .001$; $r = -.257, p < .01$; and $r = -.208, p < .05$, respectively).

This research suggests that health care providers should assess depression of elderly people who regularly smoke or drink as well as enhance resilience quotient, social participation, and spiritual well-being. This will help prevent depression among elderly people.

Keywords: Depression of elderly people, Perception of resilience quotient,
Social participation, Spiritual well-being

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยจัดเป็นสังคมสูงอายุ (aging society) จากสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ในปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 12,698,362 คน คิดเป็นร้อยละ 19.21 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566ก) ซึ่งมีแนวโน้มว่าประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) ในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า และมีการคาดการณ์ว่าจะเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (super aged society) โดยคาดว่าจะมีประชากรสูงอายุมากกว่าร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2583 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) เป็นที่ทราบกันดีว่า อายุที่เพิ่มมากขึ้นนำมาซึ่งความเสี่ยงของร่างกาย ในขณะที่ผู้สูงอายุยังต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางสังคมและชุมชน สถานภาพทางการเงิน ความสัมพันธ์ในครอบครัว รวมทั้งลักษณะสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ทั้งสิ้น (ดุยภูมิ กาวิวงศ์ และรุจิรา ดวงสงค์, 2563; อังควรา วงษาสันต์ และนพรัตน์ บุญเพียรผล, 2560)

ปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยอย่างหนึ่งในผู้สูงอายุ คือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ ผู้สูงอายุมักประสบภาวะซึมเศร้ามากขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ที่อายุน้อยกว่า โดยพบภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 5.70 ของผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกหม่นหมอง เหนื่อยหน่าย หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และอาจมีความรุนแรงจนกลายเป็นโรคซึมเศร้า (World Health Organization [WHO], 2021) และในที่สุดอาจนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตาย (Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009) นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร่ายังอาจทำให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมาก และนำไปสู่ความบกพร่องในการใช้ชีวิตประจำวัน รวมทั้งส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของตนเองได้ไม่ดี และมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการบริการทางสุขภาพด้วย (WHO, 2017)

การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางจิตสังคมหลายประการ เช่น เพศ (Suttajit et al., 2010) อายุ (นันทิดา ทองอัม, 2565) สถานภาพสมรส (อรสา ไชยทอง และพีรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย, 2554) การมีโรคประจำตัว (Haseen & Prasartkul, 2011) ความเพียงพอของรายได้ (ชุติมา มาลัย, รุ่งทิพย์ ไชยโยธียงค์, เพ็ญภา แดงด้อมมฤทธิ์, และศรีสกุล เจริญแหลม, 2562) สัมพันธภาพในครอบครัว (โสภณ แสงอ่อน, พรเพ็ญ ลำเกา, และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2550) การใช้สารเสพติด (อรสา ไชยทอง และพีรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย, 2554) เช่น การสูบบุหรี่ (Holahan et al., 2011) การดื่มแอลกอฮอล์ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (มุจรินทร์ พุทธิเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตหรือความเข้มแข็งทางใจ (อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) การมีส่วนร่วมทางสังคม (นิรัชรา ศศิธร และพีรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย, 2558) และความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Jang, 2004; Kim & Lee, 2013)

รายงานการวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดต่างๆ ของประเทศไทย มีอัตราที่แตกต่างกันในแต่ละรายงาน ตั้งแต่ร้อยละ 15.30 (นภา พวงรอด, 2558) จนถึงร้อยละ 37.33 (ชุติมา มาลัย และคณะ, 2562) สำหรับจังหวัดนครราชสีมาซึ่งมีผู้สูงอายุจำนวน 511,969 คน คิดเป็นร้อยละ 19.46 ของประชากรทั้งหมด จัดเป็นลำดับ 2 รองจากกรุงเทพมหานคร (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566ข) แสดงให้เห็นถึงความต้องการการดูแลสุขภาพในด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท เมื่อพิจารณาถึงปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่ามีรายงานการศึกษาในเขตเทศบาลตำบลห้วยทะเล อำเภอมืองนครราชสีมา พบผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร่าย้อยละ 28.35 (ภัทรา เสี่ยมในเมือง, ศรีวรรณ เอมราช, และจันสุดา สีลาเขตต์, 2553) ในขณะที่ผลการศึกษาที่บ้านมะค่า ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอมืองนครราชสีมา พบผู้สูงอายุที่มี

ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าร้อยละ 56.30 โดยส่วนใหญ่ไม่มีอาการหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าน้อยมาก (กานต์พิชญา เนตรพิสิทธิ์กุล, 2562) ซึ่งพื้นที่ทั้ง 2 แห่ง เป็นเขตชุมชนเมืองและชุมชนกึ่งเมือง ทั้งนี้ ปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญที่บุคลากรสุขภาพควรทำความเข้าใจและจัดการกับปัญหาดังกล่าวอย่างเหมาะสม ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงศึกษาปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบท จังหวัดนครราชสีมา เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า ตลอดจนผลกระทบในกลุ่มผู้สูงอายุดังกล่าวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้พลังสุขภาพจิต การมีส่วนร่วมทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบท จังหวัดนครราชสีมา

สมมติฐานงานวิจัย

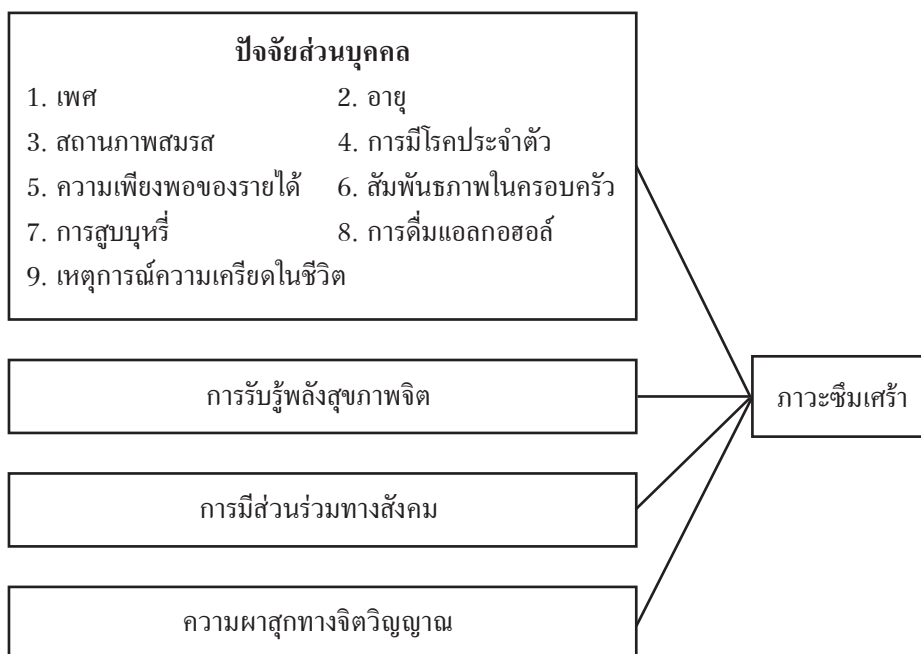
1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว ความเพียงพอของรายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบท จังหวัดนครราชสีมา

2. การรับรู้พลังสุขภาพจิต การมีส่วนร่วมทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบท จังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยเกี่ยวกับ 1) โครงสร้างของพลังสุขภาพจิต ของ Grothberg (1995) และของสำนักพัฒนาสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต (2554) ร่วมกับองค์ประกอบพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ของ Wagnild and Young (1993) 2) แนวคิดทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ของ Havighurst (1954 as cited in Gillespie & Louw, 1993) ที่เสนอว่า การคงไว้ซึ่งการมีส่วนร่วมทางสังคมจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขในชีวิตและการปรับตัวได้ดี โดยผู้สูงอายุไทยมีการเข้าร่วมทางสังคม 4 ลักษณะ ได้แก่ กิจกรรมทางศาสนา/ความเชื่อ กิจกรรมเพื่อชุมชน/สังคม กิจกรรมการศึกษา และกิจกรรมนันทนาการ (ชญาณี ไมเออร์, 2552) และ 3) แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุของแสงเดือน พรหมแก้วงาม, ลินจง โปธิบาล, วิจิตร ศรีสุพรรณ, และกนกพร สุคำวัง (Promkaewngam, Pothiban, Srisuphan, & Sucamvang, 2014) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการมีความหวังและความรู้สึกถึงการมีสิ่งยึดเหนี่ยว ด้านความสุขสงบ และด้านการเข้าใจตนเองและธรรมชาติของชีวิต ร่วมกับแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุตามหลักทางพุทธศาสนา ของพระปลัดวีระชนม์ เขมวีโร, ธนันต์ชัย พัฒนะสิงห์, ทิพย์ ขันแก้ว, ไชยิต คุ่มท้าว, และสงวน หล้าโพทนัน (2560) ได้แก่ (1) ความสุขสงบ ความไม่เห็นแก่ตัว และมีพรหมวิหาร 4 ได้แก่ การมีความเมตตา กรุณา มุทิตา และอุเบกขา มีความเห็นใจต่อตนเองและผู้อื่น (2) ความรู้สึกเบิกบานกับการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต และ (3) การมีสติ สมาธิ และปัญญา หรือการมีความสามารถในการพิจารณาไตร่ตรองถึงปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถ่องแท้ การมีความเข้มแข็ง มีพลังใจในการมีชีวิตอย่างมีความหมาย โดยปัจจัยคัดสรรที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว ความเพียงพอของรายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต 2) การรับรู้พลังสุขภาพจิต หรือความเข้มแข็งทางใจ 3) การมีส่วนร่วมทางสังคม และ 4) ความผาสุกทาง



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบท ในพื้นที่ 31 อำเภอของจังหวัดนครราชสีมา (ยกเว้นอำเภอเมืองฯ) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ และ 3)ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .30 (คำนวณจากการศึกษาของอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา [2559] ได้ค่า -.367) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .95 ได้จำนวน

กลุ่มตัวอย่าง 138 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยเลือกอำเภอ 1 อำเภอ ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับสลาก ได้เป็นอำเภอโชคชัย จากนั้นเลือกตำบล 1 ตำบล (จากจำนวน 10 ตำบล) ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับสลาก ได้เป็นตำบลทุ่งอรุณ แล้วเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละหมู่บ้านด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยใช้ตารางเลขสุ่ม โดยมีกรอบสำหรับสุ่มตัวอย่าง และสุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลตัวอย่าง

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว

ความพึงพอใจของรายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังสุขภาพจิตสำหรับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ของกชกร ฉายากุล และภรณ์ทิพย์ ผลกระโทก (2563) ที่ดัดแปลงจากแบบประเมินพลังสุขภาพจิต ของสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2554) ร่วมกับการใช้กรอบแนวคิดโครงสร้างของพลังสุขภาพจิต ของ Grotberg (1995) และองค์ประกอบพลังสุขภาพจิต ในผู้สูงอายุ ของ Wagnild and Young (1993) จำนวน 35 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่จริง จริงบางครั้ง ก่อนข้างจริง และจริงมาก คะแนนรวมอยู่ในช่วง 35-140 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้พลังสุขภาพจิตในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (น้อยกว่า 98 คะแนน) ในระดับเกณฑ์ปกติ (98-119 คะแนน) และในระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติ (มากกว่า 119 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีกิจกรรม ของ Havighurst (1954 as cited in Gillespie & Louw, 1993) และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุไทย จำนวน 30 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติน้อย ปฏิบัติปานกลาง และปฏิบัติบ่อย ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีส่วนร่วมทางสังคมในระดับน้อย (0-30 คะแนน) ในระดับปานกลาง (31-60 คะแนน) และในระดับมาก (61-90 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบวัดความพึงพอใจจิตวิญญาณ ของแสงเดือน พรหมแก้วงาม

และคณะ (Promkaewngam et al., 2014) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดความพึงพอใจจิตวิญญาณของผู้สูงอายุตามหลักทางพุทธศาสนา ของพระปลัดวีระชนม์ เขมวีโร และคณะ (2560) จำนวน 13 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 13-65 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความพึงพอใจจิตวิญญาณในระดับต่ำ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 คะแนน) ในระดับปานกลาง (31-48 คะแนน) และในระดับสูง (มากกว่า 48 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่มีเลย เป็นบางวัน เป็นบ่อย และเป็นทุกวัน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-27 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-6 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย (7-12 คะแนน) ในระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) และในระดับรุนแรง (มากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังสุขภาพจิต แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (2 คน) และอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ได้คำดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ในช่วง .67-1.00 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังสุขภาพจิต แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมทางสังคมฯ แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจจิตวิญญาณฯ และแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ไปทดลองใช้

กับผู้สูงอายุในตำบลทุ่งอรุณ (คนละหมู่บ้านกับที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่) ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .77, .92, .72 และ .73 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา (เอกสารรับรอง เลขที่ COA 007/2562 วันที่ 19 มีนาคม 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ ตำบลทุ่งอรุณ อำเภอโชคชัย และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เพื่อขอความร่วมมือในการติดต่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา จำนวน 8 คน ซึ่งผ่านการเรียนรายวิชาวิจัยทางการแพทย์มาแล้ว โดยมีภารกิจอธิบายถึงข้อคำถามและวิธีการถามจนเข้าใจตรงกัน จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน แนะนำตัวดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ อ่านข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์และแบบคัดกรองทีละข้อแล้วให้ตอบ โดยใช้เวลาคนละ 30-45 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน ข้อมูลการรับรู้พลังสุขภาพจิต ข้อมูลการมีส่วนร่วมทางสังคม และข้อมูลความผาสุกทางจิตวิญญาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลเรื่องเพศ สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต กับภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลเรื่องความเพียงพอของรายได้ กับภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลเรื่องอายุ การรับรู้พลังสุขภาพจิต การมีส่วนร่วมทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 68.84 มีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 60-96 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 71.97 ปี ($SD = 8.12$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 61.59 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 71.74 มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 57.25 ส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี คิดเป็นร้อยละ 70.29 ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 95.65 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 91.30 และมีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (ช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา) คิดเป็นร้อยละ 69.56

2. การรับรู้พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังสุขภาพจิตโดยรวมในระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ($M = 124.23, SD = 10.47$)

3. การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 45.52, SD = 18.18$)

4. ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณ

โดยรวมในระดับสูง ($M = 60.90, SD = 4.07$)

5. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 91.30 และมีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 8.70

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลเรื่อง เพศ สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว ความเพียงพอของรายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 13.479, p < .01$ และ $\chi^2 = 10.048, p < .05$ ตามลำดับ) ส่วน เพศ สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว ความเพียงพอของรายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลเรื่องเพศ สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว ความเพียงพอของรายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (n = 138)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะซึมเศร้า		χ^2	p
	มี	ไม่มี		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				
ชาย	4 (9.30)	39 (90.70)	.029 ^a	1.000
หญิง	8 (8.42)	87 (91.58)		
สถานภาพสมรส				
โสด/ม้าย/หย่า/แยก	4 (7.55)	49 (92.45)	.143 ^a	.767
คู่	8 (9.41)	77 (90.59)		
การมีโรคประจำตัว				
มี	9 (9.09)	90 (90.91)	.069 ^a	1.000
ไม่มี	3 (7.69)	36 (92.31)		
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอ	10 (12.66)	69 (87.34)	3.654 ^b	.056
ไม่เพียงพอ	2 (3.39)	57 (96.61)		
สัมพันธภาพในครอบครัว				
มีสัมพันธภาพที่ดี	7 (7.22)	90 (92.78)	.900 ^a	.509
มีความขัดแย้ง	5 (12.20)	36 (87.80)		
การสูบบุหรี่				
สูบ	3 (50.00)	3 (50.00)	13.479 ^a	.009
ไม่สูบ	9 (6.82)	123 (93.18)		
การดื่มแอลกอฮอล์				
ดื่ม	4 (33.33)	8 (66.67)	10.048 ^a	.011
ไม่ดื่ม	8 (6.35)	118 (93.65)		
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต				
มี	10 (10.42)	86 (89.58)	1.177 ^a	.345
ไม่มี	2 (4.76)	40 (95.24)		

หมายเหตุ: a = Fisher's exact test, b = Chi-square test

7. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลเรื่องอายุ การรับรู้พลังสุขภาพจิต การมีส่วนร่วมทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้พลังสุขภาพจิต การมีส่วนร่วมทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์

ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.567, p < .001$; $r = -.257, p < .01$ และ $r = -.208, p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลเรื่องอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลเรื่องอายุ การรับรู้พลังสุขภาพจิต การมีส่วนร่วมทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ($n = 138$)

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า	
	r	p
อายุ	-.055	.525
การรับรู้พลังสุขภาพจิต	-.567	< .001
การมีส่วนร่วมทางสังคม	-.257	.002
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	-.208	.015

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีการสูบบุหรี่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 50 ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่การดื่มแอลกอฮอล์มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 33.33 ทั้งนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการสูบบุหรี่กับภาวะซึมเศร้ามีลักษณะเป็นแบบสองทิศทาง กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีการใช้บุหรี่เป็นการบำบัดตนเอง (self-medication) เนื่องจากนิโคตินในบุหรี่มีฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งโดปามีนใน mesolimbic reward pathway ช่วยให้เกิดความพึงพอใจ นอกจากนี้ นิโคตินยังช่วยเพิ่มการหลั่งเซโรโทนิน ทำให้ผู้ใช้รู้สึกมีอารมณ์ดีขึ้นเมื่อสูบบุหรี่ ตลอดจนช่วยลดความรู้สึกเครียด (Mendelsohn, 2012) อย่างไรก็ตาม พฤติกรรม

การสูบบุหรี่ส่งผลให้ได้รับนิโคตินอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมองที่นำไปสู่การเกิดอาการซึมเศร้าขึ้นได้ (Mineur & Picciotto, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lam et al. (2004) และการศึกษาของ Holahan et al. (2011) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีอัตราการสูบบุหรี่มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนการดื่มแอลกอฮอล์นั้น อธิบายได้ว่า การใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิดส่งผลกระทบต่อระดับสารเคมีในสมอง โดยหนึ่งในนั้นคือ เซโรโทนิน ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่า ระดับเซโรโทนินที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Mental Health Foundation, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของมูจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2559) ที่พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า หากผู้สูงอายุมีคะแนนการรับรู้พลังสุขภาพจิตที่สูงขึ้น จะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าที่ลดลง ทั้งนี้เป็นไปตามแนวคิดของ Grotberg (1995) และแนวคิดของ Wagnild and Young (1993) ที่ว่า การมีพลังสุขภาพจิตหรือมีความเข้มแข็งทางใจ จะทำให้บุคคลสามารถปรับตัวกับการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม จึงถือได้ว่า พลังสุขภาพจิตเป็นปัจจัยหนึ่งในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของมูจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2559) ที่พบว่า ความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า หากผู้สูงอายุมีคะแนนการมีส่วนร่วมทางสังคมที่สูงขึ้น จะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าที่ลดลง เนื่องจากกิจกรรมทางสังคมจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขในชีวิตและมีการปรับตัวได้ดี ซึ่งวัฒนธรรมของชาวอีสานในชนบทตามฮีตสิบสองคองสิบสี่ (จารีตและแนวทางปฏิบัติที่สืบทอดกันมา) เป็นวัฒนธรรมที่ยังคงเข้มแข็งอยู่ในสังคมชนบท การร่วมกิจกรรมตามประเพณีวัฒนธรรมและกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ย่อมส่งผลบวกต่อสุขภาพทางสังคมและจิตใจ จากการถูกให้คุณค่าและตระหนักในคุณค่าแห่งตน มีผลต่ออารมณ์ที่ดีของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่า วัฒนธรรมของชาวอีสานในชนบท ผู้สูงอายุนิยมมีกิจกรรมทางพุทธศาสนา เช่น การถือศีล การตักบาตร การไปถวายอาหารที่วัดในวันพระ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณและสังคม (สุรีย์ ธรรมิกบวร, สุธสม กฤษณะจุฑะ, และ ปิ่นวดี ศรีสุพรรณ, 2561) ดังนั้น การมีส่วนร่วมทางสังคมที่ลดลงจึงส่งผลต่ออารมณ์ที่เป็นสุขของผู้สูงอายุ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าลดลง ซึ่งเป็นอาการหนึ่งของภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุจึงควรมีการเข้าร่วมกิจกรรมเช่นเดียวกับคนวัยกลางคน โดยไม่ควรให้ผู้สูงอายุ

ลดการเข้าร่วมกิจกรรม แต่ควรให้มีส่วนเกี่ยวข้องในฐานะสมาชิกคนหนึ่งในสังคม (Havighurst, 1954 as cited in Gillespie & Louw, 1993) ในทางตรงกันข้าม ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุก็ส่งผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมที่ลดลง (ศิริราไพ สุวัฒน์คุปต์ และบุรณี กาญจนถวัลย์, 2557) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอาคม บุญเลิศ (2559) และการศึกษาของนิรัชรา ศศิธร และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2558) ที่พบว่า ความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จากความรู้สึกเบื่อหน่าย มีความคิดทางลบต่อสิ่งแวดล้อมหรือนุคคลรอบข้าง ทำให้ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง และเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557)

ผลการวิจัยพบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า หากผู้สูงอายุมีคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณที่สูงขึ้น จะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าที่ลดลง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า หากพิจารณาตามหลักพุทธศาสนา ผู้สูงอายุที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงย่อมมีความสุขสงบ รู้สึกเบิกบานกับการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต ตลอดจนสามารถพิจารณาไตร่ตรองถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในวัยและชีวิตของตนได้ดี มีความสามารถในการพิจารณาไตร่ตรองถึงปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถ่องแท้ รวมทั้งมีความเข้มแข็งและมีพลังใจในการมีชีวิตอย่างมีความหมาย (พระปลัดวีระชนม์ เขมวีโร และคณะ, 2560) จึงถือได้ว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นปัจจัยหนึ่งในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ การมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงจะทำให้บุคคลมีพลังในตน มีกำลังใจ และมีความหวัง รู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคลค้นพบความหมายของชีวิต รู้สึกได้ถึงความสำเร็จและการบรรลุเป้าหมายในชีวิต มีความเข้าใจตนเองและธรรมชาติของชีวิต ตลอดจน

รู้สึกถึงการมีสิ่งยึดเหนี่ยว สามารถนำหลักธรรมคำสอนทางศาสนามาพิจารณาไตร่ตรองถึงปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถ่องแท้ จึงทำให้มีความเบิกบานและสุขสงบ (พระปลัดวิระชนม์ เขมวิโร และคณะ, 2560; แสงเดือน พรหมแก้วงาม และอรุณญา นามวงศ์, 2560) ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Jang (2004) และการศึกษาของ Kim and Lee (2013) ที่พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว ความเพียงพอของรายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่า แม้ผู้สูงอายุจะมีปัจจัยต่างๆ ดังกล่าว ที่แตกต่างกัน ก็ไม่ทำให้มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นหรือลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบทซึ่งมีปัจจัยพื้นฐานทางสังคมไม่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่เป็นเครือญาติกัน มีความผูกพันกัน มีการติดต่อพบปะและพึ่งพากัน ทำให้รู้สึกไม่โดดเดี่ยวหรือท้อแท้สิ้นหวัง ดังผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักเป็นเพียงระดับน้อยเท่านั้น ซึ่งการมีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยไม่ก่อให้เกิดผลกระทบในการดำเนินชีวิตประจำวัน กล่าวคือ สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้เหมือนหรือใกล้เคียงปกติ (ภักจิรา ภูสมศรี, 2563) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของมูจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2559) ที่พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของนิรัชรา ศศิธร และพีรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย (2558) ที่พบว่า เพศ อายุ และการมีโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ และความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

(นิรัชรา ศศิธร และพีรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย, 2558) รวมทั้งเพศ และเหตุการณ์ความเครียด มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (มูจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาข้างต้นเป็นผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครและภาคกลาง ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างจากในการวิจัยครั้งนี้ หรืออาจเนื่องจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน ดังการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็น 2.32 เท่า (อรสา ไยยong และพีรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย, 2554) ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหย่าหรือแยกกันอยู่ มีความเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้า 4 เท่า (วิจิตร แผ่นทอง, อัจฉรา คำมะতিชัย, วรวิมล แสงทอง, อรอนงค์ นิลพัฒน์, และสุนิสา คำขึ้น, 2563) ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ มีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ 2.60 เท่า (ศิริราไพ สุวัฒน์กุล และบุรณี กาญจนถวัลย์, 2557) ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับครอบครัวต่ำ เกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับครอบครัวสูง 47.68 เท่า (อภิญา วงศ์ใหม่, 2560) ในขณะที่การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 71.97 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ มีรายได้เพียงพอ และมีสัมพันธภาพในครอบครัวดี จึงทำให้มีผลการศึกษาดifferentจากการศึกษาที่ผ่านมา

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่สับสนหรือเดิมแอลกอฮอล์เป็นประจำ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม รวมทั้งควรจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต การมีส่วนร่วมทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบทพื้นที่อื่นๆ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานเพิ่มเติม ร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และควรมีการพัฒนาโปรแกรมป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม ในรูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

เอกสารอ้างอิง

- กษกร ฉายากุล, และภรณ์ทิพย์ ผลกระโทก. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตชุมชนชนบท จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(2), 127–137.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566ก). *สถิติผู้สูงอายุไทย ปี 2565*. สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/known/side/1/1/1159>
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566ข). *สถิติผู้สูงอายุ รวบรวมจากข้อมูลของกรมการปกครอง ณ วันที่ 31 ธันวาคม ปี พ.ศ. 2565*. สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/known/side/1/1/1767>
- กานต์พิชญา เนตรพิสิทธิ์กุล. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กรณีศึกษา: บ้านมะค่า ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 7(1), 89–103.
- ชญานิ์ ไมเออร์. (2552). การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 1(1), 92–109.
- ชุติมา มาลัย, รุ่งทิพย์ ไชยโยยิ่งยงค์, เพ็ญภา แดงด้อมฤทธิ์, และศรีสกุล นิยมแหลม. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดราชบุรี. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(3), 67–76.
- คุณฤดี ทาวีวงศ์, และรุจิรา ดวงสงค์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 13(2), 36–46.
- นภา พวงรอด. (2558). การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 2(1), 63–74.
- นริสา วงศ์พนารักษ์, และสายสมร เฉลยกิตติ. (2557). ภาวะซึมเศร้า : ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 24–31.
- นันทิดา ทองอัม. (2565). การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิครินทร์ จังหวัดสุรินทร์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 37(2), 311–320.
- นิรัชรา ศศิธร, และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2558). ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 59(6), 717–730.
- พระปลัดวีระชนม์ เขมวีโร, ธนันต์ชัย พัฒนะสิงห์, ทิพย์ จันแก้ว, ไฉยิต คุ้มทั่ว, และสงวน หล้าโพนทัน. (2560). การเสริมสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุตามหลักพระพุทธศาสนา. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 5(1), 78–88.

- ภักจิรา ภูสมศรี. (2563). โรคซึมเศร้าปัญหาสุขภาพใกล้ตัว. *วารสารวิชาการวิทยาลัยอิสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 14(2), 51–58.
- ภัทรา เสงี่ยมในเมือง, ศรีวรรณ เอมราช, และจันสุดา สีลาเขตต์. (2553). *ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลห้วยทะเล อำเภอเมือง นครราชสีมา* (รายงานผลการวิจัย). วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา.
- บุญรินทร์ พุทธเมตตา, และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(2), 69–82.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิจิตร แผ่นทอง, อัจฉรา คำมะতিชัย, วรุดมิ แสงทอง, อรอนงค์ นิลพัฒน์, และสุนิสา คำขึ้น. (2563). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(2), 114–126.
- ศิริราไพ สุวัฒนกุลปต์, และบุรณี กาญจนถวัลย์. (2557). การศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อยูในบ้านพักของตนเองและผู้สูงอายุที่อยูในบ้านพักคนชรา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 58(3), 341–353.
- สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2554). *คู่มือการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังจิต ฮีต สู้ ในชุมชน* (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สุรีย์ ธรรมิกบวร, สุรสุม กฤษณะจุฑา, และไพบูลย์ ศรีสุพรรณ. (2561). *วัฒนธรรมอีสานกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ*. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- แสงเดือน พรหมแก้วงาม, และอรัญญา นามวงศ์. (2560). ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(3), 204–213.
- โสภณ แสงอ่อน, พรเพ็ญ สำเภา, และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ความว่าเหว และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. *รวมาธิบดีพยาบาลสาร*, 13(1), 54–69.
- อภิญญา วงศ์ใหม่. (2560). *ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าและแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลแม่วาง อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- อรสา ไชยทอง, และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2554). ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(2), 117–128.
- อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ, และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(2), 127–142.
- อังครา วงษาสันต์, และนพรัตน์ บุญเพียรผล. (2560). *ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเครียดของผู้สูงอายุในเขตบางพลัด จังหวัดกรุงเทพมหานคร*. สืบค้นจาก https://repository.rmutr.ac.th/bitstream/handle/123456789/747/rmutrconth_101.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- อาคม บุญเลิศ. (2559). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยมจังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 31(1), 25–33.

- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363–389. doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621
- Gillespie, C. W. I., & Louw, J. (1993). Life satisfaction in old age and activity theory: Should the debate be re-opened?. *Southern African Journal of Gerontology*, 2(1), 25–30. doi:10.21504/sajg.v2i1.20
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. Retrieved from <http://www.bibalex.org/Search4Dev/files/283337/115519.pdf>
- Haseen, F., & Prasartkul, P. (2011). Predictors of depression among older people living in rural areas of Thailand. *Bangladesh Medical Research Council Bulletin*, 37(2), 51–56. doi:10.3329/bmrch.v37i2.8434
- Holahan, C. K., Holahan, C. J., Powers, D. A., Hayes, R. B., Marti, C. N., & Ockene, J. K. (2011). Depressive symptoms and smoking in middle-aged and older women. *Nicotine & Tobacco Research*, 13(8), 722–731. doi:10.1093/ntr/ntr066
- Jang, I. S. (2004). A study on spiritual well-being, depression, and health status of elderly women in a community. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 10(2), 91–98. doi:10.4069/kjwhn.2004.10.2.91
- Kim, S. N., & Lee, S. B. (2013). Spiritual well-being, social support, life satisfaction and depression in the community dwelling elderly. *Journal of East-West Nursing Research*, 19(2), 186–194. doi:10.14370/jewnr.2013.19.2.186
- Lam, T. H., Li, Z. B., Ho, S. Y., Chan, W. M., Ho, K. S., Li, M. P., & Leung, G. M. (2004). Smoking and depressive symptoms in Chinese elderly in Hong Kong. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(3), 195–200. doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00342.x
- Mendelsohn, C. (2012). Smoking and depression—a review. *Australian Family Physician*, 41(5), 304–307. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22558621/>
- Mental Health Foundation. (2006). *Cheers? Understanding the relationship between alcohol and mental health*. Retrieved from https://www.drugsandalcohol.ie/15771/1/cheers_report%5B1%5D.pdf
- Mineur, Y. S., & Picciotto, M. R. (2009). Biological basis for the co-morbidity between smoking and mood disorders. *Journal of Dual Diagnosis*, 5(2), 122–130. doi:10.1080/15504260902869964

- Promkaewngam, S., Pothiban, L., Srisuphan, W., & Sucamvang, K. (2014). Development of the Spiritual Well-being Scale for Thai Buddhist Adults with Chronic Illness. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 18(4), 320–332. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/15652/19922>
- Suttajit, S., Punpuing, S., Jirapramukpitak, T., Tangchonlatip, K., Darawuttimaprakorn, N., Stewart, R., ... Abas, M. A. (2010). Impairment, disability, social support and depression among older parents in rural Thailand. *Psychological Medicine*, 40(10), 1711–1721. doi:10.1017/S003329170999208X
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165–178. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7850498/>
- World Health Organization. (2017). *Mental health of older adults*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- World Health Organization. (2021). *Depression*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
-

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์* Factors Influencing Role Performance among the Caregivers for Caring of the Dependent Elderly People in Uttaradit Province*

ศิวพร ชุ่มเย็น, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)¹

Siwaporn Choomyen, M.P.H. (Public Health)¹

ศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร, ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)²

Civilaiz Wanaratwichit, Dr.P.H. (Public Health)²

Received: January 30, 2023

Revised: May 20, 2023

Accepted: June 1, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 265 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีค่าความเชื่อมั่น .72 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีค่าความเชื่อมั่น .71 แบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีค่าความเชื่อมั่น .83 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .76 และแบบสอบถามการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีค่าความเชื่อมั่น .92 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

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

¹ มหบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

¹ Master, Faculty of Public Health, Naresuan University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: Siwapornc61@nu.ac.th

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร: อาจารย์ที่ปรึกษา

² Assistant Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University: Advisor

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 63.32, SD = 8.37$) การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. ทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ร้อยละ 66.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .667, p < .001$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายได้มากที่สุด คือ ทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($Beta = .258, p < .001$) รองลงมา คือ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($Beta = .152, p < .05$) และการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. ($Beta = .128, p < .05$) ตามลำดับ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพควรเสริมสร้างให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีทัศนคติที่ดีต่อบทบาทการทำงานของตนเอง และให้การสนับสนุนในด้านต่างๆ แก่ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานอย่างมีคุณภาพ

คำสำคัญ: ผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บทบาทการทำงาน

Abstract

This predictive correlational research aimed to explore factors influencing role performance among the caregivers for caring of the dependent elderly people. The samples consisted of 265 caregivers for caring of the dependent elderly people in Uttaradit Province. The research instruments included the personal information questionnaire, the knowledge about caring for dependent elderly people questionnaire with reliability of .72, the attitude in caring for dependent elderly people questionnaire with reliability of .71, the job motivation questionnaire with reliability of .83, the social support questionnaire with reliability of .76, and the role performance among the caregivers for caring of the dependent elderly people questionnaire with reliability of .92. Data were collected from October to December, 2019. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis.

The research results revealed that the total mean score of role performance among the caregivers for caring of the dependent elderly people was at a moderate level ($M = 63.32, SD = 8.37$). High school education, attitude in caring for dependent elderly people, and public health officials support could statistically significantly jointly predict role performance among the caregivers for caring of the dependent elderly people at 66.70% ($R^2 = .667, p < .001$). The most predicting factor was attitude in caring for dependent elderly people ($Beta = .258, p < .001$) followed by public health officials support ($Beta = .152, p < .05$), and high school education ($Beta = .128, p < .05$), respectively.

This research suggests that health care providers should promote attitude in caring for dependent elderly people and provide various support for caregivers in order to enhance their quality of role performance.

Keywords: Caregiver, Dependent elderly people, Role performance

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2560 ประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 962 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมดของโลก สำหรับประชากรของอาเซียน มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเช่นกัน ในปี พ.ศ. 2560 มีประเทศสมาชิก 3 ประเทศ เป็นสังคมสูงอายุแล้ว ได้แก่ สิงคโปร์ ไทย และเวียดนาม โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20, 17 และ 11 ตามลำดับ สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2560 มีประชากรประมาณ 65.50 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุประมาณ 11 ล้านคน ในขณะที่ประชากรรวมของประเทศไทยกำลังเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่ช้าลงอย่างมาก จนเหลือเพียงร้อยละ 0.40 ต่อปี แต่ประชากรสูงอายุกลับเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่สูงมาก โดยประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อปี และประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 6 ต่อปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย [มส.ผส.], 2561) เมื่อจำแนกข้อมูลเป็นรายจังหวัดพบว่า จังหวัดที่มีอัตราผู้สูงอายุ 5 อันดับแรก ได้แก่ จังหวัดแพร่ ร้อยละ 24.70 จังหวัดอุดรธานี พิจิตร และอุทัยธานี ร้อยละ 24.20 เท่ากัน และจังหวัดลำปาง ร้อยละ 24.10 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2560) โดยประชากรสูงอายุของประเทศไทยในปี 2560 อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากถึงร้อยละ 5 โดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยปลายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีมากถึงร้อยละ 19 ของผู้สูงอายุในวัยเดียวกัน (มส.ผส., 2561) การที่ประชากรมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นส่งผลให้ภาระของภาครัฐ ชุมชน และครอบครัวในการดูแล สุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อให้เกิดภาระ

และผลกระทบกับผู้ดูแลและครอบครัว ท่ามกลางความไม่พร้อมของครอบครัวและระบบการสนับสนุนในชุมชน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาสภาพความไม่พร้อมด้านสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพา รวมทั้งพบปัญหาภาวะโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลเช่นกัน โดยอาสาสมัครที่มีอยู่ในชุมชนมีความรู้ไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา และพบปัญหาเกี่ยวกับระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชนและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้าน ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการเชื่อมขาดการส่งต่อข้อมูล และขาดการเตรียมครอบครัวและผู้ดูแล (ศิริณี ศรีหาคาก, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และคณิศร เต็งรัง, 2556) ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมด้วยการระดมทรัพยากรทั้งหลายสร้างบุคลากร ปรับบทบาทหน้าที่ และเพิ่มการประสานงานขององค์กร/หน่วยงาน เพื่อแก้ไขและปรับปรุงกฎระเบียบต่างๆ พัฒนารูปแบบและระบบต่างๆ ในการให้บริการด้านสุขภาพอย่างเท่าเทียมแก่ผู้สูงอายุที่จะเพิ่มจำนวนขึ้นในอนาคต

ในช่วงปี พ.ศ. 2557-2563 กองกิจการผู้สูงอายุ มีแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ในปีงบประมาณ 2559 รัฐบาลยังกำหนดนโยบายให้มีระบบการดูแลระยะยาว และสนับสนุนงบประมาณ โดยมุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง มีเป้าหมายสำคัญ คือ การป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และ

การทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ซึ่งการจัดบริการทางสาธารณสุขและบริการทางสังคมให้แก่กลุ่มผู้ประสบภาวะยากลำบาก โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ภาวะทุพพลภาพ ภาวะพิการหรือชราภาพ และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ส่วนใหญ่เป็นการพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และบริการด้านสังคมมักเป็นการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน เช่น อาหารการกิน สุขวิทยาส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมของความเป็นอยู่ โดยบุคลากรที่พัฒนาให้เกิดขึ้นในระบบ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver) โดยทำหน้าที่เป็นบุคลากรที่ทำงานในระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) ในปี 2561 รัฐบาลมีนโยบายและสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มอย่างต่อเนื่อง โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุแล้ว พบว่าสามารถแบ่งผู้สูงอายุได้เป็น 3 กลุ่ม ตามความสามารถในการดำเนินชีวิต ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ซึ่งในบริบทของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่จำเป็นต้องสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือกลุ่มติดบ้านติดเตียง

ประเทศไทยมีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 70,320 คน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2562) จากการดำเนินงานพบประเด็นปัญหาที่สะท้อนจากแต่ละพื้นที่ คือ พื้นที่ที่อิงระบบจิตอาสาต้องอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวนค่อนข้างมาก และมีปัญหาว่าอบรมมาแล้วแต่หลายคนไม่สามารถปฏิบัติงานได้ รวมถึงผู้ดูแลบางคนมีข้อจำกัดในการปฏิบัติงานที่ตนไม่ถนัด (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบลีย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิรัช เกษมทรัพย์, วิรัช เอกพลากร, และบรรคม สิริพันธ์, 2561) นอกจากนี้ ปัญหาที่ผู้ดูแลมักพบ คือ ความร่วมมือของผู้สูงอายุหรือญาติ โดยเฉพาะความร่วมมือในการแก้ปัญหาทางสุขภาพและการแก้ไขสภาพแวดล้อม เช่น การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ การจัดสภาพแวดล้อม

ภายในบ้านที่เอื้อต่อความสะดวกและความปลอดภัย อีกทั้งผู้ดูแลยังพบปัญหาการขาดงบประมาณสนับสนุนในการลงพื้นที่ ขาดยานพาหนะ ทำให้ไม่สะดวกในการเดินทาง ไม่สะดวกเรื่องเวลา การที่ผู้ดูแลยังต้องประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองและครอบครัว และผู้ดูแลยังพบปัญหาความเชื่อมั่นจากชุมชน เนื่องจากขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ (ธนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์ และเพชร ชวนะพันธุ์, 2559) รวมถึงการขาดทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (กิริติกิจธีระวุฒิมงษ์ และนิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์, 2561)

ตามแนวคิดการปฏิบัติงาน ของ Schermerhorn, Hunt, and Osborn (1991) ได้กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติงานได้ผลดีขึ้นอยู่กับอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ ประกอบด้วย ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ลักษณะทางประชากร ความรู้ความสามารถ และลักษณะทางจิตวิทยา ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ ทักษะคิด แรงจูงใจ วิธีการทำงาน เครื่องมือเครื่องใช้ สถานที่ในการทำงาน นโยบายของหน่วยงาน การฝึกอบรม ผลตอบแทน สัมพันธภาพในหน่วยงาน และสภาพแวดล้อมทางสังคม (จิราวรรณ นามพันธ์, นฤมล เอี่ยมฉีกุล, และสุรินทร์ กลัมพากร, 2563) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ ได้แก่ ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ทักษะคิดและความเชื่อ การมีและเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม (ยุพา ฟุ่ซิ่น, 2560) จะเห็นได้ว่า ผลการวิจัยดังกล่าวมีความสอดคล้องกับแนวคิดการปฏิบัติงาน ของ Schermerhorn et al. (1991) ผู้วิจัยจึงนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดทำกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้

ในช่วงปี พ.ศ. 2560-2563 จังหวัดอุดรดิตถ์ มีผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร จำนวน 643 คน 652 คน 721 คน และ 732 คน ตามลำดับ ทำหน้าที่ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 1,438 คน 1,542 คน 1,622 คน และ 1,762 คน ตามลำดับ โดยมีสัดส่วนผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงต่อผู้สูงอายุในพื้นที่ คือ 1 ต่อ 2.24, 1 ต่อ 2.37, 1 ต่อ 2.25 และ 1 ต่อ 2.41 ตามลำดับ (เกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข คือ 1 : 10) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์, 2563) โดยผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการจัดทำแผนการดูแล (care plan) มีจำนวน 753 คน แต่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับการวางแผนการดูแลผ่านการจัดทำแผนการดูแลเพียง 463 คน คิดเป็นร้อยละ 61.49 ในขณะเดียวกัน จากการนิเทศติดตามการดำเนินงานของจังหวัดอุดรดิตถ์ปีงบประมาณ 2561 พบปัญหาของผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (care manager) ในการสนับสนุนการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยพบว่าคุณภาพการจัดทำแผนการดูแลของผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในบางพื้นที่ยังไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ด้านการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาสุขภาพ ทำให้วางแผนการดูแลได้ไม่ครอบคลุม และเมื่อนำไปพิจารณาอนุมัติแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล ทำให้คณะอนุกรรมการเห็นปัญหาไม่ชัดเจน จึงต้องแก้ไขแผนการดูแลและกลับมาพิจารณาใหม่ หรือด้านการชักประวัติสุขภาพ ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบางคนเลือกข้อมูลที่เป็นปัญหาด้านรายได้ สิ่งแวดล้อม มาเป็นปัญหาคำคัญ ซึ่งไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้แผนการดูแลไม่ผ่านการพิจารณา ส่งผลให้เสียเวลาในการแก้ไข แต่การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานดังกล่าวยังไม่ทราบถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่ส่งผลต่อบทบาทการทำงานของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากข้อมูลข้างต้น แสดงให้เห็นว่า แนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ปัญหาที่พบในบทบาทการทำงานของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากการทบทวนการทำงานที่ผ่านมาบ่งบอกถึงการแสดงบทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุยังมีปัญหาอยู่มาก โดยบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ได้แก่ การดูแล การช่วยเหลือ การประคับประคอง การสนับสนุน และการเป็นผู้ประสานงานและเชื่อมโยง ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าบางบทบาทหน้าที่เป็นปัญหาเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการปฏิบัติและปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์

สมมติฐานการวิจัย

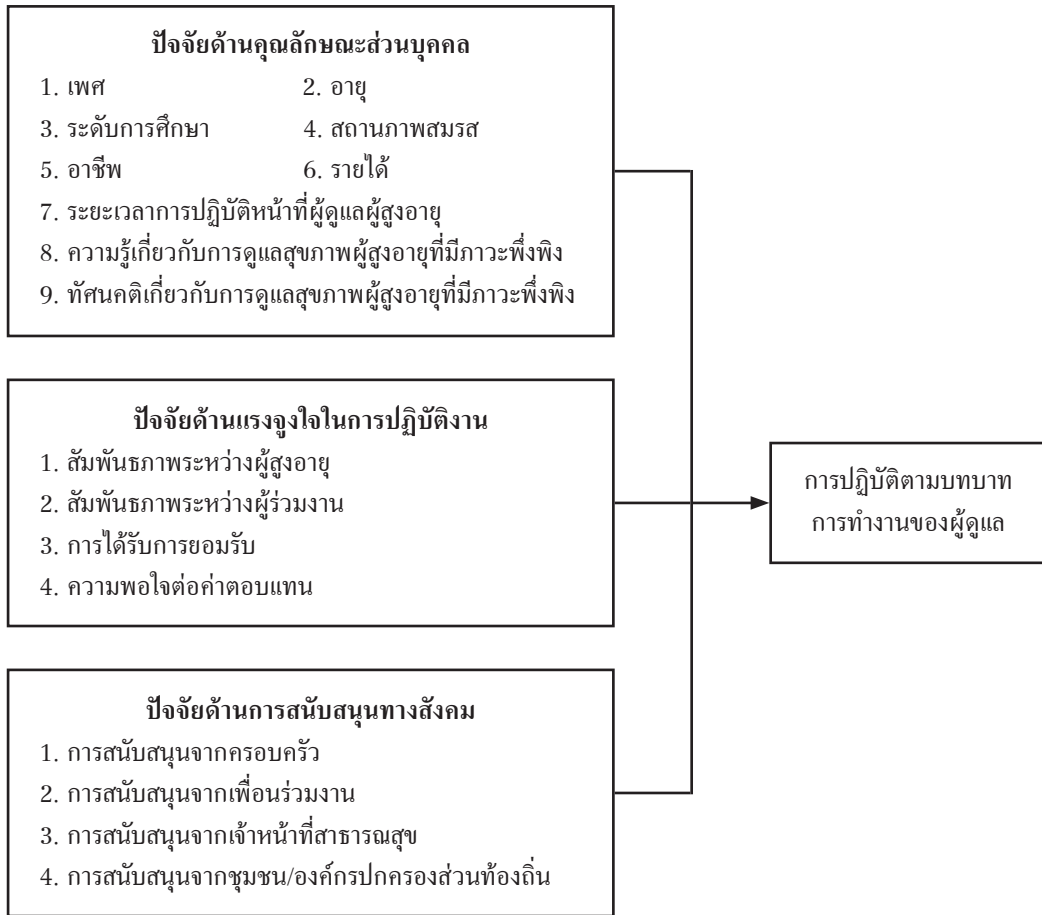
ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลากฎปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน การได้รับการยอมรับ และความพอใจต่อค่าตอบแทน) และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม (การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน การสนับสนุนจาก

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้นดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการปฏิบัติงานของ Schermerhorn et al. (1991) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติงานได้ผลดีขึ้นอยู่กับอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการปฏิบัติงานดังกล่าว และนำตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรมมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน การได้รับการยอมรับ และความพอใจต่อค่าตอบแทน และ 3) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างน้อย 70 ชั่วโมง ในพื้นที่ 9 อำเภอของจังหวัดอุดรดิตถ์ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอรัตนวาปี อำเภอท่าปลา อำเภอน้ำปาด อำเภอปากทำ อำเภอบ้านโคก อำเภอพิชัย อำเภอฉะเชิงเทรา และอำเภอทองแสนขัน รวมจำนวน 643 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) สัญชาติไทย 2) อายุ 20 ปีขึ้นไป

3) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel (1995) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 241 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 265 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ

เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นจริง จำนวน 14 ข้อ และข้อคำถามที่เป็นเท็จ จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกว่าใช่หรือไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามที่เป็นจริง หากตอบว่าใช่ ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่เป็นเท็จให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระดับต่ำ (0-11.00 คะแนน) ในระดับปานกลาง (12.00-15.00 คะแนน) และในระดับสูง (16.00-20.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการปฏิบัติงาน ของ Schermerhorn et al. (1991) จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 7 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระดับต่ำ (8.00-18.67 คะแนน) ในระดับปานกลาง (18.68-29.35 คะแนน) และในระดับสูง (29.36-40.00 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการปฏิบัติงาน ของ Schermerhorn et al. (1991) แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ จำนวน 3 ข้อ สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน จำนวน 3 ข้อ

การได้รับการยอมรับ จำนวน 5 ข้อ และความพอใจต่อค่าตอบแทน จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวน 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในระดับต่ำ (14.00-32.67 คะแนน) ในระดับปานกลาง (32.68-51.35 คะแนน) และในระดับสูง (51.36-70.00 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการปฏิบัติงาน ของ Schermerhorn et al. (1991) แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว จำนวน 2 ข้อ การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน จำนวน 2 ข้อ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 6 ข้อ และการสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวน 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติน้อย ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติมาก และปฏิบัติมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ (14.00-32.67 คะแนน) ในระดับปานกลาง (32.68-51.35 คะแนน) และในระดับสูง (51.36-70.00 คะแนน)

ชุดที่ 6 แบบสอบถามการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากเนื้อหาและการวัดผลการศึกษา ตามคู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง ของสำนักงานมัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย (2558) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแล จำนวน 6 ข้อ ด้านการช่วยเหลือ จำนวน 5 ข้อ ด้านการประคับประคอง จำนวน 3 ข้อ ด้านการสนับสนุน จำนวน 3 ข้อ และด้านการประสานงานและเชื่อมโยง จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5

ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติน้อย ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติมาก และปฏิบัติมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานในระดับต่ำ (20.00–46.67 คะแนน) ในระดับปานกลาง (46.68–73.35 คะแนน) และในระดับสูง (73.36–100.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์มหาวิทยาลัยด้านชีวิตสถิติ อาจารย์มหาวิทยาลัยด้านอนามัยชุมชน และอาจารย์มหาวิทยาลัยด้านอนามัยชุมชนและโภชนาวิทยา ได้คำตัดสินความสอดคล้อง (IOC) อยู่ในช่วง .89–1.00 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพฯ แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพฯ แบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานฯ ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพฯ ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .72 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพฯ แบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานฯ ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .71, .83, .76 และ .92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (เอกสารรับรอง เลขที่ COA No. 573/2019 และ IRB No. 0791/62 วันที่ 10 ตุลาคม 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากสาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 9 อำเภอของจังหวัดอุตรดิตถ์ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างในห้องประชุมที่จัดไว้เป็นสัดส่วน แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลา 30–50 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ และร้อยละ ข้อมูลทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ข้อมูลปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ข้อมูลปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 94 มีอายุอยู่ในช่วง 41-45 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23 โดยมีอายุเฉลี่ย 48.04 ปี ($SD = 8.09$) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.50 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ คิดเป็นร้อยละ 70.90 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.80 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 74.70 โดยมีรายได้เฉลี่ย 4,783.02 บาทต่อเดือน ($SD = 3,027.91$) และส่วนใหญ่มีระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในช่วง 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 87.90

1.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพฯ ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 80.80

1.3 ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนเฉลี่ยทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพฯ โดยรวมในระดับสูง ($M = 33.20$, $SD = 2.98$)

2. ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุในระดับสูง ($M = 11.94$, $SD = 1.51$) มีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงานในระดับสูง ($M = 13$, $SD = 1.44$) มีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการยอมรับในระดับสูง ($M = 20.82$, $SD = 2.12$) และมีคะแนนเฉลี่ยความพอใจต่อค่าตอบแทนในระดับสูง ($M = 12.60$, $SD = 1.84$)

3. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง ($M = 8.14$, $SD = 1.34$) มีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานในระดับสูง ($M = 8.02$, $SD = 1.16$) มีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับสูง ($M = 24.27$, $SD = 2.89$) และมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับปานกลาง ($M = 13.60$, $SD = 3.03$)

4. การปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 63.32$, $SD = 8.37$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ “ท่านพูดคุยให้กำลังใจผู้สูงอายุ” ($M = 4.34$, $SD = .71$) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ “ท่านให้การดูแลในด้านความสบายของร่างกาย” ($M = 3.05$, $SD = .86$)

5. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ร้อยละ 66.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .667$, $p < .001$) โดยทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถทำนายการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้มากที่สุด ($Beta = .258$, $p < .001$) รองลงมา คือ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($Beta = .152$, $p < .05$) และการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. ($Beta = .128$, $p < .05$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของ
ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 265)

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	t	p
ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	.304	.069	.258	4.403	< .001
การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	.113	.043	.152	2.596	.010
การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. (ไม่ได้เรียน เป็นกลุ่มอ้างอิง)	.084	.038	.128	2.191	.029

Constant = 1.422, R = .809, R² = .667, adj. R² = .660, F = 163.876, p < .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม
วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานโดยรวม
ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มีระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่
ผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในช่วง 1-3 ปี (ร้อยละ 87.90)
ซึ่งเป็นระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ที่ยังไม่มากนัก
อาจทำให้ผู้ดูแลฯ เพิ่งเริ่มมีความเข้าใจต่อบทบาท
การทำงาน ทำให้สามารถปฏิบัติตามบทบาทการทำงาน
ได้ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ
จิราวรรณ นามพันธ์ และคณะ (2563) ที่พบว่า ผู้ดูแล
ที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
มีการปฏิบัติงานในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับ
การศึกษาของเอนก กลิ่นรส (2560) ที่พบว่า ผู้ดูแล
ผู้สูงอายุมีบทบาทในการดูแลโดยรวมในระดับปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่า การศึกษาระดับมัธยมศึกษา
ตอนปลาย/ปวส. ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติตาม
บทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้
ร้อยละ 66.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทัศนคติ
เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถ

ทำนายการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้มากที่สุด แสดงให้เห็นว่า
เมื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับ
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะส่งผล
ให้ผู้ดูแลฯ มีการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่ดี และ
การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลฯ
เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชน เห็นปัญหาสุขภาพของ
ผู้สูงอายุที่ไม่สุขสบายทางร่างกายหรือจิตใจ จึงรู้สึก
เห็นใจ อยากช่วยเหลือ ทำให้มีการปฏิบัติตามบทบาท
การทำงานได้ดี ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการปฏิบัติงาน
ของ Schermerhorn et al. (1991) ที่กล่าวว่า
การที่บุคคลจะปฏิบัติงานได้ผลดีนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพล
ของลักษณะทางจิตวิทยา ได้แก่ การรับรู้ ทัศนคติ
ความต้องการ และบุคลิกภาพ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้
สอดคล้องกับการศึกษาของจิราวรรณ นามพันธ์ และ
คณะ (2563) ที่พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับ
การปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสอดคล้องกับการศึกษา
ของยุพา พูชื่น (2560) ที่พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์
กับการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขสามารถทำนายการปฏิบัติตามบทบาท
การทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ แสดง
ให้เห็นว่า การที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ

การดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามบทบาทการทำงานได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ติดตามการดำเนินงานและพบปะกับผู้ดูแล บ่อยครั้ง มีการให้คำปรึกษาและให้การสนับสนุนผู้ดูแล จึงยังทำให้ผู้ดูแล มีการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของตนเองได้มากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการปฏิบัติงาน ของ Schermerhorn et al. (1991) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติงานได้ผลดีนั้นขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนจากองค์การในด้านต่างๆ ได้แก่ ความช่วยเหลือจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชนาอุส คำโสม, สุนีย์ ละกะปิ่น, และเพลินพิศ บุญยมาลิก (2562) ที่พบว่า การติดตามงานจากผู้จัดการหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว และสอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน (2559) ที่พบว่า การให้การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของยุพา พูชื่น (2560) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ

ผลการวิจัยพบว่า การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. สามารถทำนายการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน จะมีการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานแตกต่างกันด้วย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. มีพื้นฐานการเรียนรู้มากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้เรียนหนังสือ จึงเข้าใจวิธีการดูแลผู้สูงอายุได้ดีกว่า ทำให้มีการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานได้ดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน

(2559) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของธนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์ และเพชรรา ชวนะพันธุ์ (2559) ที่พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรสุขภาพควรสนับสนุนให้มีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้งานดูแลผู้สูงอายุมีคุณค่า ทำทายน่าสนใจ และเกิดการยอมรับ รวมทั้งส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ดีต่อบทบาทการทำงานของตนเอง

1.2 ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพควรกำหนดนโยบายให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เช่น การให้ข้อมูล การให้ขวัญกำลังใจ เพื่อให้การปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง เกิดพลังการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และเกิดการเชื่อมโยงนโยบายการดูแลสุขภาพของประชาชน ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

1.3 ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพควรกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นด้านการดูแลความสะอาดร่างกายและความสุขสบายให้มากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงและพัฒนากระบวนการส่งเสริมบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมด้วย เพื่อให้ผลการวิจัยน่าเชื่อถือมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2560). สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560. สืบค้นจาก https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1533055363-125_1.pdf
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). รายงานจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุ. สืบค้นจาก <http://ltc.anamai.moph.go.th>
- กิริติ กิจธีระวุฒินงษ์, และนิทรา กิจธีระวุฒินงษ์. (2561). ทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4), 15–24.
- จิราวรรณ นามพันธ์, นฤมล เอื้อมณีกุล, และสุรินทร์ กลัมพากร. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(3), 41–52.
- ชนายุศ คำโสม, สุณีย์ ละกะปิ่น, และเพลินพิศ บุญมาลิก. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 12(2), 193–207.
- ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์, และเพชร ชวนะพันธุ์. (2559). ประสิทธิภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตสุขภาพที่ 4 (รายงานผลการวิจัย). ศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- ยุพา ฟูชื่น. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ: กรณีศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลบ้านเอื้อม อำเภอมือง จังหวัดลำปาง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ศิริภาณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และคณิตเรตังรัง. (2556). รายงานการวิจัย เรื่อง ผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุญ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชัช เกษมทรัพย์, วิชัช เอกพลากร, และบรรสมลีระพันธ์. (2561). การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์. (2563). เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ ระดับกระทรวงสาธารณสุข. อุดรดิตถ์: ผู้แต่ง.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. (2558). คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. (2559). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 17(2), 71–84.

เอนก กลิ่นรส. (2560). ความสัมพันธ์ของการปฏิบัติ
ตามบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ
ในตำบลโคกชะงาย อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง.
สืบค้นจาก http://203.157.229.18/ptvichakarn61/uploads/39704_0101_20180529170610_pdf.pdf

Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.

Schermerhorn, J. R., Hunt, J. G., & Osborn, R. N. (1991). *Managing organizational behavior* (4th ed.). New York: John Wiley & Sons.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับ ต่อคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์* Effect of the Sleep Enhancement Program on Sleep Quality among Pregnant Women *

ไพลิน ถึงถิ่น, พย.ม. (การผดุงครรภ์)¹

Pailin Thungthin, M.N.S. (Midwifery)¹

นงลักษณ์ เฉลิมสุข, ปร.ด. (การผดุงครรภ์)²

บังอร ศุภวิทิตพัฒนา, ปร.ด. (การพยาบาล)³

Nonglak Chaloumsuk, Ph.D. (Midwifery)²

Bungorn Supavititpatana, Ph.D. (Nursing)³

Received: January 29, 2023

Revised: May 24, 2023

Accepted: June 8, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับต่อคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ปกติที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 52 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับ เทปบันทึกเสียงการสร้างจินตภาพ แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ เครื่องเล่นแผ่นบันทึกเสียง หรือสมาร์ทโฟน แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับพิตส์เบิร์กฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่น .85 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Fisher's exact test และ independent t-test

* 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

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

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

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.980, p < .001$) และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีสัดส่วนคุณภาพการนอนหลับที่ดีมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลผดุงครรภ์ควรนำโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับไปประยุกต์ใช้ร่วมกับการดูแลตามปกติ เพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับ คุณภาพการนอนหลับ สตรีตั้งครรภ์

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of the sleep enhancement program on sleep quality among pregnant women. The samples consisted of 52 normal pregnant women who received antenatal care at Hua Hin Hospital, Prachuap Khiri Khan Province and were equally divided into an experimental group ($n = 26$) and a control group ($n = 26$). The research instruments included the sleep enhancement program, the tape for creating guided imagery, the record form on the phone and LINE application, the record player or smartphone, the demographic questionnaire, and the Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (T-PSQI) with reliability of .85. The implementation and data collection were conducted from June to September, 2020. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Fisher's exact test, and independent t -test.

The research results revealed that after the experiment, the experimental group had statistically significantly lower mean score of sleep quality than that of the control group ($t = 6.980, p < .001$). Additionally, the experimental group had statistically significantly higher proportion of good sleep quality than that of the control group ($p < .001$).

This research suggests that nurse-midwives should apply this sleep enhancement program with routine care to improve sleep quality among pregnant women.

Keywords: Sleep enhancement program, Sleep quality, Pregnant women

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การนอนหลับที่มีคุณภาพในระยะตั้งครรภ์ ช่วยส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมการเจริญเติบโตด้านร่างกายและพัฒนากายทางสมองของทารกในครรภ์ (Sut, Asci, & Topac, 2016) แต่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ร้อยละ 41.20 มีการนอนหลับที่

เปลี่ยนแปลงไปจากก่อนการตั้งครรภ์ และระยะตั้งครรภ์เป็นช่วงเวลาที่การนอนหลับถูกรบกวนมากกว่าช่วงเวลาอื่นในชีวิต (Huong, Thuy, & Yen, 2019) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ (อายุครรภ์ 29-42 สัปดาห์) ที่สตรีตั้งครรภ์มีความต้องการการนอนหลับเพิ่มมากขึ้น แต่ผลจากการเปลี่ยนแปลง

ด้านกายวิภาคและสรีรวิทยาในไตรมาสดังกล่าว ทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่นอนง่ายและบ่อยขึ้น ส่งผลให้การนอนพักผ่อนไม่เพียงพอ (Kloss, Perlis, Zamzow, Culnan, & Gracia, 2015) สตรีตั้งครรภ์จึงมักประสบปัญหาคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

คุณภาพการนอนหลับตามแนวคิดของ Buysse, Reynolds, Monk, Berman, and Kupfer (1989) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อประสิทธิภาพและการรบกวนการนอนหลับ ประกอบด้วย คุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ และคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ โดยคุณภาพการนอนหลับที่ดีประกอบด้วย ระยะเวลาในการนอนหลับมากกว่า 7 ชั่วโมง ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับน้อยกว่า 15 นาที ไม่มีปัญหาในการนอนหลับและไม่ถูกรบกวนระหว่างการนอนหลับ ไม่มีการใช้ยาเพื่อการนอนหลับ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน และมีความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จลุล่วง (Buysse et al., 1989) แต่จากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและด้านจิตใจ ส่งผลต่อสรีรวิทยาของการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์ ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีคุณภาพการนอนหลับในระดับต่ำ ดังรายงานการวิเคราะห์ห่อภิมาณที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ร้อยละ 45.70 มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี โดยคุณภาพการนอนหลับจะยิ่งลดลงในไตรมาสที่ 2 และ 3 ของการตั้งครรภ์ (Sedov, Cameron, Madigan, & Tomfohr-Madsen, 2018) และการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์แต่ละไตรมาสพบว่า สตรีตั้งครรภ์มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีอยู่ในช่วงร้อยละ 38–55 โดยสตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 1 และ 2 (Al-Musharaf, 2022) สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์ปกติในไตรมาสที่ 2 และ 3 พบว่า สตรีตั้งครรภ์ร้อยละ 94.70 มีคะแนนคุณภาพการนอนหลับในระดับไม่ดี (เกวลิน ถกลพัฒน์กุล, วรณี เดียววิเศษ, และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, 2562)

คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีขณะตั้งครรภ์ ส่งผลกระทบด้านร่างกายของสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ อาการเหนื่อยล้าขณะตั้งครรภ์ การติดเชื้อในร่างกายได้ง่ายเนื่องจากภูมิคุ้มกันของร่างกายลดต่ำลง (Okun, Luther, Wisniewski, & Wisner, 2013) ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด (Felder, Baer, Rand, Jelliffe-Pawlowski, & Prather, 2017) เกิดความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด (Kim et al., 2013) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โดยจะเพิ่มขึ้นในไตรมาสที่ 2 และ 3 (Palagini et al., 2014) เพิ่มโอกาสในการผ่าตัดคลอดในไตรมาสที่ 3 (Paine et al., 2020) อีกทั้งในระยะคลอด พบว่าทำให้ระยะเวลาของการคลอดยาวนานมากขึ้น (Li et al., 2017) ส่วนผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์พบว่า สตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 ที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี มีภาวะซึมเศร้าและภาวะการรู้คิดบกพร่องมากกว่ากลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี (Zhang et al., 2021) นอกจากนี้ คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีขณะตั้งครรภ์ยังส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด ได้แก่ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อย และรบกวนการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดในไตรมาสที่ 3 (Wang & Jin, 2020) และทารกแรกเกิดมีคะแนนแอฟการ์ (APGAR score) ในระดับต่ำอีกด้วย (Sharma et al., 2016)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านกายวิภาคและสรีรวิทยาของการตั้งครรภ์ และปัจจัยด้านจิตใจ โดยปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ การมีอายุมากกว่า 30 ปี การตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 การมีอายุครรภ์มากกว่า 30 สัปดาห์ ซึ่งพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่า 30 สัปดาห์ มีคะแนนคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ

30 สัปดาห์ (Polo-Kantola, Aukia, Karlsson, Karlsson, & Paavonen, 2017) การตั้งครุฑหลังการมีรายได้ในระดับต่ำ (Al-Musharaf, 2022) การทำงานเต็มเวลา (Mindell, Cook, & Nikolovski, 2015) และการเป็นโรคอ้วน (Leermakers et al., 2013) ส่วนปัจจัยด้านกายวิภาคและสรีรวิทยาของการตั้งครุฑ ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนอย่างต่อเนื่อง ทำให้สตรีตั้งครุฑในไตรมาสที่ 3 มีอาการง่วงนอนในเวลากลางวันเพิ่มขึ้น และขนาดมดลูกที่ใหญ่ขึ้นในไตรมาสที่ 3 กดเบียดกระเพาะปัสสาวะ ทำให้ถ่ายปัสสาวะบ่อย จึงรบกวนการนอนหลับและเกิดการนอนหลับไม่เพียงพอ (Nowakowski, Meers, & Heimbach, 2013) รวมทั้งอาการไม่สุขสบายขณะตั้งครุฑ เช่น อาการปวดหลัง คอ หรือข้อต่อ อาการแสบร้อนยอดอก การเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ซึ่งล้วนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี (เกวลิน ถกพัฒน์กุล และคณะ, 2562) และเกิดความรุนแรงมากขึ้นในไตรมาสที่ 3 (Mindell et al., 2015) สำหรับปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเครียด ซึมเศร้าขณะตั้งครุฑ (Hou et al., 2018) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะท้ายของการตั้งครุฑที่สตรีตั้งครุฑมีความกลัวการคลอดบุตร ทำให้การนอนหลับยากขึ้นหรือนอนไม่ค่อยหลับ และตื่นบ่อย รวมทั้งนอนหลับต่อยากมากขึ้นภายหลังการตื่น (Solomonova et al., 2019)

การส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครุฑพบว่ามีการจัดกระทำที่หลากหลาย ได้แก่ การใช้ความคิดและพฤติกรรมบำบัดสำหรับอาการนอนไม่หลับ การโยคะ การฝังเข็ม การฝึกสมาธิและการฝึกโยคะ การผ่อนคลาย และการใช้ยาสมุนไพร (Bacaro et al., 2020) การสร้างจินตภาพภายใต้การชี้นำ (Lee, Gay, & Alsten, 2016) จากการศึกษาผลของการออกกำลังกายเพื่อการผ่อนคลายต่อคุณภาพการนอนหลับของสตรีตั้งครุฑในไตรมาสที่ 3 พบว่า กลุ่มที่ได้รับการออกกำลังกายเพื่อการผ่อนคลายมีคะแนนคุณภาพ

การนอนหลับในระดับดี (Özkan & Rathfisch, 2018) รวมถึงการศึกษาการกดจุดต่อคุณภาพการนอนหลับของสตรีตั้งครุฑ พบว่า การกดจุดสามารถปรับปรุงการนอนหลับและช่วยให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้นสามารถลดความวิตกกังวลในสตรีตั้งครุฑในไตรมาสที่ 3 ได้ (Neri, Bruno, Dante, & Facchinetti, 2016) แม้ว่าวิธีการข้างต้นจะมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครุฑ แต่ในการจัดกระทำนั้น ผู้จัดกระทำต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญ หรือผ่านการอบรมเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการบำบัดที่ถูกต้อง รวมทั้งต้องมีทักษะการใช้อุปกรณ์ต่างๆ เพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปอย่างถูกต้องและปลอดภัย สำหรับวิธีการให้ความรู้สุขอนามัยการนอนหลับร่วมกับการจัดกระทำที่ส่งเสริมให้เกิดการผ่อนคลาย เป็นวิธีการที่มีความเสี่ยงในระดับต่ำและมีประสิทธิภาพในการเพิ่มคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครุฑได้ (Hashmi, Bhatia, Bhatia, & Khawaja, 2016)

จากการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับในสตรีตั้งครุฑ พบว่า สตรีตั้งครุฑที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการณ์การนอนหลับ สุขอนามัยการนอนหลับ การควบคุมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ร่วมกับการฝึกการผ่อนคลายด้วยจินตภาพภายใต้การชี้นำ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกการหายใจ พบว่ามีระยะเวลาการนอนหลับที่ยาวนานขึ้น และการถูกรบกวนการนอนหลับน้อยลง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (Lee et al., 2016) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่สนับสนุนช่วยเหลือให้สตรีตั้งครุฑในไตรมาสที่ 3 มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ความรู้สุขอนามัยการนอนหลับ 2) การฝึกปฏิบัติการสร้างจินตภาพภายใต้การชี้นำ และ 3) การติดตามทางโทรศัพท์ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งการให้ความรู้สุขอนามัยการนอนหลับจะมีผลโดยตรงกับการกระทำพฤติกรรม โดยทำให้สตรีตั้งครุฑรับรู้ถึง

ประโยชน์ของพฤติกรรมนอนหลับและสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ และสามารถจัดการกับอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงด้านกายวิภาคและสรีรวิทยาขณะตั้งครรภ์ได้ ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลายและลดการตื่นตัวของกล้ามเนื้อ จึงเพิ่มประสิทธิภาพในการนอนหลับ (กัลยา ปัญจรผล, 2560) ส่วนการฝึกปฏิบัติการสร้างจินตภาพภายใต้การชี้นำ ตามแนวคิดของ Horowitz (1978 as cited in Stephens, 1993) เป็นการเหนี่ยวนำให้มีการสร้างภาพในจิตใจ ทำให้บุคคลเบี่ยงเบนความสนใจไปจากสิ่งรบกวนที่เป็นต้นกำเนิดของความวิตกกังวล ความเครียด และความคิดทางลบ ไปสู่สิ่งที่ตนเองชื่นชอบหรือเคยมีประสบการณ์ที่มีความสุข เกิดความสมดุลด้านจิตใจและเกิดความผ่อนคลายด้านร่างกาย ทำให้สมองส่วน bulbar synchronizing region มีการหลั่งสารสื่อประสาทชื่อ serotonin ทำให้เกิดความพึงพอใจ สบายใจ ผ่อนคลาย จิตใจสงบ ทำให้เกิดความรู้สึกง่วงนอน และมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะของคลื่นสมองอัลฟาที่ช้าลง (Benson & Klipper, 1975) สำหรับการติดตามทางโทรศัพท์พร้อมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จะช่วยกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์ปฏิบัติตามแผนการดูแล รวมทั้งทราบถึงปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมการนอนหลับ และให้คำแนะนำในการส่งเสริมการนอนหลับตามแนวทางที่กำหนดไว้

สำหรับในประเทศไทยซึ่งพบว่าสตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี (อรนิต นิคม และศิริวรรณ บุตรหิน, 2564) แต่ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับที่ครอบคลุมการจัดกระทำทั้งปัจจัยด้านกายวิภาคและสรีรวิทยาของการตั้งครรภ์และปัจจัยด้านจิตใจ โดยการศึกษาที่มีการจัดกระทำดังกล่าวพบเพียงในต่างประเทศ ซึ่งมีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน การที่จะ

ทราบถึงประสิทธิผลของการจัดกระทำดังกล่าวที่ชัดเจน ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผดุงครรภ์จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการนอนหลับว่าจะสามารถส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้นหรือไม่ ซึ่งการจัดกระทำในโปรแกรมดังกล่าวไม่จำเป็นต้องใช้ผู้ฝึกสอนหรือผู้ชำนาญเพิ่มเติม และสตรีตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ซึ่งผลการวิจัยจะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผดุงครรภ์เพื่อเพิ่มคุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

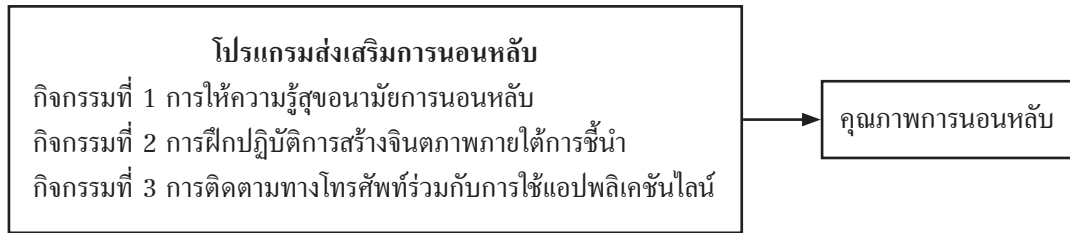
เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีสัดส่วนคุณภาพการนอนหลับที่ดีมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดคุณภาพการนอนหลับ ของ Buysse et al. (1989) รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรม มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับ ที่ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้สุขอนามัยการนอนหลับ การฝึกปฏิบัติการสร้างจินตภาพภายใต้การชี้นำ และการติดตามทางโทรศัพท์พร้อมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ไม่ต้องใช้ผู้ฝึกสอน และสตรีตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นสตรีตั้งครรภ์ปกติ อายุครรภ์ 29–36 สัปดาห์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2563 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ตั้งครรภ์เดี่ยว 3) มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับพิตส์เบิร์กฉบับภาษาไทย (Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index [T-PSQI]) 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมหรือทางอายุรกรรม ได้แก่ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การตกเลือดก่อนคลอด ความดันโลหิตสูง ภาวะเบาหวาน ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ และโรคหัวใจ 5) ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช ได้แก่ จิตเภท โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และความผิดปกติทางจิตใต้สวณหลังก้นตรวย 6) ไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) 7) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และไม่มีปัญหาการได้ยิน 8) มีสมารทโฟนที่สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ และ 9) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วม

การวิจัย คือ 1) เกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมหรือทางอายุรกรรม 2) ปฏิบัติตามโปรแกรมไม่ครบถ้วน และไม่สามารถปฏิบัติจินตภาพภายใต้การชี้นำได้อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และ 3) ขอดอนตัวจากการวิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางสำเร็จรูปของ Burns and Grove (2005) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 44 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 26 คน รวมจำนวน 52 คน จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ตามอายุครรภ์ (แตกต่างกันไม่เกิน 2 สัปดาห์) ค่าดัชนีมวลกาย และคะแนนคุณภาพการนอนหลับ (แตกต่างกันไม่เกิน 2 คะแนน) ทั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้อมูลระหว่างกลุ่ม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดคุณภาพการนอนหลับ ของ Buysse et al. (1989) และการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วยกิจกรรม 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้สูขอนามัย การนอนหลับ ใช้เวลา 30–40 นาที โดยผู้วิจัยให้ความรู้ สูขอนามัยการนอนหลับเป็นรายบุคคล ตามแผนการสอน ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับในระยะ ตั้งครรภ์ บังคับเสี่ยง ผลกระทบ พฤติกรรมการนอนหลับ และสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ และการจัดการกับอาการไม่สุขสบายทางกายขณะตั้งครรภ์

กิจกรรมที่ 2 การฝึกปฏิบัติการสร้าง จินตภาพภายใต้การชี้นำ โดยผู้วิจัยให้ความรู้และฝึก ปฏิบัติการสร้างจินตภาพภายใต้การชี้นำ ตามคู่มือ ส่งเสริมการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์ ใช้เวลา 20 นาที และประเมินความสำเร็จของการฝึกการสร้างจินตภาพ ตามเกณฑ์ คือ พฤติกรรมการแสดงออกขณะฝึก การสร้างจินตภาพ ได้แก่ สงบ เขียวเข็น และผ่อนคลาย และความรู้สึกขณะฝึกการสร้างจินตภาพ เช่น ความรู้สึก ผ่อนคลาย สบายใจ หรือเพลิดเพลิน

กิจกรรมที่ 3 การติดตามทางโทรศัพท์ ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ โดยผู้วิจัยดำเนินการ ตามแนวทางการติดตามการปฏิบัติตามคู่มือส่งเสริม การนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์ โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ในการส่งข้อความทักทายและสอบถามเวลาที่สะดวกให้ โทรศัพท์ติดตามได้ ก่อนที่จะโทรศัพท์ติดตามแต่ละครั้ง หากไม่สะดวกให้โทรศัพท์ ผู้วิจัยจะติดตามโดยการส่ง ข้อความถามตอบทางแอปพลิเคชันไลน์ตามแนวทาง ที่กำหนด ทั้งนี้ ผู้วิจัยทำการติดตามทางโทรศัพท์ ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ทุกวันพุธและวันอาทิตย์ ตามแนวคำถามในการติดตาม ใช้เวลาครั้งละ 20–30 นาที ผู้วิจัยให้ข้อมูลและคำแนะนำในการใช้คู่มือการส่งเสริม การนอนหลับอย่างต่อเนื่อง และบันทึกผลการติดตาม ในแบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชัน ไลน์ทุกครั้ง หากพบว่ามีปัญหาที่ต้องการคำแนะนำ หรือความช่วยเหลือ ผู้วิจัยรับฟังและให้คำปรึกษาตาม แนวทางที่กำหนด

1.2 เทปบันทึกเสียงการสร้างจินตภาพ ของจริยา จันทรเทพา (2552) เป็นการบรรยายชักนำ

ให้เกิดการจินตนาการถึงบรรยากาศที่พึงพอใจใน สถานที่ที่มีความสุขและเกิดการผ่อนคลาย ผสมผสาน เข้ากับเสียงดนตรีบรรเลงและเสียงธรรมชาติ ให้เกิด จินตนาการตามสิ่งที่ได้ยิน มีความยาว 15 นาที

1.3 แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น สำหรับใช้ เป็นแนวทางในการติดตามและบันทึกข้อมูลการติดตาม โดยกำหนดแนวคำถามในการติดตาม ได้แก่ การซักถาม ถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผน การอ่าน คู่มือการส่งเสริมการนอนหลับ การบันทึกผลการปฏิบัติ เกี่ยวกับการปฏิบัติได้สำเร็จตามแผน และความช่วยเหลือ ที่ต้องการได้รับเกี่ยวกับการนอนหลับ และทำการบันทึก ผลการติดตาม ข้อความ/ข้อมูลที่ได้จากการติดตาม และคำแนะนำที่ให้

1.4 เครื่องเล่นแผ่นบันทึกเสียง หรือ สมาร์ทโฟน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ค่าดัชนี มวลกาย จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และอายุครรภ์ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ พิตส์เบิร์กฉบับภาษาไทย ผู้วิจัยใช้แบบประเมินฉบับที่ พัฒนาโดยตุลยา สิตสุวรรณ, สนทรศ นุชราทิจ, พิมพ์ รัตนอำมพวัลย์, และวัฒนชัย โชตินัยวัตรกุล (Sitasuwan, Bussaratid, Ruttanaumpawan, & Chotinaiwattarakul, 2014) จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ รวม 7 องค์ประกอบ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับ เชิงอัตนัย ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะ เวลาของการนอนหลับ ประสิทธิภาพของการนอนหลับ โดยปกติวิสัย การรบกวนการนอนหลับ การใช้ยา

นอนหลับ และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-21 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน คือ มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน) และมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี (มากกว่า 5 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับ (แผนการสอน คู่มือส่งเสริมการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์ และแนวทางการติดตามการปฏิบัติตามคู่มือฯ) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยจิตแพทย์ อาจารย์พยาบาล ด้านการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการนอนหลับ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับ สตรีตั้งครรภ์ปกติที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลหัวหิน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 คน ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ และนำแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับพิตส์เบิร์กฉบับภาษาไทย ไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ปกติที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลหัวหิน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 061/2020 วันที่ 22 พฤษภาคม 2563) และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (เอกสารรับรอง เลขที่ 6346 วันที่ 30 มิถุนายน 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็น

ความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกฝากครรภ์ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมทั้งหมด ก่อน โดยพบกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคลในวันแรกที่แผนกฝากครรภ์ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับพิตส์เบิร์กฉบับภาษาไทย ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำแผนกฝากครรภ์ ได้แก่ การให้ความรู้เป็นรายกลุ่มเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่แผนกฝากครรภ์ ในเวลา 4 สัปดาห์ต่อมา ให้ตอบแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับพิตส์เบิร์กฉบับภาษาไทย หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

5. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลในวันแรกที่แผนกฝากครรภ์ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับพิตส์เบิร์กฉบับภาษาไทย ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที

6. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำแผนกฝากครรภ์ และให้ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเป็นรายบุคคล โดยวันที่ 1 เข้าร่วมกิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้สุขอนามัย

การนอนหลับ และกิจกรรมที่ 2 การฝึกปฏิบัติการสร้างจินตภาพภายใต้การชี้นำ ผู้วิจัยมอบคู่มือส่งเสริมการนอนหลับ อธิบายการใช้คู่มือและหัวข้อเนื้อหาในคู่มือ และแลกเปลี่ยนหมายเลขโทรศัพท์พร้อมเพิ่มเพื่อนในแอปพลิเคชันไลน์สำหรับการติดตาม จากนั้นผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมที่ 3 โดยติดตามทุกวันพุธและวันอาทิตย์ เพื่อเตือนให้ปฏิบัติการสร้างจินตภาพภายใต้การชี้นำอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมการสนับสนุนและติดตามทางโทรศัพท์ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการนอนหลับในระยะตั้งครรภ์ และบันทึกผลการติดตามแต่ละครั้งในแบบบันทึก

7. หลังจากครบเวลา 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองในเวลา 1 สัปดาห์ต่อมา เมื่อมารับบริการฝากครรภ์ตามนัดปกติ ให้ตอบแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับพิตส์เบิร์กฉบับภาษาไทย หลังการทดลอง (post-test) โดยให้เวลาประมาณ 10 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test, Fisher's exact test และ independent *t*-test ตามลักษณะข้อมูล การเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบสัดส่วนคุณภาพการนอนหลับที่ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง

20-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 69.23 โดยมีอายุเฉลี่ย 24 ปี ($SD = 4.10$) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.31 มีอาชีพเป็นลูกจ้างเอกชนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.77 มีรายได้ของครอบครัวมากกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 57.69 โดยมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 16,404 บาทต่อเดือน ($SD = .50$) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.50-24.90 กก./ม.² มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.84 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 และส่วนใหญ่มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 29-32 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 80.77 โดยมีอายุครรภ์เฉลี่ย 30 สัปดาห์ ($SD = 1.72$) ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า มีอายุอยู่ในช่วง 20-25 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.69 โดยมีอายุเฉลี่ย 25 ปี ($SD = 4.25$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 69.23 มีอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.92 ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 61.54 โดยมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 15,731 บาทต่อเดือน ($SD = .49$) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.50-24.90 กก./ม.² มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.84 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.69 และส่วนใหญ่มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 29-32 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 69.23 โดยมีอายุครรภ์เฉลี่ย 31 สัปดาห์ ($SD = 1.55$)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. การเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.980, p < .001$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีมากกว่า

กลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คุณภาพการนอนหลับ	กลุ่มทดลอง (n = 26)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง	7.81	2.48	8.15	2.01	.550	.580
หลังการทดลอง	3.00	1.36	6.85	2.46	6.980	< .001

3. การเปรียบเทียบสัดส่วนคุณภาพการนอนหลับ ที่ดีระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีสัดส่วนคุณภาพการนอนหลับที่ดีมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบสัดส่วนคุณภาพการนอนหลับที่ดีระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ	ค่าสัดส่วน	p
กลุ่มทดลอง	26	100.00	1.00	< .001
กลุ่มควบคุม	26	15.38	.15	

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมีสัดส่วนคุณภาพการนอนหลับที่ดีมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับ ซึ่งผู้วิจัยให้ความรู้ สุขอนามัยการนอนหลับที่ครอบคลุมทั้งคุณภาพ

การนอนหลับในระยะตั้งครบก บ้างจึงเสี่ยง ผลกระทบ พฤติกรรมการนอนหลับและสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริม คุณภาพการนอนหลับ และการจัดการกับอาการ ไม่สบายทางกายขณะตั้งครบก ทำให้กลุ่มทดลอง มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกิดการรับรู้ถึงประโยชน์ ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมที่ ส่งเสริมการนอนหลับ สอดคล้องกับแนวคิดของ Krathwohl, Bloom, and Masia (1964) ที่กล่าวว่า ความรู้เป็นสิ่งเร้าหรือบ่อเกิดของความตระหนัก/ทัศนคติ เมื่อบุคคลมีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อ

สิ่งใด ย่อมส่งผลให้บุคคลแสดงออกซึ่งพฤติกรรม และเกิดความพยายามในการปฏิบัติต่อสิ่งนั้น ๆ ให้สำเร็จ อีกทั้งการให้ความรู้สุขอนามัยการนอนหลับ เป็นรายบุคคลที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงแนวทางการส่งเสริมการนอนหลับให้สอดคล้องเหมาะสมกับรูปแบบการดำเนินชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ และการมอบคู่มือส่งเสริมการนอนหลับแก่สตรีตั้งครรภ์ไว้ทบทวน เมื่อมีข้อสงสัย ยังส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดความเชื่อมั่นว่า จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการส่งเสริมการนอนหลับได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Spross (2009) ที่กล่าวว่า การชี้แนะเป็นการพัฒนาความรู้และฝึกทักษะของบุคคล เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางการปฏิบัติ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Darvish and Zarbakhsh (2016) ที่มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมการนอนหลับที่ดีแก่สตรีตั้งครรภ์เป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพการนอนหลับที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Mashayekh-Amiri, Bakouei, Esmaeilzadeh, Basirat, and Delavar (2019) ที่มีการให้ความรู้สุขอนามัยการนอนหลับเรื่องความสำคัญของการนอนหลับ การปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมสำหรับการนอนหลับ และการหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่รบกวนการนอนหลับ แก่สตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 1 และประเมินคุณภาพการนอนหลับในไตรมาสที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีการใช้ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับที่สั้นลง และไม่มีผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในช่วงเวลากลางวัน

นอกจากนี้ กลุ่มทดลองยังมีการฝึกปฏิบัติการสร้างจินตภาพภายใต้การชี้แนะ และได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติก่อนนอนอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดการผ่อนคลายทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ และทำให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อสตรีตั้งครรภ์หลับตาและฟังเสียงจินตภาพถึงภาพหรือสถานที่ที่พึงพอใจ มีเสียงนุ่มนวล ราบรื่น

สงบ ไม่เร่งรีบ และมีเสียงพื้นหลังเป็นเสียงดนตรีบรรเลงร่วมกับเสียงธรรมชาตินั้น จะกระตุ้นการทำงานของสมองซีกขวาให้เกิดความคิดเกี่ยวกับอารมณ์ เสี่ยงความรู้สึก เกิดการจินตนาการ (Horowitz, 1978 as cited in Dossey, 1997) มีการเบี่ยงเบนความสนใจออกจากสถานการณ์ที่ไม่สุขสบาย ทำให้มีความรู้สึกสดชื่น ผ่อนคลาย และมีความสุข (McCaffery, 1979) การปฏิบัติการสร้างจินตภาพภายใต้การชี้นำดังกล่าว ยังส่งผลให้การทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อลดลง เนื่องจากสมองส่วนลิมบิก (limbic system) มีการหลั่งสาร endorphins ทำให้สมองลดการตื่นตัวลง ส่งผลให้ร่างกายอยู่ในภาวะที่สมดุล กล้ามเนื้อต่างๆ มีการคลายตัวมากขึ้น จึงนำไปสู่การผ่อนคลายและอารมณ์ที่สงบขึ้น (Horowitz, 1978 as cited in Dossey, 1997) นอกจากนี้ การนึกถึงภาพของสถานที่ที่กำลังได้ยินยังกระตุ้นการทำงานของสมองซีกซ้ายเกี่ยวกับความทรงจำถึงสถานที่นั้น โดยรู้สึกว่าได้กลับไปที่นั่นหรือได้อยู่ตรงนั้นจริง ทำให้มีความเพลิดเพลินกับสถานที่นั้น ส่งผลให้คลื่นสมองมีการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะที่ช้าลง (Benson & Klipper, 1975) ทำให้เกิดความรู้สึกง่วงนอนและเริ่มเข้าสู่ระยะของการนอนหลับ จึงเป็นการส่งเสริมให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Golmakani, Seyed Ahmadi Nejad, Shakeri, and Asghari Pour (2015) ที่มีการใช้จินตภาพภายใต้การชี้นำเป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า คุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์หลังการทดลองดีมากว่าก่อนการทดลอง

สำหรับการติดตามทางโทรศัพท์ที่ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ และการบันทึกผลการปฏิบัติที่สำเร็จตามแผน ผู้วิจัยมีการสอบถามการปฏิบัติตามคู่มือส่งเสริมการนอนหลับที่บ้าน ชักถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความต้องการการช่วยเหลือเกี่ยวกับการนอนหลับ รับฟังและให้คำปรึกษาในส่วนที่ยังปฏิบัติไม่สำเร็จ

ให้ความรู้และคำแนะนำเพิ่มเติม รวมทั้งผู้วิจัยให้กำลังใจ และชื่นชมในสิ่งที่สามารถปฏิบัติได้ดี ซึ่งการที่กลุ่มทดลองได้รับการติดตามกระตุ้นการปฏิบัติจากผู้วิจัย และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาของการปฏิบัติที่บ้านให้ตรงกับบริบทจริง ทำให้สามารถย้ำเตือนความรู้ มีความตื่นตัวและความพยายามที่จะปฏิบัติตามกิจกรรม ส่งเสริมการนอนหลับและการปฏิบัติกรสร้างจินตภาพ ภายใต้การชี้นำด้วยตัวเองได้อย่างต่อเนื่องและประสบความสำเร็จ ซึ่งจากการติดตามผลการปฏิบัติตามคู่มือ ส่งเสริมการนอนหลับพบว่า กลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติตามคู่มือได้สำเร็จตามแผนที่กำหนดไว้ มีความมั่นใจ ในการนำกิจกรรมต่างๆ ในคู่มือไปปฏิบัติให้เหมาะสม กับปัญหาการนอนหลับที่เกิดขึ้น การมีพฤติกรรม การนอนหลับที่ดีจึงช่วยส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ ที่ดีได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Tsai, Lee, Wu, and Landis (2016) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมนอนหลับที่ดีจะมีคะแนน คุณภาพการนอนหลับในระดับดี

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลผดุงครรภ์ควรศึกษาแนวทาง และขั้นตอนของโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับ และนำไปใช้ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ตามขั้นตอนของ โปรแกรม เพื่อส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีคุณภาพ การนอนหลับที่ดี

1.2 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำโปรแกรม ส่งเสริมการนอนหลับไปใช้เป็นแนวทางในการอบรม บุคลากรทางการพยาบาลผดุงครรภ์ และอาจารย์พยาบาล ควรเผยแพร่ความรู้แก่นักศึกษาพยาบาลในการจัด การเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เกี่ยวกับการนำโปรแกรมไปใช้ในการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริม

การนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2.2 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริม การนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่องในทุกไตรมาส เพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับที่ดีในสตรีตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

- กัลยา ปัญจพรผล. (2560). สุขอนามัยการนอนหลับ. ใน กัลยา ปัญจพรผล, ประพันธ์ กิตติวรวิทย์กุล, นฤชา จิรกาลวสาน, มณฑิตา วีรวิกรม, และวิษณุ บรรณศิริ (บ.ก.), *เวชศาสตร์การนอนหลับ ขั้นพื้นฐาน สำหรับแพทย์ พยาบาล นักศึกษา และบุคลากรทางการแพทย์ Basic sleep medicine* (น. 26–30). กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์.
- เกวลิน ถกลพัฒนกุล, วรณิ เดียววิเศษ, และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพการนอนหลับในหญิงตั้งครรภ์. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 27(1), 60–67.
- จริยา จันทรเทพา. (2552). *ผลของการสร้างจินตภาพต่อ ความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ช่องท้อง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรนิต นิคม, และศิริวรรณ บุตรหิน. (2564). คุณภาพ การนอนหลับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพการนอนหลับในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 15(38), 719–731.
- Al-Musharaf, S. (2022). Changes in sleep patterns during pregnancy and predictive factors: A longitudinal study in Saudi women. *Nutrients*, 14(13), 2633. doi:10.3390/nu14132633

- Bacaro, V., Benz, F., Pappaccogli, A., De Bartolo, P., Johann, A. F., Palagini, L., ... Baglioni, C. (2020). Interventions for sleep problems during pregnancy: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 50, 101234. doi:10.1016/j.smrv.2019.101234
- Benson, H., & Klipper, M. Z. (1975). *The relaxation response*. New York: William Morrow.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F. 3rd., 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
- Darvish, M., & Zarbakhsh, M. R. (2016). The effectiveness of healthy behavior education on sleep quality in pregnant women with sleep disorder. *Caspian Journal of Reproductive Medicine*, 2(2), 15–20. doi:10.22088/caspjrm.2.2.15
- Dossey, B. M. (1997). Imagery. In B. M. Dossey (Ed.), *Core curriculum for holistic nursing* (pp. 188–195). Gaithersburg, MD: Aspen.
- Felder, J. N., Baer, R. J., Rand, L., Jelliffe-Pawlowski, L. L., & Prather, A. A. (2017). Sleep disorder diagnosis during pregnancy and risk of preterm birth. *Obstetrics & Gynecology*, 130(3), 573–581. doi:10.1097/AOG.0000000000002132
- Golmakani, N., Seyed Ahmadi Nejad, F. S., Shakeri, M. T., & Asgharipour, N. (2015). Comparing the effects of progressive muscle relaxation and guided imagery on sleep quality in primigravida women referring to Mashhad health care centers-1393. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*, 3(2), 335–342. Retrieved from <https://doaj.org/article/dee95f86d5f748468f59326b5dc77291>
- Hashmi, A. M., Bhatia, S. K., Bhatia, S. K., & Khawaja, I. S. (2016). Insomnia during pregnancy: Diagnosis and rational interventions. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 32(4), 1030–1037. doi:10.12669/pjms.324.10421
- Hou, Q., Li, S., Jiang, C., Huang, Y., Huang, L., Ye, J., ... Yang, X. (2018). The associations between maternal lifestyles and antenatal stress and anxiety in Chinese pregnant women: A cross-sectional study. *Scientific Reports*, 8, 10771. doi:10.1038/s41598-018-28974-x
- Huong, N. T. T., Thuy, N. T. H., & Yen, L. T. H. (2019). Quality of sleep among pregnant women. *International Journal of Clinical Medicine*, 10(1), 16–25. doi:10.4236/ijcm.2019.101003

- Kim, Y., Wilkens, L. R., Schembre, S. M., Henderson, B. E., Kolonel, L. N., & Goodman, M. T. (2013). Insufficient and excessive amounts of sleep increase the risk of premature death from cardiovascular and other diseases: The multiethnic cohort study. *Preventive Medicine*, 57(4), 377–385. doi:10.1016/j.ypmed.2013.06.017
- Kloss, J. D., Perlis, M. L., Zamzow, J. A., Culnan, E. J., & Gracia, C. R. (2015). Sleep, sleep disturbance, and fertility in women. *Sleep Medicine Reviews*, 22, 78–87. doi:10.1016/j.smr.2014.10.005
- Krathwohl, D. R., Bloom, B. S., & Masia, B. B. (1964). *Taxonomy of educational objectives, The classification of educational goals, Handbook II: Affective domain*. New York: David McKay.
- Lee, K. A., Gay, C. L., & Alsten, C. R. (2016). Sleep enhancement training for pregnant women. *Obstetrics & Gynecology*, 128(5), 964–971. doi:10.1097/AOG.00000000000001654
- Leermakers, E. T. M., Sonnenschein-van der Voort, A. M. M., Gaillard, R., Hofman, A., de Jongste, J. C., Jaddoe, V. W. V., & Duijts, L. (2013). Maternal weight, gestational weight gain and preschool wheezing: The Generation R Study. *The European Respiratory Journal*, 42(5), 1234–1243. doi:10.1183/09031936.00148212
- Li, R., Zhang, J., Zhou, R., Liu, J., Dai, Z., Liu, D., ... Zeng, G. (2017). Sleep disturbances during pregnancy are associated with cesarean delivery and preterm birth. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 30(6), 733–738. doi:10.1080/14767058.2016.1183637
- Mashayekh-Amiri, S., Bakouei, F., Esmaeilzadeh, S., Basirat, Z., & Delavar, M. A. (2019). Sleep hygiene education during prenatal care visits: A quasi-experimental study. *Caspian Journal of Reproductive Medicine*, 5(2), 1–7. doi:10.22088/caspjrm.5.2.1
- McCaffery, M. (1979). *Nursing management of the patient with pain*. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Mindell, J. A., Cook, R. A., & Nikolovski, J. (2015). Sleep patterns and sleep disturbances across pregnancy. *Sleep Medicine*, 16(4), 483–488. doi:10.1016/j.sleep.2014.12.006
- Neri, I., Bruno, R., Dante, G., & Facchinetti, F. (2016). Acupressure on self-reported sleep quality during pregnancy. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies*, 9(1), 11–15. doi:10.1016/j.jams.2015.11.036
- Nowakowski, S., Meers, J., & Heimbach, E. (2013). Sleep and women's health. *Sleep Medicine Research*, 4(1), 1–22. doi:10.17241/smr.2013.4.1.1

- Okun, M. L., Luther, J. F., Wisniewski, S. R., & Wisner, K. L. (2013). Disturbed sleep and inflammatory cytokines in depressed and nondepressed pregnant women: An exploratory analysis of pregnancy outcomes. *Psychosomatic Medicine*, 75(7), 670–681. doi:10.1097/PSY.0b013e31829cc3e7
- Özkan, S. A., & Rathfisch, G. (2018). The effect of relaxation exercises on sleep quality in pregnant women in the third trimester: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 32, 79–84. doi:10.1016/j.ctcp.2018.05.008
- Paine, S. J., Signal, T. L., Sweeney, B., Priston, M., Muller, D., Smith, A., ... Lee, K. (2020). Maternal sleep disturbances in late pregnancy and the association with emergency caesarean section: A prospective cohort study. *Sleep Health*, 6(1), 65–70. doi:10.1016/j.sleh.2019.11.004
- Palagini, L., Gemignani, A., Banti, S., Manconi, M., Mauri, M., & Riemann, D. (2014). Chronic sleep loss during pregnancy as a determinant of stress: Impact on pregnancy outcome. *Sleep Medicine*, 15(8), 853–859. doi:10.1016/j.sleep.2014.02.013
- Polo-Kantola, P., Aukia, L., Karlsson, H., Karlsson, L., & Paavonen, E. J. (2017). Sleep quality during pregnancy: Associations with depressive and anxiety symptoms. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96(2), 198–206. doi:10.1111/aogs.13056
- Sedov, I. D., Cameron, E. E., Madigan, S., & Tomfohr-Madsen, L. M. (2018). Sleep quality during pregnancy: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 38, 168–176. doi:10.1016/j.smrv.2017.06.005
- Sharma, S. K., Nehra, A., Sinha, S., Soneja, M., Sunesh, K., Sreenivas, V., & Vedita, D. (2016). Sleep disorders in pregnancy and their association with pregnancy outcomes: A prospective observational study. *Sleep and Breathing*, 20(1), 87–93. doi:10.1007/s11325-015-1188-9
- 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>
- Solomonova, E., Lee, Y. E. A., Robins, S., King, L., Feeley, N., Gold, I., ... Zelkowitz, P. (2019). Sleep quality is associated with vasopressin methylation in pregnant and postpartum women with a history of psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, 107, 160–168. doi:10.1016/j.psyneuen.2019.05.010
- Spross, J. A. (2009). Expert coaching and guidance. In A. B. Hamric, J. A. Spross, & C. M. Hanson (Eds.), *Advanced practice nursing: An integrative approach* (pp. 159–190). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

- Stephens, R. (1993). Imagery: A strategic intervention to empower clients. Part I--Review of research literature. *Clinical Nurse Specialist*, 7(4), 170-174. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8348452/>
- Sut, H. K., Asci, O., & Topac, N. (2016). Sleep quality and health-related quality of life in pregnancy. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 34(4), 302-309. doi:10.1097/JPN.0000000000000181
- Tsai, S. Y., Lee, C. N., Wu, W. W., & Landis, C. A. (2016). Sleep hygiene and sleep quality of third-trimester pregnant women. *Research in Nursing & Health*, 39(1), 57-65. doi:10.1002/nur.21705
- Wang, L., & Jin, F. (2020). Association between maternal sleep duration and quality, and the risk of preterm birth: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1-13. doi:10.1186/s12884-020-2814-5
- Zhang, X., Cao, D., Sun, J., Shao, D., Sun, Y., & Cao, F. (2021). Sleep heterogeneity in the third trimester of pregnancy: Correlations with depression, memory impairment, and fatigue. *Psychiatry Research*, 303, 114075. doi:10.1016/j.psychres.2021.114075
-

การพัฒนาแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพ ทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์* Development of a Thai Traditional Medicine Health Promotion Model for Pregnant Women *

ลิตานัน หน่อไชยวงศ์, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) ¹

Sitanan Norchaiwong, M.P.H. (Public Health) ¹

วรารณ บุญเชียง, ป.ด. (สาธารณสุขศาสตร์) ² วรangkan นาคเสน, ป.ด. (วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม) ³

Waraporn Boonchieng, Ph.D. (Public Health) ² Warangkana Naksen, Ph.D. (Environment Science) ³

Received: January 27, 2023 Revised: May 13, 2023 Accepted: May 24, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 ดำเนินงาน และระยะที่ 3 ประเมินผล กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลของรูปแบบ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 50 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ คู่มือการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทย คลิปวิดีโอการออกกำลังกาย รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทย มีค่าความเชื่อมั่น .87 และแบบสอบถามความเป็นไปได้

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Master's Thesis of Public Health Program, Faculty of Public Health, Chiang Mai University

¹ มหบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master, Faculty of Public Health, Chiang Mai University

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

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

ในการใช้รูปแบบ มีค่าความเชื่อมั่น .89 ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Fisher's exact test, paired *t*-test, independent *t*-test และวิธีการสรุปประเด็น

ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย การใช้สมุนไพร การออกกำลังกายแบบฤๅษีดัดตน และการดูแลด้านนม 2) หลังได้รับรูปแบบ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.212, p < .001$) 3) กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยที่เปลี่ยนแปลง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.495, p < .001$) และ 4) รูปแบบมีความเป็นไปได้ในการใช้ในระดับมาก

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้ปฏิบัติงานฝากครรภ์ในสถานพยาบาลควรนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์นี้ ไปใช้ในการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และทางเลือกในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การแพทย์แผนไทย การส่งเสริมสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์

Abstract

This research and development aimed to develop and evaluate the results of the Thai Traditional Medicine health promotion model for pregnant women. There were three phases of research, including: 1) situation analysis; 2) operation phase; and 3) evaluation phase. The samples for model evaluation consisted of 50 pregnant women who came for antenatal care at Saraphi Hospital, Chiang Mai Province and were equally divided into an experimental group ($n = 25$) and a control group ($n = 25$). The research instruments included the group discussion questions, the interview questions for pregnant women, the handbook of Thai Traditional Medicine health promotion, the exercise video clip, the Thai Traditional Medicine health promotion model for pregnant women, the general information questionnaire, the Thai Traditional Medicine health promotion knowledge test with reliability of .87, and the possibility questionnaire with reliability of .89. The implementation and data collection were conducted from May to August, 2020. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Fisher's exact test, paired *t*-test, independent *t*-test, and summation method.

The research results revealed that 1) the Thai Traditional Medicine health promotion model consisted of three topics: herbals, Lue-Sri-Dat-Ton exercise, and breast care; 2) after receiving the model, the experimental group had statistically significantly higher mean score of Thai Traditional Medicine health promotion knowledge than that of before receiving the model ($t = 9.212, p < .001$); 3) the experimental group had statistically significantly higher change score of Thai Traditional Medicine health promotion knowledge than that of the control group ($t = 5.495, p < .001$); and 4) the possibility of the model was at a high level.

This research suggests that antenatal health personnel should apply this Thai Traditional Medicine health promotion model to pregnant women to provide knowledge. This will help pregnant women obtain more knowledge and alternative health care.

Keywords: Thai Traditional Medicine, Health promotion, Pregnant women

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ข้อมูลจากการวิเคราะห์เชิงระบบระบุว่า ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้หญิงประมาณ 287,000 คน เสียชีวิตเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร และมากกว่าร้อยละ 95 ของการเสียชีวิตเกิดในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา (Say et al., 2014) ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้ริเริ่มเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (sustainable development goals: SDGs) โดยตั้งเป้าหมายปี พ.ศ. 2559 ถึง 2573 ว่า อัตราการตายของหญิงตั้งครรภ์น้อยกว่า 70 คนต่อการเกิดมีชีพแสนคน และหญิงตั้งครรภ์ทุกคนต้องเข้าถึงการดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพระหว่างการตั้งครรภ์ ซึ่งการได้รับการดูแลและคำแนะนำอย่างถูกต้องเหมาะสมระหว่างการตั้งครรภ์ สามารถป้องกันความเสี่ยงในการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และทารกได้ (World Health Organization, 2019) การฝากครรภ์เป็นการดูแลหญิงตั้งครรภ์ขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกายและตรวจครรภ์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการให้คำแนะนำทั่วไป ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลแบบมาตรฐานและเป็นสากล (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2565) แต่ในปัจจุบัน หญิงตั้งครรภ์มีความสนใจและแสวงหาการดูแล

สุขภาพแบบทางเลือกมากขึ้น โดยเฉพาะการใช้สมุนไพร ซึ่งเป็นวิธีการดูแลสุขภาพทางแพทย์แผนไทย เพื่อบำรุงร่างกายและบำรุงทารกในครรภ์ รวมทั้งมีความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ที่หลากหลาย การดูแลและให้คำแนะนำที่เหมาะสมโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องจึงเป็นสิ่งจำเป็น (ศศิธร โพธิ์ชัย, พวงผกา คงวัฒนานนท์, และวนลดา ทองใบ, 2561)

การแพทย์แผนไทยเป็นระบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งกาย จิตใจ สังคม เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ (บุญเต็ม ปิงวงศ์ และเทพประวิณ จันทร์แรง, 2559) จากการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะการใช้สมุนไพร เช่น รับประทานหัวปลีเพื่อขับน้ำนม ดื่มน้ำมะพร้าว เพื่อให้ทารกคลอดออกมาผิวพรรณดี รับประทานยาดอกสมุนไพรเพื่อบำรุงเลือด ซึ่งความเชื่อด้านการใช้สมุนไพรบางอย่างไม่สอดคล้องกับหลักการทางวิทยาศาสตร์และไม่มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน จึงเป็นสิ่งที่ควรได้รับการแนะนำอย่างถูกต้อง เพื่อไม่ให้เป็นอันตรายรุนแรงต่อมารดาหรือทารก (กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, เพชร ทองเฝ้า, จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ, และอรพนิต ภูวงษ์ไกร, 2559) นอกจากนี้ หญิงตั้งครรภ์บางคนมีความเชื่อว่า ขณะ

ตั้งครุฑควรดัดบริหารร่างกายเพราะอาจเกิดการกระทบกระเทือนต่อทารกในครรภ์ เกิดการแท้งหรือคลอดก่อนกำหนด รวมถึงมีพฤติกรรมการดูแลเต้านมที่ไม่เหมาะสม ทำให้หัวนมแตก ถลอก เกิดความเจ็บปวดไม่สบาย และเกิดอุปสรรคในระยะหลังคลอดเมื่อต้องให้นมทารก (ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, 2560) ทั้งนี้ปัญหาของหญิงตั้งครุฑเกี่ยวกับการได้รับการบริการทางการแพทย์แผนไทยที่ผ่านมามีพบว่า หญิงตั้งครุฑขาดความรู้ ความเข้าใจ ไม่สามารถนำวิธีการทางการแพทย์แผนไทยมาดูแลตนเองและบรรเทาอาการไม่สบายต่างๆ ขณะตั้งครุฑได้ (เยาวเรศ สมทรัพย์, 2553)

จากผลการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2562 พบความเสี่ยงจากการให้บริการในคลินิกฝากครรภ์ 3 เรื่อง ได้แก่ 1) หญิงตั้งครุฑใช้สมุนไพรโดยไม่ได้รับคำแนะนำที่เหมาะสม เช่น ใช้แก่นฝางเสน ต้มดื่มเพื่อบำรุงเลือด ต้มชาดอกคำฝอยเพื่อทำให้คลอดง่าย หรือคั้นน้ำเมือกของผักปลังมาทาช่องคลอดเพื่อให้คลอดง่าย 2) หญิงตั้งครุฑมีพฤติกรรมไม่ออกกำลังกาย และ 3) หญิงตั้งครุฑมีปัญหาเกี่ยวกับเต้านม เช่น คัดตึงเต้านมมาก หัวนมบอด หัวนมมีแผล ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยที่ถูกต้องเหมาะสมแก่หญิงตั้งครุฑ จึงพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครุฑ และสื่อให้ความรู้ที่เหมาะสม โดยใช้แนวคิดและวิธีการตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยและการผดุงครรภ์ไทยเพื่อให้หญิงตั้งครุฑที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลสารภีมีทางเลือกในการส่งเสริมสุขภาพ และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองระหว่างการตั้งครุฑได้อีกทั้งเพื่อให้เจ้าหน้าที่และบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลมีแบบแผนหรือรูปแบบการให้ความรู้ทางการแพทย์แผนไทยแก่หญิง

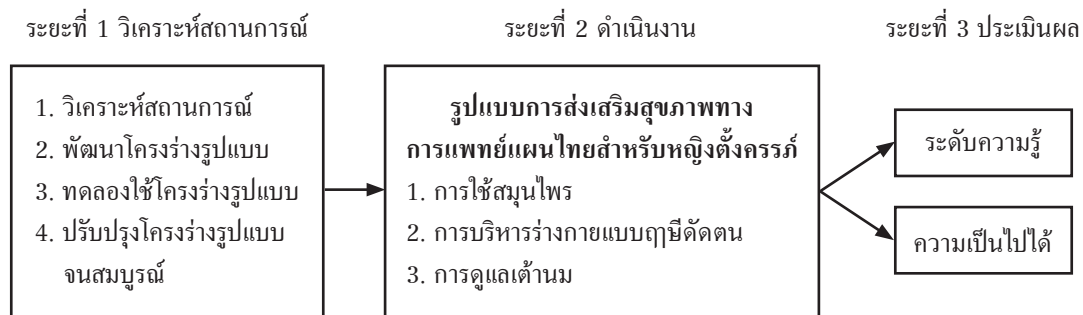
ตั้งครุฑที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมระหว่างการตั้งครุฑ อันเป็นรากฐานในการมีสุขภาพที่ดีของหญิงตั้งครุฑและทารกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครุฑ
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครุฑของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังได้รับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครุฑ
3. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครุฑ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดและวิธีการตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยและการผดุงครรภ์ไทย (พระราชบัญญัติวิชาชีพ การแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556) ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครุฑ ประกอบด้วย การใช้สมุนไพร การบริหารร่างกายแบบฤๅษีดัดตน และการดูแลเต้านม การวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 ดำเนินงาน และระยะที่ 3 ประเมินผล โดยคาดว่า หญิงตั้งครุฑจะมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น และรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นนี้ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงทำให้หญิงตั้งครุฑมีทางเลือกในการดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development [R & D]) ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 ดำเนินงาน และระยะที่ 3 ประเมินผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ประชากรเป็นบุคลากรและผู้เกี่ยวข้องในงานฝากครรภ์ โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย เกสซกร จำนวน 8 คน พยาบาลประจำกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 5 คน แพทย์แผนไทย จำนวน 2 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก จำนวน 1 คน รวมจำนวน 16 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ มีประสบการณ์การทำงานด้านการฝากครรภ์และด้านแพทย์แผนไทย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 4 คน ได้แก่ เกสซกร จำนวน 1 คน พยาบาลประจำกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ (รับผิดชอบงานฝากครรภ์) จำนวน 1 คน แพทย์แผนไทย จำนวน 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก จำนวน 1 คน และกลุ่มที่ 2 ประชากรเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสารภี ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนมิถุนายน 2563 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป

2) อายุครรภ์อยู่ในช่วง 12-28 สัปดาห์ 3) สามารถให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการนำไปพัฒนารูปแบบ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 8 คน

ระยะที่ 2 และ 3 ประชากรเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสารภี ในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม 2563 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) อายุครรภ์อยู่ในช่วง 12-28 สัปดาห์ 3) ไม่มีโรคแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย และขอถอนตัวจากการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .50 (คำนวณจากการศึกษาของสุภาวดี เงินยิ่ง, พริยา สุขศรี, และวรรณทนา สุขสีมานนท์, [2556]) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 44 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 25 คน รวมจำนวน

50 คน

เครื่องมือการวิจัย

ระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ใช้สำหรับการสนทนากลุ่มในบุคลากรและผู้เกี่ยวข้องในงานฝากครรภ์ ประกอบด้วยแนวคำถามเกี่ยวกับปัญหา ความต้องการ และข้อคิดเห็นในการจัดทำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางกายภาพแผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

2. แบบสัมภาษณ์ความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดไม่มีโครงสร้าง เกี่ยวกับปัญหาในการมารับบริการฝากครรภ์ และความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพทางกายภาพแผนไทย จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

3. โครงร่างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางกายภาพแผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นแผนการให้ความรู้และการทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพทางกายภาพแผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้แนวคิดและวิธีการตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยและการผดุงครรภ์ไทย ผ่านสื่อแบบต่างๆ ได้แก่ คู่มือคลิปวิดีโอ และการสาธิต

4. คู่มือการส่งเสริมสุขภาพทางกายภาพแผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เนื้อหาประกอบด้วย การใช้สมุนไพร การออกกำลังกายแบบถ่วงดุล และการดูแลเต้านม

5. คลิปวิดีโอการออกกำลังกายแบบถ่วงดุล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นคลิปวิดีโอสาธิตวิธีการออกกำลังกายแบบถ่วงดุล จำนวน 5 ท่า มีลักษณะเป็นภาพเคลื่อนไหว มีเสียงและตัวหนังสือบรรยายประกอบ

ระยะที่ 2 และ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางกายภาพแผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และปรับปรุงในการศึกษาระยะที่ 1 ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน ได้แก่ การใช้สมุนไพร การออกกำลังกายแบบถ่วงดุล และการดูแลเต้านม เช่นเดียวกับในระยะที่ 1 พร้อมคู่มือ และคลิปวิดีโอการออกกำลังกาย ที่มีส่วนประกอบเช่นเดียวกับในระยะที่ 1

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตรที่มีชีวิตในปัจจุบัน และโรคประจำตัว จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

3. แบบวัดความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพทางกายภาพแผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับต่ำ (0-11 คะแนน) ในระดับปานกลาง (12-15 คะแนน) และในระดับสูง (16-20 คะแนน)

4. แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางกายภาพแผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 5 ประเด็น ได้แก่ ความเหมาะสมกับบริบทหญิงตั้งครรภ์ ความสะดวกในการนำไปใช้ ความประหยัด ความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และการเป็นทางเลือกในการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ได้ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ เป็นไปได้น้อย เป็นไปได้ปานกลาง และเป็นไปได้มาก

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์

ความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โครงร่างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์ แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ คู่มือการส่งเสริมสุขภาพ การแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ คลิปวิดีโอ การออกกำลังกายแบบฤๅษีดัดตน แบบวัดความรู้ เรื่องการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับ หญิงตั้งครรภ์ และแบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทย สำหรับหญิงตั้งครรภ์ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่เป็นหัวหน้า คลินิกฝากครรภ์ พยาบาลด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ในชุมชน และพยาบาลที่เป็นหัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้คำดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของโครงร่างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ คู่มือ การส่งเสริมสุขภาพฯ คลิปวิดีโอฯ แบบวัดความรู้ฯ และแบบสอบถามความเป็นไปได้ฯ เท่ากับ 1, .90, 1, .93 และ 1 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบวัดความรู้ฯ และแบบสอบถามความ เป็นไปได้ฯ ไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสารภี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึง กับกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2 และ 3 จำนวน 8 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ฯ ด้วยวิธีการ ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .87 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความ เป็นไปได้ฯ ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ ET012/2563 วันที่ 22 พฤษภาคม 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและ เก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจาก การวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็น

ความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะ นำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ดำเนินการในช่วงเดือนพฤษภาคมถึง เดือนมิถุนายน 2563 ตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสารภี เข้าพบหัวหน้างาน ส่งเสริมสุขภาพ และผู้รับผิดชอบงานฝากครรภ์ เพื่อ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยพบบุคลากรและผู้เกี่ยวข้องในงาน ฝากครรภ์ (4 คน) แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จัด การสนทนากลุ่ม โดยใช้แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ และให้ ข้อคิดเห็นในการจัดทำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้ เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

3. ผู้วิจัยพบหญิงตั้งครรภ์ (8 คน) แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจง การพิทักษ์สิทธิ ทำการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อสอบถามปัญหาในการมารับบริการฝากครรภ์ และความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์ แผนไทย โดยใช้เวลาคนละประมาณ 10 นาที

4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ มาใช้ในการพัฒนาโครงร่างรูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับ หญิงตั้งครรภ์ และคู่มือการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์ แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย การใช้สมุนไพร การออกกำลังกายแบบฤๅษีดัดตน และการดูแลเต้านม รวมทั้งพัฒนาคลิปวิดีโอการออกกำลังกาย แบบฤๅษีดัดตน

5. ผู้วิจัยนำโครงร่างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ คู่มือการส่งเสริมสุขภาพฯ และคลิปวิดีโอที่พัฒนาขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน (ดังรายละเอียดในส่วนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จนได้โครงร่างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ คู่มือการส่งเสริมสุขภาพฯ และคลิปวิดีโอ ที่สมบูรณ์ขึ้น

6. ผู้วิจัยทดลองใช้โครงร่างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ คู่มือการส่งเสริมสุขภาพฯ และคลิปวิดีโอ กับหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 8 คน (กลุ่มเดิม)

7. ผู้วิจัยปรับปรุงโครงร่างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ คู่มือการส่งเสริมสุขภาพฯ และคลิปวิดีโอ โดยเพิ่มเติมรายละเอียดตามข้อเสนอแนะของกลุ่มทดลองใช้ จนได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ และได้คู่มือการส่งเสริมสุขภาพฯ และคลิปวิดีโอ ที่สมบูรณ์

ระยะที่ 2 และ 3 ดำเนินการในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม 2563 ตามขั้นตอนดังนี้

1. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่คลินิกฝากครรภ์ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้เข้ากลุ่มไลน์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อใช้ในการติดต่อสอบถาม และส่งข้อมูลที่จำเป็น จากนั้นให้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ และแบบวัดความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ก่อนได้รับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ (pre-test) โดยใช้เวลา 10-15 นาที

2. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่คลินิกฝากครรภ์ (คนละวันกับกลุ่มทดลอง) แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ และแบบวัดความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ก่อนได้รับความรู้ตามปกติ (pre-test) โดยใช้เวลา 10-15 นาที

3. ในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ เรื่อง การใช้สมุนไพร โดยดำเนินการ 1) จัดกิจกรรมละลายพฤติกรรม โดยให้แบ่งกลุ่ม กลุ่มละ 5 คน แล้วแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์ และส่งตัวแทนออกมานำเสนอ 2) ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องสมุนไพรสำหรับหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้คู่มือการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ประกอบการให้ความรู้ และ 3) จัดกิจกรรมทบทวนความรู้ โดยให้ยกมือตอบข้อสมุนไพร และยกตัวอย่างเมนูอาหาร จากสมุนไพรสด ที่ผู้วิจัยสุ่มถาม ส่วนกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้ได้รับความรู้ตามปกติจากแพทย์แผนไทย เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทางแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ในเรื่องสมุนไพร ทาบริหาร และการดูแลเต้านม โดยใช้ PowerPoint ประกอบการให้ความรู้

4. ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ ต่อ โดยดำเนินการ 1) ติดตามความสนใจและการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ โดยให้ตัวแทนกลุ่มทดลองเล่าประสบการณ์การนำไปใช้จริง 2) ให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายแบบฤๅษีดัดตนสำหรับหญิงตั้งครรภ์ โดยเปิดคลิปวิดีโอการออกกำลังกายแบบฤๅษีดัดตน และใช้คู่มือการส่งเสริมสุขภาพฯ ประกอบการให้ความรู้ และ 3) จัดกิจกรรมทบทวนความรู้ โดยให้ปฏิบัติการออกกำลังกายแบบฤๅษีดัดตนด้วยตนเองซ้ำ 1-2 รอบ

5. ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ ต่อ โดยดำเนินการ 1) ติดตามความสนใจและการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ โดยให้ตัวแทนกลุ่มทดลองเล่าประสบการณ์การนำไปใช้จริง 2) ให้ความรู้เรื่องการดูแลเต้านม โดยใช้คู่มือการส่งเสริมสุขภาพฯ ประกอบการให้ความรู้ และสาธิตวิธีการนวดและประคบเต้านม 3) จัดกิจกรรมทบทวนความรู้ โดยให้นวดเต้านมด้วยตนเองซ้ำ 1 รอบ จากนั้น

ผู้วิจัยแสดงแผ่นภาพขั้นตอนการนวดเต้านม แล้วให้ช่วยกันเรียงขั้นตอนให้ถูกต้อง 4) ให้ตอบแบบวัดความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพฯ หลังได้รับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ (post-test) โดยใช้เวลา 10 นาที และ 5) ให้ซักถามข้อสงสัย

6. ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่คลินิกฝากครรภ์ (คนละวันกับกลุ่มทดลอง) ให้ตอบแบบวัดความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพฯ หลังได้รับความรู้ตามปกติ (post-test) โดยใช้เวลา 10 นาที

7. ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยโทรศัพท์ถึงกลุ่มทดลองแต่ละคน เพื่อติดตามผลการนำความรู้ต่างๆ ไปประยุกต์ใช้ และสอบถามความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ ตามแบบสอบถามความเป็นไปได้ฯ รวมทั้งผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน (ชุดเดิม) และบุคลากรและผู้เกี่ยวข้องในงานฝากครรภ์ จำนวน 4 คน (ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1) ประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ ตามแบบสอบถามความเป็นไปได้ฯ

หมายเหตุ: หลังสิ้นสุดการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มควบคุม เพื่อให้ความรู้ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test ตามลักษณะข้อมูล การเปรียบเทียบความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังได้รับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ที่เปลี่ยนแปลง (คะแนนหลัง - คะแนนก่อน) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ข้อมูลความเป็นไปได้ในการใช้

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการสรุปประเด็น

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ จากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มบุคลากรและผู้เกี่ยวข้องในงานฝากครรภ์ และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ พบว่า กลุ่มบุคลากรและผู้เกี่ยวข้องในงานฝากครรภ์ ให้ข้อมูลว่า การดำเนินงานในคลินิกฝากครรภ์ ในปัจจุบันของโรงพยาบาลสารภี นอกเหนือจากการให้บริการตามมาตรฐานของการฝากครรภ์แล้ว ยังมีกิจกรรมการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์โดยสหวิชาชีพ ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีวิธีการดูแลสุขภาพที่หลากหลาย และได้รับความสนใจจากหญิงตั้งครรภ์เป็นอย่างมาก จึงต้องการปรับรูปแบบการให้ความรู้ให้มีความทันสมัยมากขึ้น โดยหากเป็นสื่อประเภทหนังสือหรือคู่มือ ควรมีภาพประกอบเป็นหลัก สื่อประเภทวิดีโอ ควรมีเสียงและตัวหนังสือบรรยายได้ภาพ และหากเป็นการสอนแบบสาธิตให้ดูแล้วให้ปฏิบัติตาม ควรเป็นการสอนที่ไม่ซับซ้อน จัดจำได้ง่าย ส่วนกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ให้ข้อมูลว่า บางคนรับประทานผักสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรเพื่อบำรุงสุขภาพระหว่างการตั้งครรภ์ บางคนออกกำลังกายตามคลิปวิดีโอที่แชร์ในสื่อสังคมออนไลน์เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง แต่ไม่กล้าปฏิบัติทุกวันเพราะกลัวจะกระทบกระเทือนลูก หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จึงต้องการให้มีสื่อให้ความรู้หลากหลายรูปแบบ โดยเฉพาะคลิปวิดีโอและการสาธิตให้ดู เพราะสามารถจดจำเนื้อหาที่สอนได้ง่ายและกลับไปเปิดทบทวนได้ตลอดเวลา

2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) การใช้สมุนไพร มีการให้ความรู้เรื่องสมุนไพร

สำหรับหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้คู่มือการส่งเสริมสุขภาพ
ทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ประกอบ
การให้ความรู้ จัดกิจกรรมทบทวนความรู้ที่ได้รับ และ
ติดตามความสนใจและการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้
2) การออกกำลังกายแบบถ่วงน้ำหนัก มีการให้ความรู้
เรื่องการออกกำลังกายแบบถ่วงน้ำหนักสำหรับหญิง
ตั้งครรภ์ โดยเปิดคลิปวิดีโอการออกกำลังกายแบบ
ถ่วงน้ำหนัก และใช้คู่มือการส่งเสริมสุขภาพฯ ประกอบ
การให้ความรู้ จัดกิจกรรมทบทวนความรู้ที่ได้รับ และ
ติดตามความสนใจและการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ และ
3) การดูแลเต้านม มีการให้ความรู้เรื่องการดูแลเต้านม
โดยใช้คู่มือการส่งเสริมสุขภาพฯ ประกอบการให้ความรู้
และสาธิตวิธีการนวดและประคบเต้านม และจัดกิจกรรม
ทบทวนความรู้ที่ได้รับ

3. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 21–40 ปี
คิดเป็นร้อยละ 76 โดยมีอายุเฉลี่ย 26.80 ปี ($SD = 7.10$) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 92
มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 60
มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 72 มีอาชีพรับจ้าง
มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36 มีรายได้ของครอบครัว
อยู่ในช่วง 5,001–10,000 บาทต่อเดือน และ 10,001–
15,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40
เท่ากัน ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 14–26 สัปดาห์
คิดเป็นร้อยละ 76 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ คือ
2 ครั้งขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56 จำนวนบุตร
ที่มีชีวิตในปัจจุบัน คือ 1 คนขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็น

ร้อยละ 56 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็น
ร้อยละ 92 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ
อยู่ในช่วง 21–40 ปี คิดเป็นร้อยละ 64 โดยมีอายุเฉลี่ย
26.80 ปี ($SD = 7.40$) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ
คิดเป็นร้อยละ 96 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น
มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส
โสด คิดเป็นร้อยละ 64 มีอาชีพรับจ้าง มากที่สุด คิดเป็น
ร้อยละ 40 มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 15,001–
20,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32
ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 14–26 สัปดาห์ คิดเป็น
ร้อยละ 68 มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ คือ 1 ครั้ง
คิดเป็นร้อยละ 68 ไม่มีบุตรที่มีชีวิตในปัจจุบัน คิดเป็น
ร้อยละ 68 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็น
ร้อยละ 96

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่ม
ทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน ยกเว้น
สถานภาพสมรส และรายได้ของครอบครัว ที่แตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. การเปรียบเทียบความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ
ทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ของกลุ่ม
ทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังได้รับรูปแบบการส่งเสริม
สุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์
พบว่า หลังได้รับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ กลุ่ม
ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ
ทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์สูงกว่าก่อน
ได้รับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ($t = 9.212, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังได้รับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนได้รับรูปแบบ		หลังได้รับรูปแบบ		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
กลุ่มทดลอง (n = 25)	12.39	3.71	17.38	2.25	9.212	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 25)	9.81	2.73	10.02	2.74	.513	.647

5. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เปลี่ยนแปลง (คะแนนหลัง - คะแนนก่อน) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เปลี่ยนแปลง (คะแนนหลัง - คะแนนก่อน) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.495, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เปลี่ยนแปลง (คะแนนหลัง - คะแนนก่อน) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

คะแนนความรู้ที่เปลี่ยนแปลง	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
กลุ่มทดลอง (n = 25)	4.99	2.71	5.495	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 25)	.21	1.75		

6. ความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์พบว่า ผู้ประเมิน (ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ บุคลากร และผู้เกี่ยวข้องในงานฝากครรภ์ และกลุ่มทดลอง รวมจำนวน 32 คน) ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ มีความเป็นไปได้ทั้ง 5 ประเด็นในระดับมาก ได้แก่ มีความเหมาะสมกับบริบทหญิงตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 87.54 มีความสะดวกในการนำไปใช้ คิดเป็นร้อยละ 87.54 มีความประหยัด คิดเป็นร้อยละ 93.70 มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็น

ร้อยละ 96.81 และสามารถเป็นทางเลือกในการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ได้ คิดเป็นร้อยละ 90.62

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นการให้ความรู้ทางการแพทย์แผนไทยแก่หญิงตั้งครรภ์ในเรื่องการใช้สมุนไพร การบริหารร่างกาย

แบบถนัดคน และการดูแลด้านม ผ่านการใช้สื่อ ประกอบการให้ความรู้ ได้แก่ คู่มือ คลิปวิดีโอ และการสาธิต โดยมีการประเมินความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังได้รับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ สอดคล้องกับการศึกษาของอารมย์ โกลแก้ว, พัชรพรรณ ชูเลิศ, และมนัสชนก กุลพานิช (2565) ที่ระบุว่า หากมีการจัดทำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ควรครอบคลุม ทุกประเด็นทั้งด้านความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเอง รวมทั้งควรทดสอบความรู้ก่อนและหลังในแต่ละแผน การสอน เพื่อประเมินระดับความรู้ที่เพิ่มขึ้นได้ตรง ประเด็นมากขึ้น โดยบุคคลจะมีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อได้รับความช่วยเหลือและ สนับสนุนในการปฏิบัติจากครอบครัว เพื่อน โดยเฉพาะ จากบุคลากรสุขภาพ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อทุกช่วง ชีวิตของมนุษย์และเป็นปัจจัยภายนอกที่สำคัญต่อ การเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งในทางเพิ่มขึ้นและ ลดลง (Pender, 1996) การให้ความรู้เพียงอย่างเดียว ไม่อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ได้ดีพอ ควรใช้สื่อที่เหมาะสมร่วมด้วย ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้สื่อประกอบการให้ความรู้ที่หลากหลาย ซึ่งการให้ความรู้ร่วมกับการใช้สื่อ โดยเฉพาะสื่อ อิเล็กทรอนิกส์ จะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจ คิดอย่าง มีวิจารณญาณสร้างสรรค์มากขึ้น (เอ็มวีกา แสงชาติ และรุจิรา ดวงสงค์, 2559)

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับรูปแบบการส่งเสริม สุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการส่งเสริม สุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ สูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ เรื่องการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับ หญิงตั้งครรภ์ที่เปลี่ยนแปลง (คะแนนหลัง - คะแนนก่อน) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการส่งเสริม สุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์

ที่มีการให้ความรู้และการใช้สื่อประกอบที่เหมาะสม ซึ่งจากการสังเกตพฤติกรรมระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า กลุ่มทดลองมีความกระตือรือร้น สนใจรับฟัง และปฏิบัติในสิ่งต่างๆ ตามที่ผู้วิจัยบอก เช่น การออก กำลังกาย การนวดเต้านม นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้จัด กิจกรรมทบทวนความรู้เรื่องต่างๆ ที่ได้รับ เช่น การใช้ สมุนไพร และมีการติดตามความสนใจและการนำความรู้ ไปประยุกต์ใช้จริงในชีวิตประจำวัน ทำให้กลุ่มทดลอง มีความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทยมากยิ่งขึ้น และเกิด ความกระตือรือร้นที่จะนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ ใช้จริง ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพฯ เพิ่มขึ้น และมีคะแนนความรู้เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพฯ ที่เปลี่ยนแปลง สูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกรุณา ประมูลสินทรัพย์, กมลทิพย์ ขลงธรรมนิยม, จริยาวัตร คมพยัคฆ์, และเอกชัย โควาวีสารัช (2556) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มทดลองมี คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อน ได้รับโปรแกรม และสอดคล้องกับการศึกษาของเอ็มวีกา แสงชาติ และรุจิรา ดวงสงค์ (2559) ที่พบว่า หลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ในการพัฒนาทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น กลุ่มทดลองมีความรู้การป้องกันการตั้งครรภ์ และคิด อย่างมีวิจารณญาณมากขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ประเมินส่วนใหญ่มีความ คิดเห็นว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์ แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ มีความเป็นไปได้ทั้ง 5 ประเด็น ในระดับมาก ได้แก่ มีความเหมาะสมกับ บริบทหญิงตั้งครรภ์ มีความสะดวกในการนำไปใช้ มีความประหยัด มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และสามารถเป็นทางเลือกในการส่งเสริมสุขภาพหญิง ตั้งครรภ์ได้ โดยเฉพาะประเด็นความเหมาะสมกับบริบท หญิงตั้งครรภ์ ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลส่วนหนึ่งที่นำมาใช้ ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ ได้มาจาก

ความคิดเห็นของบุคลากรงานฝากครรภ์ ทำให้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ มีความเหมาะสมกับสถานการณ์และบริบทหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งการที่ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานตระหนักถึงความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงาน มีเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพงานร่วมกัน (สุริพร ศรีโพธิ์อ่อน และปราณี ชีโรสถ, 2558) ส่วนประเด็นความสะดวกในการนำไปใช้ ผู้วิจัยใช้สื่อที่เหมาะสมประกอบการให้ความรู้ โดยสื่อประเภทคู่มือมีขนาดพอดี อ่านได้ชัดเจน และสื่อประเภทคลิปวิดีโอมีภาพ เสียง และตัวหนังสือบรรยายประกอบ สอดคล้องกับการศึกษาของเตื่อนใจ ชุ่นสะ และกนกศรี จาดเงิน (2558) ที่พบว่า คู่มือควรมีรูปแบบและเนื้อหาที่อ่านง่าย เนื้อหาไม่ใช้ภาษาเชิงวิชาการเกินไป พกพาสะดวก สามารถทบทวนต่อได้ด้วยตนเอง ส่วนสื่อประเภทคลิปวิดีโอ ควรมีความยาวคลิปที่เหมาะสม ภาพและเสียงชัดเจน มีตัวหนังสือบรรยายประกอบ จะทำให้เรียนรู้ได้เข้าใจมากขึ้น ส่วนประเด็นความประหยัดนั้น ผู้วิจัยใช้สื่อและอุปกรณ์ต่างๆ ที่ไม่สิ้นเปลืองเกินความจำเป็น โดยเฉพาะคู่มือการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ที่ผู้วิจัยได้รวบรวมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทย ทั้งการใช้สมุนไพร การออกกำลังกายแบบฤๅษีดัดตน และการนวดเต้านมมารรจไว้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถเปิดอ่านได้ทุกที่ทุกเวลา โดยไม่ต้องแสวงหาสื่ออื่นมาอ่านเพิ่มเติม ส่วนประเด็นความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ จากแนวคิดตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยและการผดุงครรภ์ไทย จึงได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ ที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด สำหรับประเด็นการเป็นทางเลือกในการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ได้นั้น การแพทย์แผนไทยได้รับการสนับสนุนให้เป็นทางเลือกในการรักษาโรคและฟื้นฟูความเจ็บป่วยของประชาชน งานการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลจึงได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนจากรัฐบาลอย่างต่อเนื่อง (ธีรยา นิยมศิลป์ และณัฏฐิญา

คำพล, 2553) และถูกนำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น เนื่องจากความรู้ทางการแพทย์แผนไทยเป็นเรื่องใกล้ตัว เข้าถึงง่าย ทำความเข้าใจได้ง่าย และได้รับความสนใจจากหญิงตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้ปฏิบัติงานฝากครรภ์ในสถานพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกับการวิจัยครั้งนี้ ควรนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ไปใช้กับหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ หรือกิจกรรมการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และทางเลือกในการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยเพิ่มระยะเวลาและจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้รูปแบบให้มากขึ้น เพื่อให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความถูกต้อง แม่นยำ ตอบสนองความต้องการของกลุ่มคนที่เกี่ยวข้อง และได้ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบที่มีคุณภาพมากที่สุด

2.2 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยเพิ่มการประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบ เช่น ความไม่สบาย หรือระดับความปวดกล้ามเนื้อที่ลดลง หลังการออกกำลังกายแบบฤๅษีดัดตน

เอกสารอ้างอิง

กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, เพชรา ทองเผ้า, จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ, และอรพนิธ ภูวงษ์ไกร. (2559). การศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลมารดาและทารกโดยใช้ห้องเรียนชุมชน และการเรียนรู้โดยใช้วิจัยเป็นฐาน. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 33(4), 288-299.

- กรุณา ประมูลสินทรัพย์, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, จริยาวัตร คมพักษ์, และเอกชัย โควาวิสารัช. (2556). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(4), 54–60.
- เตือนใจ ชุ่นฮะ, และกนกศรี จาดเงิน. (2558). ประสิทธิภาพคู่มือการให้ความรู้ สำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 7(1), 36–45.
- ธีรยา นิยมศิลป์, และณัฐธิญา คำผล. (2553). การให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารไทยไกลชนิพนธ์*, 5, 178–189.
- บุญเต็ม ปิงวงศ์, และเทพประวิณ จันทร์แรง. (2559). การบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการดูแลสุขภาพตามแนวทางพระพุทธศาสนา: กรณีศึกษา วัดส่งเสริมสุขภาพชุมชนในเขตภาคเหนือ. *วารสารบัณฑิตวิจัย*, 7(2), 195–206.
- ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง. (2560). *การพยาบาลสตรีระยะตั้งครรภ์*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เขาวเรศ สมทรัพย์. (2553). *ศาสตร์ทางเลือกในการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์*. สงขลา: บี เอส เอส ดิจิตอลออฟเซ็ท.
- ศศิธร โพธิ์ชัย, พวงผกา คงวัฒนานนท์, และวนิดา ทองใบ. (2561). ความเชื่อตามวัฒนธรรมเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรงงานข้ามชาติชาวกัมพูชา. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 26(3), 71–81.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2565). *คู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สุภาวดี เงินยิ่ง, พริยา สุภศรี, และวรรณทนา ศุภสีมานนท์. (2556). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและการจัดการความเครียดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 21(4), 37–48.
- สุริพร ศรีโพธิ์อุ่น, และปราณี ชีโรโสภณ. (2558). การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 8(3), 81–92.
- อารมย์ โกลแก้ว, พัชรวรรณ ชูเลิศ, และมนัสชนก กุลพานิชย์. (2565). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม*, 9(8), 17–31.
- เอมวิภา แสงชาติ, และรุจิรา ดวงสงค์. (2559). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Facebook) ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสำหรับนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*, 23(1), 96–104.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A. B., Daniels, J., ... Alkema L. (2014). Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *The Lancet, Global Health*, 2(6), 323–333. doi:10.1016/S2214-109X(14)70227-X
- World Health Organization. (2019). *Maternal mortality*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่รับการรักษาในโรงพยาบาล Prevalence and Factors Affecting Mild Cognitive Impairment in Hospitalized Elderly People with Heart Failure

พกามาศ พิมพ็ธราธา, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) ¹

Pakamas Pimtara, M.N.S. (Gerontological Nursing) ¹

รุ่งนภา เขียวชะอำ, Ph.D. (Nursing) ²

Rungnapha Khiewchaum, Ph.D. (Nursing) ²

ยศพล เหลืองโสมนภา, ป.ด. (การวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา) ³

Yosapon Leungsomnapha, Ph.D. (Research and Statistics in Cognitive Science) ³

Received: February 19, 2023

Revised: May 11, 2023

Accepted: May 20, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่รับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่รับการรักษาในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี และมีแผนการจำหน่าย จำนวน 103 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินการรู้คิด มีค่าความจำเพาะ 76.09% และค่าความไว 87.32% เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุกลุ่ม

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: rungnapha@pnc.ac.th

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 78.60 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่อายุเพิ่มขึ้น 1 ปี มีโอกาสที่จะเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเพิ่มขึ้น คิดเป็น 1.261 เท่า (AOR = 1.261, 95% CI = 1.111–1.432, $p < .001$) และ 3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีค่าความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40% มีโอกาสที่จะเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเพิ่มขึ้น คิดเป็น 13.651 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีค่าความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายมากกว่า 40% (AOR = 13.651, 95% CI = 3.241–57.509, $p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางการแพทย์ควรประเมินภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ หัวใจล้มเหลว การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย อายุ
ความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย

Abstract

This predictive correlational research aimed to study the prevalence and factors affecting mild cognitive impairment in hospitalized elderly people with heart failure. The participants were 103 elderly people with heart failure who received medical services at Phrapokklao Hospital, Chanthaburi Province and had a discharge plan. The research instruments included the general information questionnaire and the Mini Montreal Cognitive Assessment (Mini MoCA) with specificity of 76.09% and sensitivity of 87.32%. Data were collected from October to December 2022. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, and multinomial logistic regression analysis.

The research results revealed that 1) 78.60% of elderly people with heart failure had mild cognitive impairment; 2) elderly people with heart failure with an increase of one year in age had a 1.261-fold increase in mild cognitive impairment (AOR = 1.261, 95% CI = 1.111–1.432, $p < .001$); and 3) elderly people with heart failure with a left ventricular ejection fraction (LVEF) less than or equal to 40% were 13.651 times more likely to develop mild cognitive impairment compared with elderly people with heart failure with a left ventricular ejection fraction greater than 40% (AOR = 13.651, 95% CI = 3.241–57.509, $p < .001$).

This research suggests that medical personnel should assess mild cognitive impairment among elderly people with heart failure and apply data for appropriate care of elderly people.

Keywords: Elderly people, Heart failure, Mild cognitive impairment, Age, Left ventricular ejection fraction

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment) เป็นกลุ่มอาการความผิดปกติของสมองที่อยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลงปกติของสมองในผู้สูงอายุ (normal cognition) กับภาวะสมองเสื่อม (dementia) โดยเป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของสมองในด้านต่างๆ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันขั้นสูงของผู้สูงอายุ จากการสำรวจพบว่าประเทศไทยมีผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องร้อยละ 5.20–85.03 โดยจังหวัดจันทบุรีพบความชุกสูงถึงร้อยละ 85.03 (ดาราวรรณ รองเมือง, ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล, ผกามาศ พิมพ์ธรา, และยศพล เหลืองโสมนภา, 2564) ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม รวมถึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล สังคม และเศรษฐกิจ (Eshkoor, Hamid, Mun, & Ng, 2015) เนื่องจากผู้สูงอายุจะสูญเสียความสามารถในการรู้คิด ความจำ การคิดวิเคราะห์เชิงระบบ การตัดสินใจวางแผน โดยไม่สามารถคิดตัดสินใจวางแผนเรื่องต่างๆ ได้ด้วยตนเอง มีความสามารถในการเข้าสังคมลดลง และที่สำคัญคือ ไม่สามารถวางแผนในการปรับพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคเรื้อรังของตนเองได้ (ทัศนีย์ กาศทิพย์, สุปริดา มั่นคง, และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2562) หากผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยไม่ได้รับการดูแลหรือการกระตุ้นที่เหมาะสม จะมีการดำเนินไปสู่โรคอัลไซเมอร์ได้ถึงร้อยละ 80 ภายใน 6 ปี (ชัชวาล รัตนบรรณกิจ, 2557) อีกทั้งในระยะสั้นมีโอกาสดำเนินไปสู่ภาวะสมองเสื่อมได้ถึงร้อยละ 10–15 ต่อปี (Eshkoor et al., 2015)

ภาวะหัวใจล้มเหลว และความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricular ejection fraction [LVEF]) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดภาวะการรู้คิดบกพร่อง (Liori, Arfaras-Melainis, Bistola, Polyzogopoulou, & Parissis, 2022) เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและมีค่าความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายที่ลดลง จะส่งผลให้ความสามารถในการบีบตัวและปริมาณเลือดที่ไหลออกจากหัวใจใน 1 นาที (cardiac output) ลดลงตามมาด้วย ส่งผลต่อความสมดุลของการไหลเวียนเลือดที่สมอง (Leto & Feola, 2014; Wolters et al., 2018) และยังเพิ่มการหลั่งสาร proinflammatory cytokines และ glutamate ทำให้เกิดการทำลายเซลล์ประสาทและสมอง (Ampadu & Morley, 2015) ซึ่งจะส่งผลต่อการรู้คิดด้านความจำและการบริหารจัดการมากที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูลที่นำเชื่อถือในต่างประเทศพบว่า อัตราการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความแตกต่างกัน โดยพบร้อยละ 25–80 (Cannon et al., 2017; Dodson, Truong, Towle, Kerins, & Chaudhry, 2013; Sterling et al., 2019; Vellone et al., 2020) ซึ่งขึ้นอยู่กับประชากรที่ศึกษา ความรุนแรงของโรค และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เช่น การศึกษาของ Dodson et al. (2013) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 282 คน มีความรุนแรงของโรคจากการประเมินตามสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association [NYHA]) ระดับ III ถึง IV และมีค่าความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย

น้อยกว่า 50% มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ร้อยละ 48.30 นอกจากนี้ อายุที่เพิ่มขึ้นยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ภาวะการรู้คิดของผู้สูงอายุแย่ลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยของระบบประสาทและสมองที่มีการลดลงของเซลล์สมองและสารสื่อประสาทในสมอง สมองมีน้ำหนักรลดลง มีการฝ่อลีบของสมอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมองส่วน hippocampal medial temporal lobe และ entorhinal cortex (Li et al., 2016) ทำให้การไหลเวียนเลือดที่สมองมีประสิทธิภาพลดลง หลอดเลือดในสมองมีภาวะตีบแข็งมากขึ้น เลือดไปเลี้ยงสมองได้น้อย ส่งผลให้การทำงานของสมองและระดับการรู้คิดลดลง จากการศึกษาของปิยะกร ไพรสนธิ์ และ พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน (2560) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุ จำนวน 1,108 คน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษารวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ อภิमानของ Li et al. (2016) ที่ศึกษาใน 16 ประเทศทั่วโลก พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องได้

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบ การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการรู้คิด บกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวใน ประเทศไทย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในประเด็นดังกล่าว โดยศึกษาเฉพาะในรายที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผลการวิจัยจะทำให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับความชุก และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาใน โรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ ผู้สูงอายุ รวมถึงผู้ดูแล สามารถนำไปวางแผนการดูแลและควบคุม

ปัจจัยต่างๆ เพื่อชะลอความรุนแรงของการเกิดโรค และ ชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

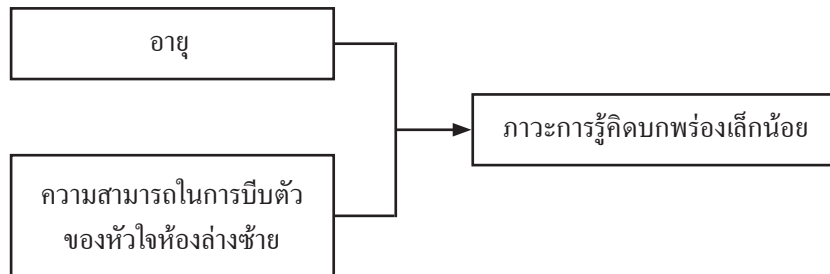
1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

อายุ และความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย มีผลต่อภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยคัดสรรตัวแปรอิสระ 2 ตัวแปร คือ อายุ และความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย ซึ่งคาดว่าจะมีผลต่อภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี และมีแผนการจำหน่าย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) มีความรุนแรงของโรคจากการประเมินตามสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (NYHA) ระดับ I ถึง II เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีอาการสงบ และสามารถตอบแบบประเมินการรู้คิดได้ตรงตามความเป็นจริง 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ 4) มีผลการตรวจพิเศษเรื่องความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) 5) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินจากประวัติหรือจากแบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination [TMSE]) 6) ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยประเมินจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale [TGDS]) และ 7) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างตามหลักการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง logistic regression analysis โดยกำหนด level of confidence เท่ากับ .95, expected proportion เท่ากับ .70 และ margin of error เท่ากับ .10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 81 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามหรือแบบประเมิน

ไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ตามสูตร adjusted sample size (Overall, Tonidandel, & Starbuck, 2006) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 103 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง **เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวที่มีผลต่อหลอดเลือด และค่าความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินการรู้คิด (Mini Montreal Cognitive Assessment [Mini MoCA]) เป็นเครื่องมือคัดกรองภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยอย่างง่ายที่ได้รับการรับรอง โดยเป็นส่วนย่อยของ Montreal Cognitive Assessment (MoCA) เพื่อช่วยคัดกรองภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยได้เร็วขึ้น และใช้ประเมินแบบทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ได้ ใช้เวลาในการประเมินประมาณ 5 นาที คะแนนเต็ม 15 คะแนน หากได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน ถือว่าไม่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย โดยแบบประเมินมีค่าความจำเพาะเท่ากับ 76.09% ค่าความไวเท่ากับ 87.32% ค่า receiver operating characteristic curve (ROC curve) เท่ากับ .87 และค่า intraclass correlation coefficient (ICC) เท่ากับ .99 (Dujardin et al., 2021) ทั้งนี้

ผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมหลักสูตร เรื่อง การใช้แบบทดสอบ MoCA จากศูนย์ฝึกสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และได้รับการรับรองว่าสามารถใช้แบบทดสอบได้เท่ากับผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือเพิ่มเติม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 048/65 วันที่ 27 กรกฎาคม 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า เข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประธานพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อขอความร่วมมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจากเวชระเบียน จากนั้นผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ขอเบอร์โทรศัพท์ของกลุ่มตัวอย่าง และนัดหมายว่าจะติดต่อทางโทรศัพท์หลังจากกลุ่มตัวอย่างกลับบ้านแล้วประมาณ 48 ชั่วโมง เนื่องจากเป็นระยะเวลาที่เหมาะสมในการติดตามอาการของผู้ป่วยหลังจำหน่าย (Chan, Lin, & Wong, 2016) และผู้ป่วยมีอาการคงที่ สามารถประเมินการรู้คิดได้ จากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (เรื่องเพศ และความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย) จากเวชระเบียน และเมื่อถึงวันนัดหมาย ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ตามแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (เรื่องอายุ ระดับการศึกษา และโรคประจำตัวที่มี

ผลต่อหลอดเลือด) และแบบประเมินการรู้คิด ใช้เวลาคนละประมาณ 6 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปเรื่องเพศ อายุ และโรคประจำตัวที่มีผลต่อหลอดเลือด ระหว่างกลุ่มที่มีกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปเรื่องระดับการศึกษา ระหว่างกลุ่มที่มีกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test ข้อมูลความชุกของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ส่วนการหาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุกลุ่ม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.40 มีอายุอยู่ในช่วง 60–69 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.50 โดยมีอายุเฉลี่ย 70.54 ปี ($SD = 7.23$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 89.30 มีโรคประจำตัวที่มีผลต่อหลอดเลือด (ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง) คิดเป็นร้อยละ 90.30 และมีค่าความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายมากกว่า 40% คิดเป็นร้อยละ 55.34

2. การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา และโรคประจำตัวที่มีผลต่อหลอดเลือด ในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ระหว่างกลุ่มที่มีกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอายุแตกต่างกัน มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 16.539, p < .001$)

ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา และโรคประจำตัวที่มีผลต่อหลอดเลือดในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ระหว่างกลุ่มที่มีกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (n = 103)

ข้อมูลทั่วไป	ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย		χ^2	p
	มี	ไม่มี		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				
ชาย	12 (54.50)	43 (53.10)	.015 ^a	.903
หญิง	10 (45.50)	38 (46.90)		
อายุ				
60-69 ปี	31 (38.30)	19 (86.40)	16.539 ^a	< .001
70-79 ปี	32 (39.50)	3 (13.60)		
80 ปีขึ้นไป	18 (22.20)	- (-)		
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้ศึกษา/ต่ำกว่าประถมศึกษา	4 (4.94)	1 (4.55)	- ^b	1.000
ประถมศึกษาและมัธยมศึกษา	77 (95.06)	21 (95.45)		
โรคประจำตัวที่มีผลต่อหลอดเลือด				
มีโรคประจำตัว	19 (86.40)	74 (91.40)	.492 ^a	.483
ไม่มีโรคประจำตัว	3 (13.60)	7 (8.60)		

หมายเหตุ: a = Chi-square test, b = Fisher's exact test

3. ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 78.60

4. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่อายุเพิ่มขึ้น 1 ปี มีโอกาสที่จะเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเพิ่มขึ้น คิดเป็น 1.261 เท่า (AOR = 1.261, 95% CI = 1.111-1.432, $p < .001$)

และผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีค่าความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40% มีโอกาสที่จะเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเพิ่มขึ้น คิดเป็น 13.651 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีค่าความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายมากกว่า 40% (AOR = 13.651, 95% CI = 3.241-57.509, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (univariate analysis) และการวิเคราะห์พหุตัวแปร (multivariate analysis) ของตัวแปรอายุ และค่าความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (ค่า LVEF) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 103)

ตัวแปร	univariate analysis			multivariate analysis		
	crude OR	95% CI	p	adjusted OR	95% CI	p
อายุ	1.202	1.079–1.338	.001	1.261	1.111–1.432	< .001
ค่า LVEF						
≤ 40%	7.167	1.966–26.126	.003	13.651	3.241–57.509	< .001
> 40%	1.000					

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนใหญ่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยสูงถึงร้อยละ 78.60 ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จะมีความสามารถในการบีบตัวของหัวใจลดลง ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ไหลออกจากหัวใจใน 1 นาที ลดลงตามไปด้วย และส่งผลต่อเนื่องไปยังปริมาณเลือดที่ไหลเวียนไปเลี้ยงสมองลดลง ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีระดับการรู้คิดลดลง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Leto and Feola (2014) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีอัตราการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยสูงถึงร้อยละ 74

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่อายุเพิ่มขึ้น 1 ปี มีโอกาสที่จะเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเพิ่มขึ้น คิดเป็น 1.261 เท่า ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอายุมากขึ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงตามวัยทั้งด้านกายภาพ และด้านประสิทธิภาพการทำงานของเซลล์ประสาทและสารสื่อประสาทในสมอง สมองของผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีน้ำหนักลดลงเนื่องจากการฝ่อลีบของสมอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมองส่วน hippocampal medial

temporal lobe และ entorhinal cortex (Li et al., 2016) ทำให้การไหลเวียนเลือดที่สมองมีประสิทธิภาพลดลง หลอดเลือดในสมองมีภาวะตีบแข็งมากขึ้น เลือดไปเลี้ยงสมองได้น้อย ส่งผลให้การทำงานของสมอง และระดับการรู้คิดลดลง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Cannon et al. (2017) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่อายุเพิ่มขึ้น 1 ปี มีโอกาสที่จะเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเพิ่มขึ้น คิดเป็น 1.670 เท่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะกร ไพรสนธิ์ และพรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน (2560) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Li et al. (2016) ซึ่งศึกษาใน 16 ประเทศทั่วโลก พบว่า อายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องได้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีค่าความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40% มีโอกาสที่จะเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเพิ่มขึ้น คิดเป็น 13.651 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีค่าความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายมากกว่า 40% ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีค่าความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40% จะมี

ปริมาณเลือดที่ส่งออกจากหัวใจใน 1 นาที ลดลงอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ซึ่งจะส่งผลต่อการลดลงของการไหลเวียนเลือดที่สมอง และเกิดความบกพร่องของการไหลกลับของเลือดจากสมองเข้าสู่หัวใจ ร่วมกับการอาจมีการกระตุ้นให้เกิดภาวะการอักเสบทั่วร่างกาย และภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดที่สมอง ทำให้เกิดการตายที่เนื้อสมอง (Furgatovich, 2022; Goh et al., 2022) ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองส่วนต่างๆ ที่ควบคุมเกี่ยวกับการรู้คิด เช่น frontal cortex, parahippocampal gyrus ทำงานลดลง (Dardiotis et al., 2012) เนื่องจากเกิดการรบกวนการทำงานของระบบออกซิเดชัน เกิดการทำลายระบบออกซิเดชัน สมองมีการหลั่งสาร cytokines และมีการเพิ่มขึ้นของ amyloid precursor protein และ beta amyloid protein ส่งผลให้การทำงานของสมองและระดับการรู้คิดเสื่อมถอยลง โดยจะมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรคจากการประเมินตามสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (NYHA) และความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายที่ลดลง (Dardiotis et al., 2012) ทั้งนี้ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ค่าความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายที่ลดลงส่งผลต่อการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเป็นอย่างมาก ซึ่งอาจส่งผลต่อผู้สูงอายุในหลายด้าน เช่น ด้านความสามารถในการควบคุมโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุเอง เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา และการจำกัดน้ำ รวมถึงมีข้อปฏิบัติต่างๆ ที่จะช่วยควบคุมอาการ หากผู้สูงอายุมีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยซึ่งส่งผลต่อความคิด ความจำ สมาธิ และการรับรู้ของผู้สูงอายุเอง อาจส่งผลต่อการวางแผนในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ไม่สามารถปฏิบัติตาม

คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ และอาจส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องยังมีโอกาสสูงที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมในอนาคต ซึ่งจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุและครอบครัวในอีกหลายมิติหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการประเมินภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินความก้าวหน้าของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยที่เกิดขึ้น และนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุที่ยังไม่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย บุคลากรทางการแพทย์ควรให้คำปรึกษาในการควบคุมอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวให้สงบ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในอนาคต รวมทั้งสร้างความตระหนักถึงผลเสียที่อาจเกิดขึ้นหากไม่สามารถควบคุมอาการได้ ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยแล้ว บุคลากรทางการแพทย์ควรให้คำปรึกษาในการฟื้นฟูและส่งเสริมการรู้คิดของผู้สูงอายุตามความรุนแรงที่เกิดขึ้น และสร้างความตระหนักในการควบคุมอาการของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เพื่อไม่ให้อาการแย่ลงและนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมในอนาคต

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และเพิ่มตัวแปรที่อาจเกี่ยวข้อง เช่น คุณภาพการนอนหลับ ระดับการศึกษา เพื่อให้ผลการวิจัยมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- ัชชาวล รัตนบรรณกิจ. (2557). Mild cognitive impairment: ความผิดปกติในการทำงานของสมองที่เกี่ยวข้องกับประชาชน. ใน รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, ชีรธร พูลเกษ, กนกวรรณ บุญญพิสิฏฐ์, และสมบัติ มุ่งทวีพงษา (บ.ก.), *ตำราประสาทวิทยาคลินิก Textbook of clinical neurology* (น. 300–307). กรุงเทพฯ: สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย.
- ดารารวรรณ รองเมือง, ขวนชม พิษพันธ์ไพศาล, ผกามาศ พิมพ์ธารา, และยศพล เหลืองโสมนภา. (2564). ความชุกของภาวะสมองเสื่อม และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 16(1), 1–12.
- ทัศนีย์ กาศทิพย์, สุปรีดา มั่นคง, และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2562). ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 34(1), 104–121.
- ปิยะกร ไพรสนธิ์, และพรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 32(1), 64–80.
- Ampadu, J., & Morley, J. E. (2015). Heart failure and cognitive dysfunction. *International Journal of Cardiology*, 178, 12–23. doi:10.1016/j.ijcard.2014.10.087
- Cannon, J. A., Moffitt, P., Perez-Moreno, A. C., Walters, M. R., Broomfield, N. M., McMurray, J. J. V., & Quinn, T. J. (2017). Cognitive impairment and heart failure: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Cardiac Failure*, 23(6), 464–475. doi:10.1016/j.cardfail.2017.04.007
- Chan, W. X., Lin, W., & Wong, R. C. C. (2016). Transitional care to reduce heart failure readmission rates in South East Asia. *Cardiac Failure Review*, 2(2), 85–89. doi:10.15420/cfr.2016:9:2
- Dardiotis, E., Giamouzis, G., Mastrogiannis, D., Vogiatzi, C., Skoularigis, J., Triposkiadis, F., & Hadjigeorgiou, G. M. (2012). Cognitive impairment in heart failure. *Cardiology Research and Practice*, 2012, 1–9. doi:10.1155/2012/595821
- Dodson, J. A., Truong, T. T. N., Towle, V. R., Kerins, G., & Chaudhry, S. I. (2013). Cognitive impairment in older adults with heart failure: Prevalence, documentation, and impact on outcomes. *The American Journal of Medicine*, 126(2), 120–126. doi:10.1016/j.amjmed.2012.05.029
- Dujardin, K., Duhem, S., Guerouaou, N., Djelad, S., Drumez, E., Duhamel, A., ... Deplanque, D. (2021). Validation in French of the Montreal Cognitive Assessment 5-Minute, a brief cognitive screening test for phone administration. *Revue Neurologique*, 177(8), 972–979. doi:10.1016/j.neurol.2020.09.002
- Eshkoor, S. A., Hamid, T. A., Mun, C. Y., & Ng, C. K. (2015). Mild cognitive impairment and its management in older people. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 687–693. doi:10.2147/CIA.S73922

- Furqatovich, U. S. (2022). Cognitive impairment under the heart failure. *International Journal of Philosophical Studies and Social Sciences*, 2(2), 167–171. Retrieved from <http://ijpsss.iscience.uz/index.php/ijpsss/article/view/198>
- Goh, F. Q., Kong, W. K. F., Wong, R. C. C., Chong, Y. F., Chew, N. W. S., Yeo, T. C., ... Sia, C. H. (2022). Cognitive impairment in heart failure—A review. *Biology*, 11(2), 179. doi:10.3390/biology11020179
- Leto, L., & Feola, M. (2014). Cognitive impairment in heart failure patients. *Journal of Geriatric Cardiology*, 11(4), 316–328. doi:10.11909/j.issn.1671-5411.2014.04.007
- Li, J.-Q., Tan, L., Wang, H.-F., Tan, M.-S., Tan, L., Xu, W., ... Yu, J.-T. (2016). Risk factors for predicting progression from mild cognitive impairment to Alzheimer's disease: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Journal of Neurology, Neurosurgery, & Psychiatry*, 87(5), 476–484. doi:10.1136/jnnp-2014-310095
- Liori, S., Arfaras-Melainis, A., Bistola, V., Polyzogopoulou, E., & Parissis, J. (2022). Cognitive impairment in heart failure: Clinical implications, tools of assessment, and therapeutic considerations. *Heart Failure Reviews*, 27(4), 993–999. doi:10.1007/s10741-021-10118-5
- Overall, J. E., Tonidandel, S., & Starbuck, R. R. (2006). Rule-of-thumb adjustment of sample sizes to accommodate dropouts in a two-stage analysis of repeated measurements. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15(1), 1–11. doi:10.1002/mpr.23
- Sterling, M. R., Jannat-Khah, D., Bryan, J., Banerjee, S., McClure, L. A., Wadley, V. G., ... Safford, M. M. (2019). The prevalence of cognitive impairment among adults with incident heart failure: The “Reasons for Geographic and Racial Differences in Stroke” (REGARDS) study. *Journal of Cardiac Failure*, 25(2), 130–136. doi:10.1016/j.cardfail.2018.12.006
- Vellone, E., Chialà, O., Boyne, J., Klompstra, L., Evangelista, L. S., Back, M., ... Jaarsma, T. (2020). Cognitive impairment in patients with heart failure: An international study. *ESC Heart Failure*, 7(1), 46–53. doi:10.1002/ehf2.12542
- Wolters, F. J., Segufa, R. A., Darweesh, S. K. L., Bos, D., Ikram, M. A., Sabayan, B., ... Sedaghat, S. (2018). Coronary heart disease, heart failure, and the risk of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Alzheimer's & Dementia*, 14(11), 1493–1504. doi:10.1016/j.jalz.2018.01.007

ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ติดสุรา

โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*

**Effect of the Problem-solving Therapy Program
on Depression among Older Adults with Alcohol Dependence,
Suanprung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province***

รัชดา อังธนานุกูล, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) ¹

Radchada Angthananukul, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing) ¹

ดราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, ค.ด. (จิตวิทยาการศึกษา) ²

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

สมบัติ สกุลพรรณ, ป.ร.ด. (หลักสูตรและการสอน) ³

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

Received: February 4, 2023 Revised: June 10, 2023 Accepted: June 12, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ติดสุรา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ติดสุราที่ได้รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน

* การค้นคว้าอิสระหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ มหบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: radchada_ang@cmu.ac.th

² ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² 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

โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 32 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) มีค่าความเชื่อมั่น .89 แบบประเมินพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (MoCA Thai version) มีค่าความเชื่อมั่น .83 และแบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (CIWA-Ar) มีค่าความเชื่อมั่น .81 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2562 ถึงเดือนพฤษภาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน Fisher's exact test, Wilcoxon signed-rank test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.525, p < .001$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.225, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลจิตเวชควรนำโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ไปใช้ในการป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ติดสุรา

คำสำคัญ: โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ผู้สูงอายุที่ติดสุรา ภาวะซึมเศร้า

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of the problem-solving therapy program on depression among older adults with alcohol dependence. The participants consisted of 32 older adults with alcohol dependence who received treatment at the in-patient department, Suanprung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province and were equally divided into an experimental group ($n = 16$) and a control group ($n = 16$). The research instruments included the problem-solving therapy program, the demographic data form, the 9 screening questions (9Q) with reliability of .89, the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Thai version with reliability of .83, and the Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version (CIWA-Ar) with reliability of .81. The implementation and data collection were conducted from December, 2019 to May, 2020. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, median, Fisher's exact test, Wilcoxon signed-rank test, and Mann-Whitney U test.

The research results revealed that after the experiment, the experimental group had statistically significantly lower mean score of depression than that of before the experiment ($Z = -3.525, p < .001$) and that of the control group ($Z = -3.225, p < .001$).

This research suggests that psychiatric nurses should adopt this problem-solving therapy program to prevent or reduce depression among older adults with alcohol dependence.

Keywords: Problem-solving therapy program, Older adults with alcohol dependence, Depression

ความเ็นมาและความสำคัญขอปัญหา

โรคติดสุรา (alcohol dependence) เป็นความผิดปกติของความคิด พฤติกรรม การแสดงออก ด้านร่างกาย มีรูปแบบการดื่มสุราที่นำไปสู่ลักษณะสำคัญทางคลินิกตั้งแต่ 3 ลักษณะ ในช่วงเวลา 12 เดือน โดยมีภาวะดื้อสุรา มีอาการถอนพิษสุรา ต้องดื่มสุราเพื่อลดอาการขาดสุรา มักดื่มสุราในปริมาณที่มากกว่าเดิม หมดเวลาไปกับกิจกรรมเพื่อการแสวงหาสุรา เกิดความล้มเหลวในบทบาทหน้าที่สำคัญด้านการงาน การเรียน หรือครอบครัว และยังคงดื่มต่อไปทั้งๆ ที่ทราบว่ามีปัญหาสุขภาพกายหรือจิตใจเกิดขึ้น ไม่สามารถหยุดดื่มหรือควบคุมการดื่มได้ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition [DSM-5]) (American Psychiatric Association, 2005)

ปัจจุบันการดื่มสุราในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก จากการศึกษาในประเทศจีนเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่าเป็นผู้ที่เคยดื่มสุราร้อยละ 20.30 เป็นผู้ที่มพฤติกรรมการดื่มสุราทุกวันร้อยละ 3.30 และเป็นผู้ที่ติดสุราร้อยละ 1.10 (Lee, Chang, Liu, & Shelley, 2020) โดยผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราแบบดื่มเป็นประจำ มีการดื่มสุรา 1-2 วันต่อสัปดาห์ จนถึงมีพฤติกรรมการดื่มสุราทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 41.70 (อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว, พลเทพ วิจิตรคุณากร, และสาวิตริ อัยณรงค์กรชัย, 2559) และจากสถิติของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2565 มีผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุราเข้ารับบริการ จำนวน 173 คน 189 คน และ 289 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

(โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, 2565)

ผู้สูงอายุที่ติดสุรามีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ติดสุรา 3-4 เท่า (Nicholas, Roche, Lee, Bright, & Walsh, 2015) เกิดความบกพร่องด้านความคิดและความเข้าใจ และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (Boden & Fergusson, 2011) จากข้อมูลของสำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิตกรมสุขภาพจิต (2560) ระบุว่า คนไทยป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่า 1.50 ล้านคน โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30 เคยมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้งที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน และโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุมีอัตราเพิ่มขึ้นมากกว่าในกลุ่มอายุอื่นอย่างเห็นได้ชัด เพราะวัยสูงอายุมีปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ง่ายกว่าคนกลุ่มอายุอื่นอย่างมาก ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อีกทั้งกระบวนการทางความคิดของผู้สูงอายุยังเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม คือ มีการคิดซ้ำซาก คิดทบทวนถึงแต่เรื่องในอดีต มีความระแวง และคิดถึงเรื่องในปัจจุบันด้วยความหวาดกลัว ความสามารถในการใช้เหตุผล การคำนวณ การคิดเรื่องนามธรรม และการคิดตัดสินใจเชิงสร้างสรรค์ลดลงจากเดิม นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร่ายังมีความคิดหรือมุมมองต่อการแก้ปัญหาในทางลบ และมีวิธีการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่น

โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา เป็นการบำบัดที่ช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต โดยรับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง คิดว่าปัญหาเป็นเหตุการณ์ธรรมดาของชีวิต มองปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทาย เปิดโอกาสให้พัฒนาตนเอง ยอมรับว่าต้องใช้เวลาและความพยายามในการแก้ปัญหา โดยใช้ทักษะการแก้ปัญหามีเหตุผลและมีความคิดทางบวกต่อ

ปัญหา พยายามทำความเข้าใจและค้นหาปัญหาที่แท้จริง คิดหาทางแก้ปัญหาหลาย ๆ ทาง มีการตัดสินใจบน วิธีการแก้ปัญหาที่มีการวางแผนไว้ รวมทั้งตรวจสอบ ผลดีและผลเสียของแต่ละวิธี และลดความคิดทางลบที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ปัญหา โดยอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง เมื่อบุคคลมีทัศนคติในการแก้ปัญหา อย่างสร้างสรรค์ จะสามารถใช้เหตุผลในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น และสามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ได้ ส่งผลให้ ภาวะซึมเศร้าลดลง (D’Zurilla, 1988) สำหรับงานวิจัย ที่ใช้โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการลด อาการซึมเศร้านั้น ในต่างประเทศพบว่ามีจำนวนมาก และครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนในประเทศไทยยังพบ ไม่มาก อีกทั้งยังไม่พบการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหามาสังเคราะห์ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ที่จะเป็นประโยชน์ในการนำ ไปใช้ในทางปฏิบัติ

เมื่อพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของโปรแกรม การบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการลดภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุที่ติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ นับว่าโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหามีความ เหมาะสมกับบริบทและปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่ติดสุราที่รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ผู้วิจัยจึง สนใจที่จะนำโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหามา ในการศึกษาของปริญญานิพนธ์ (2552) ที่สร้างขึ้น ตามแนวคิดของ D’Zurilla (1988) และ Nezu and Nezu (2008) มาใช้ในผู้สูงอายุที่ติดสุรา โดยดัดแปลงในส่วน ใ้ความรู้และใ้งานในโปรแกรมใ้มีความเหมาะสม และความสอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุที่ติดสุราที่มี ภาวะซึมเศร้า ซึ่งโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่ติดสุราใ้มีความคิดต่อตนเองทางบวก มองปัญหาว่าเป็นสิ่งที่สามารถแก้ไขได้ เลือกวิธีการแก้ ปัญหาที่หลากหลาย และสามารถวางแผนจัดการกับ ปัญหาได้ เมื่อปัญหาได้รับการแก้ไขจะส่งผลใ้ผู้สูงอายุ

ที่ติดสุราใ้ภาวะซึมเศร้าลดลง โปรแกรมการบำบัดโดย การแก้ปัญหานั้นจะเป็นทางเลือกหนึ่งที่น่ามาใช้ใ้ในการลดภาวะซึมเศร้าใ้ผู้สูงอายุที่ติดสุราได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

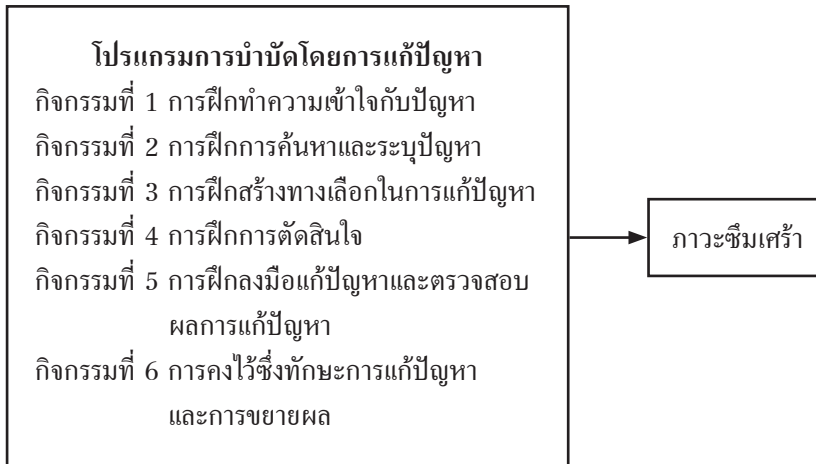
1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่ม ทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดัดแปลงโปรแกรมการบำบัด โดยการแก้ปัญหามาใช้ในการศึกษาของปริญญานิพนธ์ (2552) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ D’Zurilla (1988) และ Nezu and Nezu (2008) หากผู้สูงอายุที่ติดสุรา ที่มีภาวะซึมเศร้ามีมุมมองต่อปัญหาในทางบวก มีวิธี การแก้ปัญหามาใช้เหตุผล และหลีกเลี่ยงการแก้ปัญหามาแบบหุนหันพลันแล่นและการแก้ปัญหามาแบบหลีกเลี่ยง จะมีความสามารถในการแก้ปัญหามาที่เพิ่มขึ้น ทำให้ ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ ซึ่งโปรแกรมการบำบัดโดย การแก้ปัญหามาในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การฝึกทำความเข้าใจกับปัญหา 2) การฝึก การค้นหาและระบุปัญหา 3) การฝึกสร้างทางเลือก ในการแก้ปัญหามา 4) การฝึกการตัดสินใจ 5) การฝึก ลงมือแก้ปัญหามาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหามา และ 6) การทบทวนซึ่งทักษะการแก้ปัญหามาและการขยายผล สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยใ้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดสุรา และรับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงระดับปานกลาง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) 2) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 3) ไม่มีภาวะบกพร่องทางสมอง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (Montreal Cognitive Assessment [MoCA] Thai version) 4) ผ่านพ้นภาวะถอนพิษสุรา/มีความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราในระดับน้อย ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version [CIWA-Ar]) 5) ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า

6) ไม่มีโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ และ 7) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่า 3 ครั้ง หรือแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ 2) มีอาการทางจิตระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรม และ 3) ขอดอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณหาขนาดอิทธิพล (effect size) ซึ่งคำนวณจากสูตรของ Glass (1976 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2553) โดยใช้การศึกษาของบุญยาภา คำบุญเรือง (2552) ได้ค่าเท่ากับ .52 (ค่ามากกว่า .50 จึงใช้อิทธิพลขนาดใหญ่) โดยใช้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .70 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 จากนั้นนำค่ามาเปิดตารางประมาณค่าขนาดตัวอย่างแบบการทดสอบสมมติฐานทางเดียว (Polit & Hungler, 2001) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 16 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 32 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการจับสลากตามรายชื่อผู้สูงอายุที่ติดสุราที่รับการบำบัดรักษาในตึกกฤณาและตึกปัญญา โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 16 คนแรก เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มตัวอย่าง 16 คนหลัง เป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ผู้วิจัยดัดแปลงจากโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ของปุลณยาภา คำบุญเรือง (2552) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ D'Zurilla (1988) และ Nezu and Nezu (2008) โดยดัดแปลงในส่วนใบความรู้และใบงานในโปรแกรม ประกอบด้วย กิจกรรม 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การฝึกทำความเข้าใจกับปัญหา ใช้เวลา 40–45 นาที โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพพูดคุยถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและการแก้ปัญหาที่เคยใช้ สอนวิธีการแก้ปัญหาทางบวก โดยการฝึกคิดทางบวกหรือคิดดี และสอนเทคนิคการลดความคิดทางลบ เช่น การเขียนบันทึกประจำวัน การฝึกสติและผ่อนคลายความเครียด จากนั้นมอบหมายการบ้านให้กลับไปฝึกคิดทางบวกและนั่งสมาธิ

กิจกรรมที่ 2 การฝึกการค้นหาและระบุปัญหา ใช้เวลา 40–45 นาที โดยผู้วิจัยพูดคุยถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้ ปัญหาและอุปสรรคที่พบขณะกลับไปฝึกคิดทางบวกและนั่งสมาธิ จากนั้นให้ฝึกการควบคุมสติโดยการนั่งสมาธิ สอนการมองปัญหาและอุปสรรคในทางบวก โดยผู้วิจัยยกตัวอย่างปัญหาเรื่องสัมพันธภาพที่ไม่ดีในครอบครัว แล้วให้ร่วมกันระบุปัญหา และตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา จากนั้นมอบหมายการบ้าน โดยยกตัวอย่างสถานการณ์ที่เป็นปัญหา เช่น การที่ผู้ป่วยไม่เข้าร่วมกิจกรรมของทางโรงพยาบาล แล้วให้ระบุปัญหา และตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 3 การฝึกสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหา ใช้เวลา 40–45 นาที โดยผู้วิจัยพูดคุยถึงการบ้านที่ได้มอบหมาย อธิบายวิธีการสร้างทางเลือกสำหรับการแก้ปัญหา จากนั้นยกตัวอย่างปัญหาเรื่องสัมพันธภาพที่ไม่ดีในครอบครัว ให้แบ่งกลุ่ม และช่วยกันเสนอทางเลือกในการแก้ปัญหา จากนั้นมอบหมายการบ้านให้คิดคติเตือนใจตนเองเมื่อเกิดความรู้สึกไม่สบายใจหรือรู้สึกเศร้า

กิจกรรมที่ 4 การฝึกการตัดสินใจ ใช้เวลา 40–45 นาที โดยผู้วิจัยให้นาคติเตือนใจตนเองเมื่อเกิดความรู้สึกไม่สบายใจหรือรู้สึกเศร้ามาแลกเปลี่ยนกัน จากนั้นอธิบายวิธีการตัดสินใจในการแก้ปัญหา และสิ่งสนับสนุนของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหา ให้แบ่งกลุ่ม และช่วยกันคาดการณ์ถึงผลลัพธ์ทางบวกและทางลบที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจแก้ปัญหาตามทางเลือกที่เลือกไว้ จากนั้นมอบหมายการบ้านให้ระบุปัญหาที่ต้องการแก้ไข หาสาเหตุของปัญหา หาทางเลือก และตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด

กิจกรรมที่ 5 การฝึกลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา ใช้เวลา 40–45 นาที โดยผู้วิจัยให้นำวิธีการตัดสินใจในการแก้ปัญหามาแลกเปลี่ยนกัน อธิบายวิธีการลงมือแก้ปัญหา ให้แบ่งกลุ่ม และช่วยกันฝึกลงมือแก้ปัญหาจากสถานการณ์ที่กำหนดให้ จากนั้นมอบหมายการบ้านให้คิดถึงปัญหาหลังจากออกจากโรงพยาบาลที่อาจทำให้ตนเองซึมเศร้า และเขียนวิธีการแก้ไขปัญหามา

กิจกรรมที่ 6 การคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหาและการขยายผล ใช้เวลา 40–45 นาที โดยผู้วิจัยนำวิธีการแก้ไขปัญหามาแลกเปลี่ยนกัน ให้ทบทวนทักษะการแก้ปัญหาที่ได้เรียนรู้ ผู้วิจัยเล่าเรื่อง “อุปสรรคมีไว้ให้ข้าม” แล้วให้นำทักษะการแก้ปัญหามาใช้ จากนั้นให้คาดการณ์ว่าในอนาคตอาจเกิดปัญหาใดและจะวางแผนจัดการกับปัญหานั้นอย่างไร ผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญทั้งหมด และให้แลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้เรียนรู้

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของรณินทร์ กองสุข และคณะ (2550) จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0–3 ได้แก่ ไม่มีเลย เป็นบางวัน เป็นบ่อย และเป็นทุกวัน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0–6 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้า

ในระดับน้อย (7–12 คะแนน) ในระดับปานกลาง (13–18 คะแนน) และในระดับรุนแรง (19–27 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบประเมินพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (MoCA Thai version) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยโสฬพัทธ์ เหมรัญโรจน์ (Hemrungronj, 2011) ใช้สำหรับประเมินหน้าที่ของการรู้คิดด้านต่างๆ เช่น ความตั้งใจ สมาธิ การบริหารจัดการ ความจำ ภาษา ความคิดรวบยอด การคิดคำนวณ การรับรู้สภาวะรอบตัว รวม 11 ข้อ โดยใช้เวลาในการประเมิน 10–15 นาที คะแนนเต็ม 30 คะแนน หากได้ 17 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีการรู้คิดปกติ และเพิ่ม 1 คะแนน หากจำนวนปีการศึกษา น้อย หรือ เทียบเท่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

ชุดที่ 3 แบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (CIWA-Ar) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของ Saunders (1987) จำนวน 10 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–67 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผล คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราในระดับน้อย (น้อยกว่า 8 คะแนน) ในระดับปานกลาง (8–15 คะแนน) และในระดับรุนแรง (มากกว่า 15 คะแนน)

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ดังรายละเอียดในส่วนที่ 2

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล ด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และพยาบาล ด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (2 คน) ดำเนิน

การแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ติดสุราในโรงพยาบาลสวนปรุง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 คน และนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) แบบประเมินพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (MoCA Thai version) และแบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (CIWA-Ar) ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ติดสุราในโรงพยาบาลสวนปรุง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .89, .83 และ .81 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 123/2019 วันที่ 23 สิงหาคม 2562) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนปรุง (เอกสารรับรอง เลขที่ 24/2562 วันที่ 25 พฤศจิกายน 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง เข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าตึกกรุณา และหัวหน้าตึกปัญญา เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ตึกกรุณาและตึกปัญญา เป็นรายบุคคล แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

3. ในสัปดาห์ที่ 2-3 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ตีกรรณและตีปัญหา เป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 8 คน ให้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา วันละ 1 กิจกรรม ในช่วงหลังรับประทานอาหารเย็น โดยมีการประเมินความพร้อมก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และอาการไม่สบายก่อนรับการบำบัด ดำเนินกิจกรรมวันเว้นวัน สัปดาห์ละ 3 กิจกรรม รวมระยะเวลา 2 สัปดาห์

4. ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่ตีกรรณและตีปัญหา เป็นรายบุคคล แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที และให้กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ การให้ข้อมูลเรื่องโรค อาการ การรักษา การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน และการให้การปรึกษารายบุคคลตามปัญหาที่พบ

5. หลังการจำหน่าย 1 เดือน ผู้วิจัยโทรศัพท์ถึงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแต่ละคน และให้ตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) หลังการทดลอง (post-test) โดยผู้วิจัยอ่านข้อคำถามทีละข้อแล้วให้เลือกคำตอบ โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2562 ถึงเดือนพฤษภาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test ข้อมูลภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลัง

การทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองทั้งหมดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 75 โดยมีอายุเฉลี่ย 63.25 ปี ($SD = 3.79$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 และส่วนใหญ่มีรายได้ในช่วง 100-5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 62.50 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ทั้งหมดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 87.50 โดยมีอายุเฉลี่ย 62.19 ปี ($SD = 2.95$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 62.50 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 75 และมีรายได้ในช่วง 100-5,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 7.63 ($SD = .96$) โดยมีค่าต่ำสุด-สูงสุด คือ 7-10 และค่ามัธยฐานเท่ากับ 7 และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 7.06 ($SD = .25$) โดยมีค่าต่ำสุด-สูงสุด คือ 7-8 และค่ามัธยฐานเท่ากับ 7 ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 3.81 ($SD = 2.07$) โดยมีค่าต่ำสุด-สูงสุด คือ 1-8 และค่ามัธยฐานเท่ากับ 3 และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 6.31

(SD = 1.20) โดยมีค่าต่ำสุด-สูงสุด คือ 4-8 และค่ามัธยฐานเท่ากับ 7

3. การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.525$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ช่วงเวลา	M	SD	Wilcoxon signed-rank test	
			Z	p
ก่อนการทดลอง (n = 16)	7.63	.96	-3.525	< .001
หลังการทดลอง (n = 16)	3.81	2.07		

4. การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะ

ซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.225$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง (n = 16)		กลุ่มควบคุม (n = 16)		Mann-Whitney U test	
	M	SD	M	SD	Z	p
ก่อนการทดลอง	7.63	.96	7.06	.25	-2.166	.068
หลังการทดลอง	3.81	2.07	6.31	1.20		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่าโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาช่วยให้ผู้สูงอายุ

ที่ติดสุรามีมุมมองต่อปัญหาในทางบวก คิดว่าปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทาย พยายามทำความเข้าใจปัญหา เชื่อว่าตนมีความสามารถที่จะจัดการกับปัญหาได้ คิดหาทางแก้ปัญหาหลายๆ ทาง มีการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล มีการตรวจสอบผลดีและผลเสียของแต่ละวิธี รวมทั้งลดความคิดทางลบซึ่งไม่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ปัญหา โดยอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง หากเกิดความคิดทางลบในขณะแก้ปัญหา

จะมีการฝึกสมาธิเพื่อควบคุมสติและอารมณ์ เมื่อบุคคลมีทัศนคติในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ จะใช้เหตุผลในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น และสามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุที่ติดสุราเข้าใจปัญหาในทางบวก จะสามารถคิดหาวิธีการแก้ปัญหาได้หลากหลายวิธี และเลือกวิธีที่ดีที่สุดในการจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทางความคิดอย่างเป็นขั้นตอน และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทางความคิด ก็จะมีการเปลี่ยนจากการคิดทางลบเป็นการคิดทางบวกและอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง (D'Zurilla, 1988) เมื่อปัญหาได้รับการแก้ไข จะทำให้ผู้สูงอายุที่ติดสุรา มีความเชื่อมั่นในตนเอง รับรู้ถึงความสามารถของตนเอง และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงและไม่มีภาวะซึมเศร้าในที่สุด ซึ่งช่วยให้เกิดการปรับมุมมองต่อปัญหาในทางที่ดี (Pierce, 2012)

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชาลินี หนูชูสุข, ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นดา, และสมบัติ สกุลพรรณ (2560) ที่พบว่า หลังการทดลอง ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหแบบกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับการศึกษาของสุวดี ศรีวิเศษ, วัชณี หัตถพนม, สายชล ยุบลพันธ์, สโรชา บางแสง, และอิงกญา โคตนารา (2556) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบกลุ่มโดยการแก้ไขปัญหามีทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น และมีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Albert et al. (2016) ที่พบว่า หลังการทดลอง ผู้พิการสูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหามีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลจิตเวชควรนำโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหามาใช้ในการป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ติดสุรา รวมทั้งผู้บริหารทางการแพทย์ควรจัดการอบรมบุคลากรด้านสุขภาพจิตให้มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการบำบัดโดยการแก้ปัญหามาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าให้แก่ผู้รับบริการ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยมีการประเมินภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อเป็นการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม

2.2 ควรมีการศึกษาผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหในผู้ป่วยโรคติดสุรากลุ่มอื่น เช่น วัยรุ่น ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่กว้างขวางยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- ชาลินี หนูชูสุข, ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นดา, และสมบัติ สกุลพรรณ. (2560). ผลของการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครชุม*, 33(3), 124-137.
- ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, สุพัตรา สุขาวท, รุ่งมณี ยิ่งยง, สักดา ขำคม, ... จินตนา ลั้งเพิ่มพูน. (2550). การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม ภาษาอีสาน. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 6 เรื่อง สุขภาพจิต : ชีวิตชาวเมือง* (น. 128-129). ม.ป.ท.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

- ปุลยาภา คำบุญเรือง. (2552). *ผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่* (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. (2565). *รายงานสถิติผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง ปีงบประมาณ 2562-2565*. เชียงใหม่: ผู้แต่ง.
- สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2560). *แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุสำหรับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สุวดี ศรีวิเศษ, วัชณี หัตถพนม, สายชล ขูลพันธ์, สโรชา บางแสง, และอิงกญา โคตนารา. (2556). *กลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหามือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย* (รายงานผลการวิจัย). กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว, พลเทพ วิจิตรคุณากร, และสาวิตรี อัยฉนงค์กรชัย. (บ.ก.). (2559). *ข้อเท็จจริงและตัวเลข เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย*. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ และหน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- Albert, S. M., King, J., Dew, M. A., Begley, A., Anderson, S., Karp, J., ... Reynolds, C. F. 3rd. (2016). Design and recruitment for a randomized controlled trial of problem-solving therapy to prevent depression among older adults with need for supportive services. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(1), 94–102. doi:10.1016/j.jagp.2015.11.003
- American Psychiatric Association. (2005). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Boden, J. M., & Fergusson, D. M. (2011). Alcohol and depression. *Addiction*, 106(5), 906–914. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03351.x
- D’Zurilla, T. J. (1988). Problem-solving therapies. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 85–135). London: Hutchinson.
- Hemrungronj, S. (2011). *Montreal cognitive assessment (MoCA)*. Retrieved from http://www.mocatest.org/pdf_files/test/MoCA-Test-Thai.p
- Lee, Y. H., Chang, Y. C., Liu, C. T., & Shelley, M. (2020). Correlates of alcohol consumption and alcohol dependence among older adults in contemporary China: Results from the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 19(1), 70–85. doi: 10.1080/15332640.2018.1456388
- Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (2008). *Problem-solving therapy for depression: PST for depression*. Workshop 2nd Asian CBT conference-2008. Bangkok.

- Nicholas, R., Roche, A., Lee, N., Bright, S., & Walsh, K. (2015). *Preventing and reducing alcohol- and other drug related harm among older people: A practical guide for health and welfare professionals*. Adelaide, South Australia: National Centre for Education and Training on addiction (NCETA), Flinders University.
- Pierce, D. (2012). Problem solving therapy—use and effectiveness in general practice. *Australian Family Physician*, 41(9), 676–679. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22962642/>
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (2001). *Nursing research: Principle and methods* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Saunders, J. B. (1987). Drug treatment in alcoholism. In G. D. Burrows & T. R. Norman (Eds.), *Drugs in psychiatry* (pp. 343–369). Amsterdam: Elsevier.
-

การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดใน มารดาผ่าตัดคลอด สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว* Social Support and Postpartum Depression among Mothers with Cesarean Section, the Lao People's Democratic Republic*

สุภาวรัตน์ ศรีโฆษจุลมนี, พย.ม. (การผดุงครรภ์) ¹

Souphavalath Sikhotchounlamany, M.N.S. (Midwifery) ¹

พรรณพิไล ศรีอารณ์, พย.ด. ² บังอร ศุภวิทิตพัฒนา, ประ.ด. (การพยาบาล) ³

Punpilai Sriarporn, Ph.D. (Nursing) ² Bungorn Supavititpatana, Ph.D. (Nursing) ³

Received: February 4, 2023 Revised: May 18, 2023 Accepted: June 19, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาผ่าตัดคลอดที่มารับบริการตรวจหลังคลอดที่โรงพยาบาลแม่และเด็กแรกเกิด และโรงพยาบาลมโหสถ แขวงนครหลวงเวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว รวมจำนวน 85 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .89 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มีค่าความเชื่อมั่น .82 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

* 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: S.Souphavalath@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 มารดาผ่าตัดคลอดมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับมาก ($M = 4.62, SD = .10$) มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 10.60 และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.316, p < .01$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาล โดยเน้นการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอด

คำสำคัญ: การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มารดาผ่าตัดคลอด

สาธารณสุขวิชาชีพไทยประชาชนลาว

Abstract

This descriptive correlational research aimed to determine the relationship between social support and postpartum depression among mothers with cesarean section. The participants consisted of 85 mothers with cesarean section who had a postpartum check up at Maternal and Newborn Hospital and Mahosod Hospital, Vientiane capital, the Lao People's Democratic Republic. The research instruments included the demographic data record form, the social support questionnaire with reliability of .89, and the Edinburgh Postnatal Depression Scales (EPDS) with reliability of .82. Data were collected from May to July, 2020. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Spearman rank correlation.

The research results revealed that the mothers with cesarean section demonstrated overall mean score of social support at a high level ($M = 4.62, SD = .10$), whereas 10.60% of them had postpartum depression. Social support was negatively statistically significantly related to postpartum depression among mothers with cesarean section ($r_s = -.316, p < .01$).

This research suggests that nurses should adopt the research results for nursing care plan emphasizing social support enhancement, in order to prevent postpartum depression among mothers with cesarean section.

Keywords: Social support, Postpartum depression, Mothers with cesarean section, the Lao People's Democratic Republic

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สตรีที่ก้าวสู่การเป็นมารดาถือว่าได้ผ่านเข้าสู่ช่วงเวลาที่สำคัญในชีวิต การให้กำเนิดบุตรเป็นความภาคภูมิใจและความยินดี แต่ในขณะเดียวกันมารดาต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่อาจก่อให้เกิดความไม่สบาย โดยเฉพาะมารดาผ่าตัดคลอดจากการมีภาวะเสี่ยงที่เป็นข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด เช่น ภาวะรกเกาะต่ำ ภาวะสายสะดือพันคอต่า การผิวด้านระหว่างทารกกับอุ้งเชิงกรานของมารดา ทำให้มารดาไม่สามารถคลอดทารกทางช่องคลอดได้อย่างปลอดภัย รวมถึงข้อบ่งชี้ด้านทารก เช่น ทารกอยู่ในภาวะคับขัน มีอัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ ทารกมีภาวะสายสะดือย้อย ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ เช่น ท่าก้น ท่าขวาง (Cunningham et al., 2018) ทั้งนี้ อัตราการผ่าตัดคลอดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก รวมทั้งประเทศในแถบเอเชีย จากการศึกษาอัตราการผ่าตัดคลอดในช่วงปี ค.ศ. 1990–2014 ใน 150 ประเทศ พบว่า ประเทศในแถบเอเชียมีอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นเป็นอันดับสองของโลก ถึงร้อยละ 15.10 และมีอัตราการเพิ่มของการผ่าตัดคลอดเฉลี่ยสูงสุดถึงร้อยละ 6.40 ต่อปี ส่วนภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 5.50 ต่อปี (Betrán et al., 2016) สำหรับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว จากข้อมูลของโรงพยาบาลแม่และเด็กแรกเกิด แขวงนครหลวงเวียงจันทน์ พบมารดาผ่าตัดคลอดมากถึง 2,144 คน ในปี พ.ศ. 2560 โดยข้อบ่งชี้ 3 อันดับแรก ที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของการผ่าตัดคลอดในช่วงปี พ.ศ. 2560–2561 ได้แก่ ความล้มเหลวในการคลอดธรรมชาติ การมีประวัติผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อน และกระดุกเชิงกรานแคบ คิดเป็นร้อยละ 30, 30 และ 21 ตามลำดับ (สุภาวรัตน์ ศรีโฆษจุลมนิ, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 18 พฤษภาคม 2563)

การผ่าตัดคลอดส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกหลายประการ เช่น เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ

แทรกซ้อนจากการตกเลือดหรือการติดเชื้อในมารดา และปัญหาสุขภาพของทารกโดยเฉพาะระบบหายใจและระบบประสาท (Lin et al., 2022) การผ่าตัดคลอดทำให้มารดามีความเจ็บปวดบริเวณแผลผ่าตัดที่ส่งผลต่อการนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนไหวร่างกาย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต้องใช้เวลาในการฟื้นคืนสู่สภาวะสมดุลง่ายกว่ามารดาคลอดปกติ และปฏิบัติหน้าที่ในการเป็นมารดาได้ช้ากว่ามารดาคลอดปกติ โดยเฉพาะในช่วง 24–72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (Sanli & Oncel, 2014) นอกจากนี้ การผ่าตัดคลอดยังทำให้มารดาเกิดความวิตกกังวลต่อการหายของแผล สุขภาพของตนเอง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมา (Grisbrook et al., 2022) รวมทั้งวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของทารก (Moameri, Ostadghaderi, Khatooni, & Doosti-Irani, 2019) การบาดเจ็บจากการผ่าตัดคลอดอาจทำให้มารดาเกิดความไม่สบาย วิตกกังวล และภาวะเครียด ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Shen et al., 2020) โดยมารดาผ่าตัดคลอดมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพิ่มขึ้น 1.26 เท่า (Xu, Ding, Ma, Xin, & Zhang, 2017) และจากการสอบถามข้อมูลพบว่า มารดาผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลเชษฐาธิราช สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว จำนวน 30 คน มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 10 (สุภาวรัตน์ ศรีโฆษจุลมนิ, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 8 พฤษภาคม 2563)

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ที่มีผลต่อการแสดงออกทางร่างกายและความรู้สึกนึกคิดในมารดาหลังคลอด ได้แก่ ความรู้สึกกลัว วิตกกังวล ไม่มีความสุข ความรู้สึกเศร้า มีการตำหนิตนเอง ร้องไห้ กระวนกระวาย นอนไม่หลับ และมีความรู้สึกอยากทำร้ายตนเอง โดยมารดาหลังคลอดอาจมีอาการซึมเศร้านานเป็นวันหรือเป็นสัปดาห์ หรือนานเกินกว่า 2 สัปดาห์ (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987) ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสามารถเกิดขึ้นได้

ตลอดเวลาตั้งแต่หลังคลอดบุตรจนกระทั่งถึง 1 ปี มักพบมากที่สุดในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด (Beck, 1963) จากการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอด มีอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 13 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19 (O'Hara & McCabe, 2013) สำหรับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวพบว่า มารดาที่คลอดทางช่องคลอดมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.33 (Vézina, 2018) แต่ยังไม่พบการศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดา ผ่าตัดคลอด

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอด ทารก และครอบครัว โดยมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีภาวะเครียด (Eckerdal et al., 2018) ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดยังส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของมารดา (Brummelte & Galea, 2016) ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของมารดาลดลง และไม่สามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงอาจมีความคิดฆ่าตัวตายได้ (คชาวัฒน์ ปรัชล, 2559) นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดยังส่งผลกระทบต่อทารกและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดากับทารก โดยมารดาจะแสดงความรักความผูกพันต่อทารกลดลง (Brummelte & Galea, 2016) ทารกถูกปฏิเสธ ไม่ได้รับความสนใจในการดูแล ไม่ได้รับการปกป้องอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับทารก หรืออาจมีการทำร้ายร่างกายทารก รวมทั้งเกิดความล้มเหลวในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้ทารกมีปัญหาด้านสติปัญญาและพฤติกรรมในอนาคต (Moameri et al., 2019) อีกทั้งภาวะซึมเศร้าหลังคลอดยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว โดยมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมักไม่มีปฏิสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด เช่น สามี ญาติ ไม่สามารถทำหน้าที่ในการดูแลบุตรและครอบครัวได้ บุคคลในครอบครัวที่ให้การดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความเครียดสูง มักเกิดความไม่เข้าใจกันในการสื่อสาร ทำให้

สัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดี เกิดความห่างเหิน อันนำไปสู่ปัญหาครอบครัวตามมาได้ (นลินี สิทธิบุญมา, วรรณิการ์ กันธะรักษา, และบงอร สุทธิวิทพัฒนา, 2563)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้าก่อนคลอด ภาวะเครียดจากการดูแลทารก ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม อารมณ์วิตกกังวลในระยะตั้งครรภ์ ความพึงพอใจในชีวิตสมรส ประวัติการมีภาวะซึมเศร้า ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ของทารก ภาวะอารมณ์เศร้าของมารดา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สถานะทางเศรษฐกิจสังคม สถานภาพสมรส และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (Beck, 1967) ความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก (พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ และคณะ, 2558) การสนับสนุนทางสังคมจากสามีและเพื่อน ในด้านการไว้วางใจ และสิ่งของเครื่องใช้ ภาวะเครียดจากการดูแลบุตร และลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ของบุตร สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาได้ (นักสันนัท สุขเกษม, รัชณี เรืองพรวิสุทธิ, พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, วีรพันธ์ ศิริฤทธิ์, และพรรณา วัชรประภาพงศ์, 2559) จากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับมารดาหลังคลอดในสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวอย่างมาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของภาวะเศรษฐกิจและสังคมจากสังคมเกษตรกรรมสู่สังคมอุตสาหกรรม แต่ในขณะเดียวกัน สถาบันครอบครัวยังคงรักษานับขนบธรรมเนียมประเพณีเกี่ยวกับการดูแลมารดาหลังคลอดไว้อย่างเหนียวแน่น โดยมารดาผ่าตัดคลอดจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับมารดาหลังคลอดในสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการดูแลช่วยเหลือ และตอบสนองความต้องการจากบุคคลรอบข้าง ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

ของ House (1981) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นการเอาใจใส่ การแสดงความเห็นใจ สนใจรับฟัง 2) การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร เป็นการให้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการแก้ไขหรือจัดการกับปัญหา 3) การสนับสนุนด้านทรัพยากร เป็นการให้ความช่วยเหลือในการให้บริการ การให้ทรัพยากร เวลา วัสดุสิ่งของ การจัดสภาพแวดล้อม เป็นต้น และ 4) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับ การยกย่อง และการชื่นชม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีความรัก ความห่วงใย ความผูกพัน ความไว้วางใจ ซึ่งกันและกัน ส่งผลให้บุคคลนั้นได้รับความช่วยเหลือต่าง ๆ หากมารดาหลังคลอดได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอและเหมาะสม จะทำให้มารดาหลังคลอดมีความรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญต่อบุตร สามี และ บุคคลรอบข้าง ทำให้เกิดความพึงพอใจ ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและบุตรที่มีประสิทธิภาพ (Lowdermilk, Cashion, Perry, & Alden, 2015)

จากการเปลี่ยนแปลงด้านวัฒนธรรม เศรษฐกิจ และสังคมในสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ทำให้มารดาหลังคลอดต้องรับภาระเพิ่มขึ้นในการทำงาน ทั้งในและนอกบ้าน รวมทั้งบทบาทในการเลี้ยงดูบุตร ที่อาจส่งผลให้เกิดความเครียดและการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ จึงอาจทำให้มารดาหลังคลอดต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตต่างๆ ที่นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ ซึ่งภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดา ผ่าตัดคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งที่พยาบาลผดุงครรภ์ควรให้ความสนใจ เนื่องจาก ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอดส่งผลกระทบทั้งต่อมารดา ทารก และครอบครัว ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผดุงครรภ์ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่ครอบคลุมทั้ง ด้านร่างกายและจิตใจ จึงสนใจศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

คือ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอดได้อย่างเหมาะสมตามบริบทและวัฒนธรรมของสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอด สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอด สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

สมมติฐานการวิจัย

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอด สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ของ Cox et al. (1987) ซึ่งภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นความเบี่ยงเบนด้านอารมณ์ที่มีผลต่อความรู้สึกนึกคิดและการแสดงออกด้านร่างกาย โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอด คือ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) ที่ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากร และการสนับสนุนด้านการประเมินค่า ซึ่งคาดว่า การสนับสนุนทางสังคมน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอดสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นมารดาผ่าตัดคลอดที่มารับบริการตรวจหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลแม่และเด็กแรกเกิด และโรงพยาบาลมโหสถ แขวงนครหลวงเวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2563 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) เลี้ยงบุตรด้วยตนเองและอาศัยอยู่กับครอบครัว 3) มารดาและทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในระยะคลอดและระยะหลังคลอด 4) ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยหรือการได้รับการรักษาอาการทางจิต 5) สามารถอ่านเขียน และสื่อสารภาษาลาวได้ และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางประมาณค่ากลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .30 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 85 คน (Polit, 2010) เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบสะดวก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ ครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ จำนวนบุตร ผู้ให้การสนับสนุนดูแลหลังคลอด และการอยู่ไฟหลังคลอด

จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอด ของนลินี สิทธิบุญมา, กรรณิการ์ กันชะรักษา, และบังอร ศุภวิทิตพัฒนา (นลินี สิทธิบุญมา, 2558) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ จำนวน 8 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 10 ข้อ ด้านทรัพยากร จำนวน 10 ข้อ และด้านการประเมินค่า จำนวน 9 ข้อ รวมจำนวน 37 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เป็นความจริง เป็นความจริงเล็กน้อย เป็นความจริงปานกลาง เป็นความจริงเป็นส่วนมาก และเป็นความจริงมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย (1.00-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และในระดับมาก (3.68-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (the Edinburgh Postnatal Depression Scale [EPDS]) ของ Cox et al. (1987) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์, ทิพวรรณ เลียบสือตระกูล, และ อานนท์ วิทยานนท์ (Pitanupong, Liabsuetrakul, & Vittayanont, 2007) และแปลเป็นภาษาลาวโดยผู้วิจัย จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 3 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ

จากคะแนน 0–3 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ มีบ่อยมาก มีบางเวลา มีเล็กน้อย และไม่มี ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–30 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (0–6 คะแนน) และมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (7 คะแนนขึ้นไป)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มาแปลเป็นภาษาลาว แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 คน ตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทั้งภาษาไทยและภาษาลาว ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับมารดาผ่าตัดคลอดที่มารับบริการตรวจหลังคลอด ที่โรงพยาบาลแม่และเด็กแรกเกิด แขวงนครหลวงเวียงจันทน์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .89 และ .82 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 016/2020 วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2563) และคณะกรรมการจริยธรรมการค้นคว้า สถาบันสาธารณสุขศาสตร์และการแพทย์เขตร้อน กระทรวงสาธารณสุข สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (เอกสารรับรอง เลขที่ 028/2563 วันที่ 21 เมษายน 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่และเด็กแรกเกิด

และโรงพยาบาลมโหสถ แขวงนครหลวงเวียงจันทน์ เข้าพบหัวหน้าหน่วยตรวจหลังคลอด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่หน่วยตรวจหลังคลอดในขณะที่รอพบแพทย์ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกและแบบประเมิน โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ทั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกรกฎาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลภาวะซึมเศร้าหลังคลอด วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลในมารดาผ่าตัดคลอด พบว่า มารดาผ่าตัดคลอดมีอายุอยู่ในช่วง 31–40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.10 โดยมีอายุเฉลี่ย 31.80 ปี ($SD = 5.74$) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.56 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 95.30 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 85.80 มีอาชีพรับราชการ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.20 มีรายได้ครอบครัวมากกว่า 20,000 บาท ต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.40 มีความเพียงพอของรายได้ คิดเป็นร้อยละ 50.60 ส่วนใหญ่มีบุตรจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 83.56 ผู้ให้การสนับสนุนดูแลหลังคลอด คือสามี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.28 รองลงมา คือ มารดาของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 47.12 และมารดาของสามี คิดเป็นร้อยละ 4.60

ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีการอยู่ไฟหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 85.47

2. การสนับสนุนทางสังคมในมารดาผ่าตัดคลอด พบว่า มารดาผ่าตัดคลอดมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับมาก ($M = 4.62$, $SD = .10$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า มารดาผ่าตัดคลอดมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมากทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ($M = 4.64$, $SD = .21$) ด้านข้อมูลข่าวสาร ($M = 4.57$, $SD = .20$) ด้านทรัพยากร ($M = 4.61$, $SD = .17$) และด้านการประเมินค่า ($M = 4.67$, $SD = .18$)

3. ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอด พบว่า มารดาผ่าตัดคลอดส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 89.40 และมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 10.60 โดยมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเท่ากับ .11 ($SD = .31$)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอด พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.316$, $p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอด ($n = 85$)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	
	r_s	p
การสนับสนุนทางสังคม	-.316	.003

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า มารดาผ่าตัดคลอดมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านในระดับมาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) เป็นการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินค่า ซึ่งอาจมาจากบุคคลใกล้ชิดหรือนุกลากรสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ได้รับการสนับสนุนมีการแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ต้องการจนเกิดภาวะการมีสุขภาพดี (House, 1981) การที่มารดาหลังผ่าตัดคลอดได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดหรือนุกลากรในสังคมทั้ง

4 ด้าน อย่างเพียงพอ จะทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีความรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญและเป็นที่ห่วงใยของครอบครัว โดยผู้ให้การสนับสนุนดูแลหลังคลอดคือสามี มากที่สุด (ร้อยละ 48.28) รองลงมา คือมารดาของตนเอง และมารดาของสามี ตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงบริบททางสังคมของสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวที่มีสมาชิกครอบครัวอยู่ร่วมกันหลายคน และมีความผูกพันกันแบบเครือญาติ มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดูแลมารดาหลังคลอด นอกจากนี้ การที่มารดาหลังคลอดในสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวมีความเชื่อและประเพณีที่ปฏิบัติกันมาในการอยู่ไฟหลังคลอด ทำให้มารดาได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่โดยไม่ต้องทำงานบ้าน ไม่ต้องประกอบอาหาร โดยมีบุคคลในครอบครัว ญาติ และ

เพื่อน ให้การดูแลช่วยเหลือทั้งเรื่องความเป็นอยู่ของ มารดาและการดูแลบุตร ซึ่งมารดาผ่าตัดคลอดร้อยละ 85.47 มีการอยู่ไฟหลังคลอดตามความเชื่อ จึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก

ผลการวิจัยพบว่า มารดาผ่าตัดคลอดมีภาวะ ชีวะเศร้าหลังคลอดร้อยละ 10.60 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ภายหลังการผ่าตัดคลอด มารดาต้องใช้เวลาในการฟื้นคืนสู่สภาวะสมดุลของร่างกายนานกว่ามารดา หลังคลอดปกติ โดยความเจ็บปวดบริเวณแผลผ่าตัด ส่งผลต่อการนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนไหวร่างกาย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของมารดา อีกทั้ง การปฏิบัติหน้าที่ในการเป็นมารดาอาจทำได้ช้ากว่า มารดาหลังคลอดปกติ (Sanli & Oncel, 2014) อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า มารดาผ่าตัดคลอด ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะชีวเศร้าหลังคลอด (ร้อยละ 89.40) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมารดามีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ถึงร้อยละ 54.10 จึงมีความพร้อมทางวุฒิภาวะทั้งด้าน ร่างกายและจิตใจ (Feldman, 2010) มีความรู้จากการศึกษาและประสบการณ์ มีพัฒนาการด้านร่างกาย ที่สมบูรณ์ มีความพร้อมในการมีบุตร และมีวุฒิภาวะ ในการจัดการทางอารมณ์ จึงมีการปรับตัวตอบสนองต่อการเป็นมารดาได้ดี ประกอบกับมารดามีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด (ร้อยละ 50.56) ซึ่งความรู้ และทักษะเป็นสิ่งที่กำหนดความสามารถในการเผชิญ ปัญหา เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาทางสติปัญญา และมีความสามารถในการเรียนรู้การเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะสามารถ ประยุกต์ใช้ความรู้ที่มีอยู่ สามารถทำความเข้าใจ ในสิ่งที่เรียนรู้ได้มากขึ้น สามารถแสวงหาข้อมูล ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคล ที่มีการศึกษาน้อย

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะชีวเศร้าหลังคลอดใน มารดาผ่าตัดคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า มารดาผ่าตัดคลอดที่ได้รับการสนับสนุนทาง

สังคมในระดับมาก มีแนวโน้มที่จะมีภาวะชีวเศร้า หลังคลอดต่ำ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า มารดาผ่าตัดคลอดที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคล ในสังคมอย่างเพียงพอ จะทำให้มีความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองเพิ่มขึ้น และการได้รับการดูแลเอาใจใส่จาก บุคคลรอบข้างหรือบุคคลใกล้ชิดเป็นสิ่งที่มารดาต้องการ มากที่สุดในระยะหลังคลอด ซึ่งหากมารดาหลังคลอด ต้องเผชิญกับปัญหาในชีวิตประจำวันเพียงลำพัง อาจทำให้เกิดความเครียดและความเหนื่อยล้าใน การเลี้ยงบุตรได้ การสนับสนุนช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จากบุคคลใกล้ชิด จึงมีความสำคัญในการช่วยป้องกัน การเกิดความเครียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วยป้องกันการเกิดผลกระทบจากความเครียดที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของ มารดาผ่าตัดคลอด การที่มารดาผ่าตัดคลอดได้รับการช่วยเหลือ ได้รับสิ่งของ ข้อมูล คำชมเชยจาก ครอบครัวและบุคคลรอบข้าง จะเป็นตัวกันกลางหรือ กันชน (buffering effect) ในการบรรเทาผลกระทบ จากความเครียด ทำให้มารดาผ่าตัดคลอดสามารถ เผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายหลังคลอด ด้วยความมั่นใจ มีความพึงพอใจ เกิดความรู้สึกมั่นคง อบอุ่น ช่วยลดการเกิดความเครียดอันจะนำไปสู่การเกิด ภาวะชีวเศร้าได้อีกด้วย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้อง กับการศึกษาในประเทศอินโดนีเซีย ของ Nurmaulid, Erfina, and Nur (2020) ที่พบว่า การสนับสนุนทาง สังคมมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ของภาวะชีวเศร้า หลังคลอด และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย ของกุศล แสนบุญมา, วรณี เดียววิเศษ, และอุษา เชื้อหอม (2562) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมี ความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะชีวเศร้าหลังคลอดใน มารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
 - 1.1 พยาบาลควรนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการคัดกรองภาวะชีวเศร้าในมารดาผ่าตัด

คลอด และการวางแผนการพยาบาล โดยเน้นการส่งเสริม การสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้า หลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอด

1.2 อาจารย์พยาบาลควรนำข้อมูลเกี่ยวกับ ภาวะซึมเศร้าในมารดาผ่าตัดคลอดมาเป็นส่วนหนึ่ง ของการจัดการเรียนการสอนด้านการผดุงครรภ์ เพื่อให้ นักศึกษาเกิดความตระหนักเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าใน มารดาผ่าตัดคลอด

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในมารดาในกลุ่มอื่น เช่น มารดาวัยรุ่น มารดาที่มีภาวะ แทรกซ้อนทางสูติกรรมหรืออายุรกรรม

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีความ สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัด คลอด เช่น ภาวะซึมเศร้าก่อนคลอด ภาวะเครียดจาก การดูแลทารก ความพึงพอใจในชีวิตสมรส ความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน

เอกสารอ้างอิง

- กุศล สันบุญมา, วรณี เดียววิเศษ, และอุษา เชื้อหอม. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า หลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 27(3), 23–31.
- กษารัตน์ ปรีชล. (2559). ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด: การป้องกันและการดูแล. *วารสารพยาบาล สภาวิชาชีพไทย*, 9(2), 24–35.
- นักสนันท์ สุขเกษม, รัชณี เรืองพรวิสุทธิ, พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, วีรพันธ์ ศิริฤทธิ, และพรรณา วัชรประภาพงศ์. (2559). ปัจจัยทำนายภาวะ ซึมเศร้าหลังคลอด. *วารสารการพยาบาลและ การดูแลสุขภาพ*, 34(1), 47–55.

นลินี สิทธิบุญมา. (2558). *ความเครียด การสนับสนุนทาง สังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดา ครรภ์แรก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นลินี สิทธิบุญมา, กรรณิการ์ กันธรักษา, และบังอร ศุภวิจิตพัฒนา. (2563). ความเครียด การสนับสนุน ทางสังคมและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของผู้เป็น มารดาครรภ์แรก. *พยาบาลสาร*, 47(2), 169–179.

พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, นุชนาต สุนทรลัมศิริ, กนกพร จันทราพิทย, จิราวรรณ ดีเหลือ, จิราภรณ์ นันทชัย, และพฤษลดา เขียวคำ. (2558). ปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดา และบิดาที่มีบุตรคนแรก. *พยาบาลสาร*, 42(3), 37–50.

Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9(4), 324–333. doi:10.1001/archpsyc. 1963.01720160014002

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.

Betrán, A. P., Ye, J., Moller, A. B., Zhang, J., Gülmezoglu, A. M., & Torloni, M. R. (2016). The increasing trend in caesarean section rates: Global, regional and national estimates: 1990–2014. *PLoS One*, 11(2), e0148343. doi:10.1371/journal.pone. 0148343

- Brummelte, S., & Galea, L. A. (2016). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior*, 77, 153–166. doi:10.1016/j.yhbeh.2015.08.008
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782–786. doi:10.1192/bjp.150.6.782
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2018). *Williams obstetrics* (25th ed.). New York: McGraw Hill.
- Eckerdal, P., Georgakis, M. K., Kollia, N., Wikström, A. K., Högberg, U., & Skalkidou, A. (2018). Delineating the association between mode of delivery and postpartum depression symptoms: A longitudinal study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 97(3), 301–311. doi:10.1111/aogs.13275
- Feldman, R. S. (2010). *Development across the life span* (6th ed.). Lexington, MA: Pearson.
- Grisbrook, M. A., Dewey, D., Cuthbert, C., McDonald, S., Ntanda, H., Giesbrecht, G. F., & Letourneau, N. (2022). Associations among caesarean section birth, post-traumatic stress, and postpartum depression symptoms. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8), 4900. doi:10.3390/ijerph19084900
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Lin, R., Lu, Y., Luo, W., Zhang, B., Liu, Z., & Xu, Z. (2022). Risk factors for postpartum depression in women undergoing elective cesarean section: A prospective cohort study. *Frontiers in Medicine*, 9, 1001855. doi:10.3389/fmed.2022.1001855
- Lowdermilk, D. L., Cashion, M. C., Perry, S. E., & Alden, K. R. (2015). *Maternity & Women's Health Care* (11th ed.). St. Louis: Mosby.
- Moameri, H., Ostadghaderi, M., Khatooni, E., & Doosti-Irani, A. (2019). Association of postpartum depression and cesarean section: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 7(3), 471–480. doi:10.1016/j.cegh.2019.02.009
- Nurmaulid, Erfina, & Nur, I. M. (2020). Social support and incidence of depression among postpartum mother lived in the extended family as Indonesian culture. *Enfermería Clínica*, 30(Suppl. 2), 60–63. doi:10.1016/j.enfcli.2019.07.031
- O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379–407. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612

- Pitanupong, J., Liabsuetrakul, T., & Vittayanont, A. (2007). Validation of the Thai Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening postpartum depression. *Psychiatry Research, 149*(1–3), 253–259. doi:10.1016/j.psychres.2005.12.011
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nd ed.). Boston, MA: Pearson.
- Sanli, Y., & Oncel, S. (2014). Evaluation of the functional status of women after their delivery of child factors affecting it. *Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, 11*, 195–204. doi:10.5505/tjod.2014.82574
- Shen, D., Hasegawa-Moriyama, M., Ishida, K., Fuseya, S., Tanaka, S., & Kawamata, M. (2020). Acute postoperative pain is correlated with the early onset of postpartum depression after cesarean section: A retrospective cohort study. *Journal of Anesthesia, 34*(4), 607–612. doi:10.1007/s00540-020-02789-5
- Vézina, M. (2018). *Lit de feu et la dépression post-partum chez les femmes lao* (Master's thesis). Québec, Canada: Université Laval.
- Xu, H., Ding, Y., Ma, Y., Xin, X., & Zhang, D. (2017). Cesarean section and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 97*, 118–126. doi:10.1016/j.jpsychores.2017.04.016
-

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี* Factors Affecting Preventive Behaviors in Preventing Diabetic Kidney Disease of Diabetic Patients in Thapthan Distrist, Uthaitani Province*

นิภาดา วรโพธิ์, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)¹

Nipada Vorapo, M.P.H. (Public Health)¹

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)²

Chakkraphan Phetphum, Dr.P.H. (Public Health)²

Received: January 27, 2023

Revised: May 11, 2023

Accepted: June 12, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 355 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เรื่องพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต มีค่าความเชื่อมั่น .70 แบบสอบถามการรับรู้ 4 ด้าน มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .72-.82 แบบสอบถามการเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรด้านสาธารณสุข มีค่าความเชื่อมั่น .73 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข มีค่าความเชื่อมั่น .90 แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่น .79 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน มีค่าความเชื่อมั่น .83

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

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

¹ มหบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

¹ Master, Faculty of Public Health, Naresuan University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: Nipadav61@nu.ac.th

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร: อาจารย์ที่ปรึกษา

² Assistant Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University: Advisor

เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 63.94 อายุ ความรู้เรื่องพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรด้านสาธารณสุข และการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานได้ร้อยละ 31.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .312, p < .05$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายได้มากที่สุด คือ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ($Beta = -.259, p < .001$) รองลงมา คือ การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ($Beta = .247, p < .001$) ความรู้เรื่องพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ($Beta = .193, p < .001$) อายุ ($Beta = .167, p < .001$) และการเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรด้านสาธารณสุข ($Beta = .158, p < .01$) ตามลำดับ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสาธารณสุขควรสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต เช่น การจัดอาหารที่เหมาะสมกับโรค รวมถึงช่วยลดการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต

คำสำคัญ: ภาวะแทรกซ้อนทางไต โรคเบาหวาน พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต

Abstract

This predictive correlational research aimed to study factors affecting preventive behaviors in preventing diabetic kidney disease of diabetic patients. The samples consisted of 355 diabetic patients in Thapthan District, Uthaitani Province. The research instruments included the personal information questionnaire, the knowledge of preventive behaviors in preventing diabetic kidney disease questionnaire with reliability of .70, the four-aspect perceiving questionnaire with reliabilities in the range of .72-.82, the access to public health services questionnaire with reliability of .73, the receiving health information questionnaire with reliability of .90, the family support questionnaire with reliability of .79, and the preventive behaviors in preventing diabetic kidney disease questionnaire with reliability of .83. Data were collected from October to December, 2019. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis.

The research results revealed that 63.94% of diabetic patients had a high level of preventive behaviors in preventing diabetic kidney disease. Age, knowledge of preventive behaviors in preventing diabetic kidney disease, perceived obstacles in preventing diabetic kidney disease, access to public health services, and family support could statistically significantly explain 31.20% of the variation in preventive behaviors in preventing diabetic kidney disease of diabetic patients ($R^2 = .312, p < .05$). The most predicting factor was perceived obstacles in preventing diabetic kidney disease ($Beta = -.259, p < .001$) followed by family support ($Beta = .247, p < .001$), knowledge of preventive behaviors in preventing diabetic kidney disease ($Beta = .193, p < .001$), age ($Beta = .167, p < .001$), and access to public health services ($Beta = .158, p < .01$), respectively.

This research suggests that health care providers should encourage family members of diabetic patients to participate in preventing diabetic kidney disease, such as providing appropriate diet as well as reducing perceived obstacles in preventing diabetic kidney disease.

Keywords: Diabetic kidney disease, Diabetes mellitus,

Preventive behaviors in preventing diabetic kidney disease

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า ในปี 2564 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 537 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยโรคเบาหวานมีส่วนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตสูงถึง 6.70 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 คนในทุก ๆ 5 วินาที (สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565) โดยคาดว่า ในปี พ.ศ. 2583 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคน และจากสถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นเอเชียแปซิฟิกพบว่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 4.40 ล้านคน ซึ่งสูงเป็นอันดับ 4 รองจากประเทศจีน อินเดีย และญี่ปุ่น ตามลำดับ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560)

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจึงมีความสำคัญ โดยการควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ (ทองมี ผลาผล, ภคินี ศรีสารคาม, และรัตนพร ศรีสารคาม, 2565) โดยภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอย่างหนึ่งของโรคเบาหวาน คือ ภาวะแทรกซ้อนทางไต (คุชฎี จันทนุศย์, 2558) อันมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การสูบบุหรี่ และการจัดการกับความเครียด (เกษม ดำนอก และสมจิต แคนสีแก้ว, 2560; ปิยฉัตร เมืองจันทร์, 2555; Lee & Chung, 2014) ดังนั้น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะช่วยยับยั้งหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตโดยรวมในระดับปานกลาง (ปิยฉัตร เมืองจันทร์, 2555) โดยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการควบคุม

อาหารในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.30 ด้านการออกกำลังกายในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.60 ด้านการใช้จ่ายในระดับปานกลาง ร้อยละ 94.50 และด้านการสูบบุหรี่ในระดับสูง ร้อยละ 78.10 (เนตรนภา สาสังข์, ทศพร ชูศักดิ์, และเมธี สุทธศิลป์, 2560) ดังนั้น ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต จึงจำเป็นต้องทำ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งนี้ การเกิดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์กับสหปัจจัย ตามแนวคิดแบบจำลอง PRECEDE Model ของ Green and Kreuter (2005) ที่ระบุว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจาก ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยนำ (predisposing factors) และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) และปัจจัยเสริม (reinforcing factors) โดยแบบจำลองนี้สามารถนำไปค้นหาสาเหตุ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพ ชีวิตของบุคคลได้ ซึ่งการค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยที่มีผล ต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานถือเป็นเรื่องสำคัญ เพื่อป้องกันไม่ ให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต หรือป้องกัน ไม่ให้ภาวะแทรกซ้อนทางไตดำเนินไปจนถึงโรคไต เรื้อรังระยะสุดท้าย

จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า อัตราของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ที่มารับบริการในโรงพยาบาลในเขตสุขภาพทั้งหมด 12 เขต ย้อนหลัง 2 ปี พบว่า ในเขตสุขภาพที่ 3 มีแนวโน้มสูงขึ้น จากร้อยละ 19.49 ในปี พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 22.81 ในปี พ.ศ. 2561 และสูงเป็นอันดับ 2 ของเขตสุขภาพทั้งหมด เมื่อเปรียบเทียบกับเขตสุขภาพ ที่ 3 ซึ่งประกอบด้วย 5 จังหวัด พบว่า อัตราของผู้ป่วย เบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตของจังหวัดอุทัยธานี เท่ากับร้อยละ 22.06 ในปี พ.ศ. 2561 ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 และเมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดอุทัยธานีพบว่า อัตราของ

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในอำเภอกัณฑ์ มีแนวโน้มสูงขึ้น จากร้อยละ 18.06 ในปี พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 22.42 ในปี พ.ศ. 2561 (สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี, 2561)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัย ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอกัณฑ์ ซึ่งผลการวิจัยที่ได้ สามารถนำไปใช้ในการวางแผนดำเนินการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน ลดความรุนแรงของการเกิด โรค และเสริมสร้างความตระหนักในสำคัญของการ ส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรม สุขภาพที่เหมาะสม อันเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทางไตของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอกัณฑ์ จังหวัด อุทัยธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอ กัณฑ์ จังหวัดอุทัยธานี

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน โรคประจำตัว ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิต มีผลต่อ พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วย เบาหวานในอำเภอกัณฑ์ จังหวัดอุทัยธานี
2. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ความรุนแรง ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ประโยชน์ ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต และการรับรู้ อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต มีผลต่อ

พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอทพทัน จังหวัดอุทัยธานี

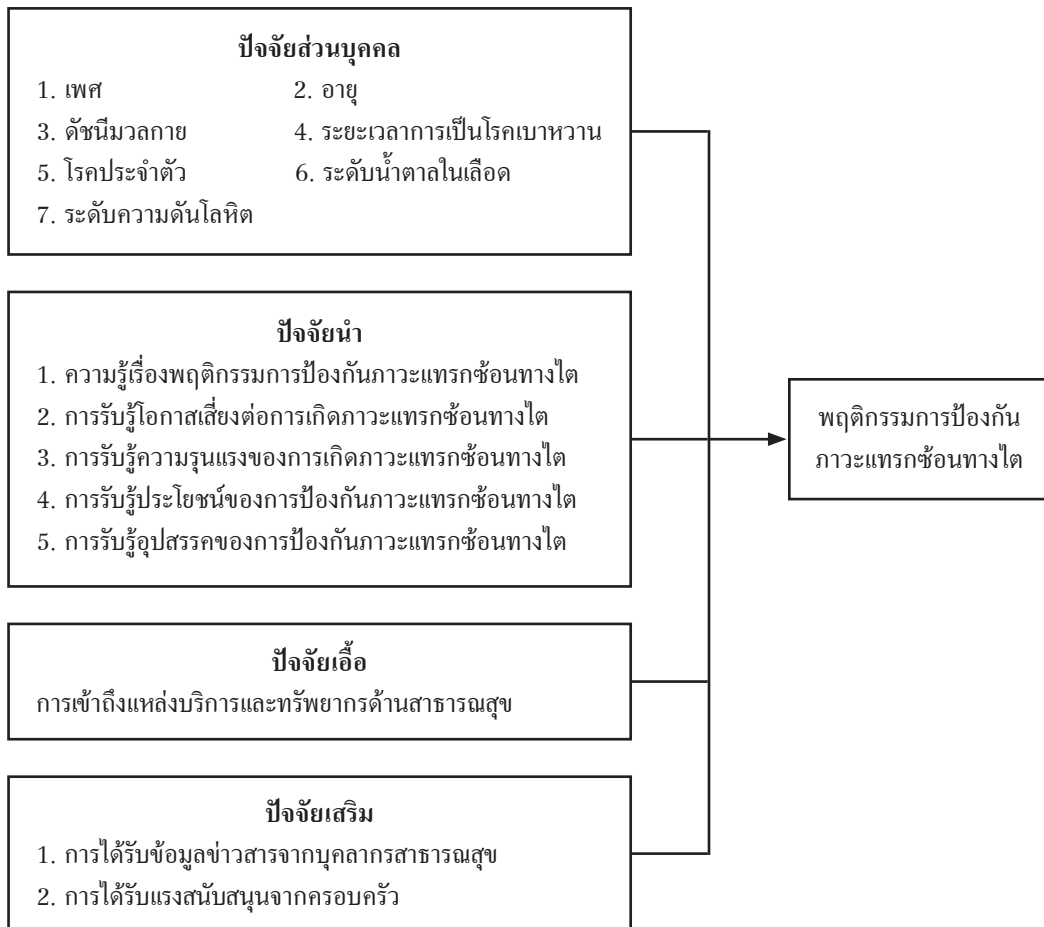
3. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรด้านสาธารณสุข มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอทพทัน จังหวัดอุทัยธานี

4. ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข และการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอทพทัน จังหวัดอุทัยธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบจำลอง PRECEDE Model ของ Green and Kreuter (2005) ที่ระบุว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ร่วมกับประยุกต์ใช้ทฤษฎีของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตามแนวคิด

ของ Becker (Becker & Maiman, 1975) ที่เชื่อว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคเมื่อได้รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยผู้วิจัยคัดสรรตัวแปรที่คาดว่าจะมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน โรคประจำตัว ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิต ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรด้านสาธารณสุข และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข และการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็น ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และขึ้นทะเบียนจาก โรงพยาบาลทพทัน จังหวัดอุทัยธานี ว่าเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 อายุ 35 ปีขึ้นไป และไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ที่มารับบริการในเครือข่ายสถานบริการอำเภอ ทพทัน ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 2,010 คน (โรงพยาบาล ทพทัน จังหวัดอุทัยธานี, 2561) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก

กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ที่ศึกษา 1 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 3)ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยกรณีทราบขนาดประชากร ของ Daniel (1995) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 323 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถาม ไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้จำนวน กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 355 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน โรคประจำตัว ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิต จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยนำ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ชุดย่อย ดังนี้

2.1 แบบสอบถามความรู้เรื่องพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้เรื่องพฤติกรรม การป้องกันในระดับต่ำ (0-8 คะแนน) ในระดับปานกลาง (9-11 คะแนน) และในระดับสูง (12-15 คะแนน)

2.2 แบบสอบถามการรับรู้ 4 ด้าน ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวนด้านละ 5 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 14 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้แต่ละด้านในระดับต่ำ (5-11 คะแนน) ในระดับปานกลาง (12-18 คะแนน) และในระดับสูง (19-25 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยเอื้อ ผู้วิจัย

สร้างขึ้น ได้แก่ แบบสอบถามการเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรด้านสาธารณสุข จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก จำนวน 4 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เคยเลย นานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และเป็นประจำ ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรในระดับต่ำ (5-11 คะแนน) ในระดับปานกลาง (12-18 คะแนน) และในระดับสูง (19-25 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยเสริม ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ชุดย่อย ดังนี้

4.1 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสาร จากบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เคยเลย นานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับต่ำ (5-11 คะแนน) ในระดับปานกลาง (12-18 คะแนน) และในระดับสูง (19-25 คะแนน)

4.2 แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุน จากครอบครัว จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เคยเลย นานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับต่ำ (5-11 คะแนน) ในระดับปานกลาง (12-18 คะแนน) และในระดับสูง (19-25 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา ด้านการสูบบุหรี่ และด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน ด้านละ 3 ข้อ รวมจำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย

ข้อคำถามทางบวก จำนวน 8 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมการป้องกันในระดับต่ำ (15-34 คะแนน) ในระดับปานกลาง (35-54 คะแนน) และในระดับสูง (55-75 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เรื่องพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต แบบสอบถามการรับรู้ 4 ด้าน แบบสอบถามการเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากร ด้านสาธารณสุข แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และแบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์มหาวิทยาลัยที่เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน (2 คน) และนักวิชาการสาธารณสุขด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้คัดัดความสอดคล้อง (IOC) อยู่ในช่วง .60-1.00 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสอบถามความรู้เรื่องพฤติกรรม การป้องกันฯ แบบสอบถามการรับรู้ 4 ด้าน แบบสอบถามการเข้าถึงแหล่งบริการ และทรัพยากรฯ แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารฯ แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และแบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันฯ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในเครือข่ายสถานบริการอำเภอทพท. ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เรื่องพฤติกรรม การป้องกันฯ ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20)

ได้ค่าเท่ากับ .70 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ 4 ด้าน (ได้ค่า 4 ค่า) แบบสอบถามการเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรฯ แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารฯ แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และแบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันฯ ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .82, .77, .72, .76, .73, .90, .79 และ .83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (เอกสารรับรอง เลขที่ COA No. 513/2019 และ IRB No. 0708/62 วันที่ 24 กันยายน 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งในอำเภอทพท. ประธานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างในห้องที่จัดไว้เป็นสัดส่วน แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลา 30-45 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลความรู้เรื่องพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ข้อมูลการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ข้อมูลการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ข้อมูลการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ข้อมูล

การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรด้านสาธารณสุข ข้อมูลการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข ข้อมูลการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และข้อมูล พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต วิเคราะห์ ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ส่วนการหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต วิเคราะห์ด้วยสถิติ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 69.58 มีอายุอยู่ในช่วง 55–64 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.24 โดยมีอายุเฉลี่ย 61.15 ปี ($SD = 10.49$) มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.50–24.90 กก./ม.² มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.55 โดยมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.38 กก./ม.² ($SD = 4.40$) มีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานอยู่ในช่วง 5–10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.59 โดยมีระยะเวลา การเป็นโรคเฉลี่ย 8.12 ปี ($SD = 5.90$) ส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็น ร้อยละ 81.69 มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 130 มก./ดล. มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.77 โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 144.03 มก./ดล. ($SD = 40.64$) มีระดับความดันโลหิตตัวบนน้อยกว่า 130 มม.ปรอท คิดเป็นร้อยละ 56.34 โดยมีระดับ ความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย 130.87 มม.ปรอท ($SD = 13.23$) และส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิต ตัวล่างน้อยกว่า 90 มม.ปรอท คิดเป็นร้อยละ 95.21 โดยมีระดับความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย 78.17 มม.ปรอท ($SD = 7.55$)

2. ข้อมูลปัจจัยนำ

2.1 ความรู้เรื่องพฤติกรรมการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องพฤติกรรม

การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในระดับสูง คิดเป็น ร้อยละ 77.46 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.66 ($SD = 2.16$)

2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ แทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วย เบาหวานส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนทางไตในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 75.77 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.55 ($SD = 2.87$)

2.3 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะ แทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วย เบาหวานส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิด ภาวะแทรกซ้อนทางไตในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 63.38 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.34 ($SD = 2.85$)

2.4 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนทางไตในระดับสูง มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 50.14 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.59 ($SD = 2.29$)

2.5 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะ แทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วย เบาหวานมีการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะ แทรกซ้อนทางไตในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 51.27 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.07 ($SD = 3.99$)

3. ข้อมูลปัจจัยเอื้อ

การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรด้าน สาธารณสุขของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน มีการเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรด้านสาธารณสุข ในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.70 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.66 ($SD = 3.20$)

4. ข้อมูลปัจจัยเสริม

4.1 การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากร สาธารณสุขของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนใหญ่มีการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข

ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 78.87 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.02 ($SD = 3.76$)

4.2 การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 78.31 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.85 ($SD = 3.53$)

5. พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 63.94 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 56.15 ($SD = 6.77$)

6. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า อายุ ความรู้เรื่องพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต

การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรด้านสาธารณสุข และการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานได้ร้อยละ 31.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .312, p < .05$) โดยการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานได้มากที่สุด ($Beta = -.259, p < .001$) รองลงมา คือ การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ($Beta = .247, p < .001$) ความรู้เรื่องพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ($Beta = .193, p < .001$) อายุ ($Beta = .167, p < .001$) และการเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรด้านสาธารณสุข ($Beta = .158, p < .01$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน ($n = 355$)

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	t	p
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต	-.439	.098	-.259	-5.613	< .001
การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว	.473	.093	.247	5.117	< .001
ความรู้เรื่องพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต	.607	.143	.193	4.250	< .001
อายุ	.103	.028	.167	3.746	< .001
การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรด้านสาธารณสุข	.333	.101	.158	3.293	.001

Constant = 32.115, $R = .559$, $R^2 = .312$, adj. $R^2 = .303$, $F = 31.720$, $p < .05$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมีอายุเฉลี่ย

61.15 ปี ซึ่งอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น จึงยังสามารถที่จะดูแลช่วยเหลือตนเองได้ และมีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 8.12 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ค่อนข้างนาน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต จากการที่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวจาก

บุคลากรสาธารณสุข ทั้งด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา ด้านการสูบบุหรี่ และด้านการจัดการกับความเครียด จึงทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมການป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของจิรพรรณ ผิวนวล และประทุม เนตรินทร์ (2561) ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีพฤติกรรมການดูแลตนเองภาพรวมในระดับสูง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเร็นจิต เพชรชิต (2558) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมການดูแลตนเองในระดับปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่า อายุ ความรู้เรื่องพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรด้านสาธารณสุข และการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมການป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานได้ร้อยละ 31.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตสามารถทำนายพฤติกรรมການป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานได้มากที่สุด แสดงให้เห็นว่า หากผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตที่ลดลง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมການป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตที่เพิ่มขึ้น โดยผู้ป่วยเบาหวานจะมีความเชื่อ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบทางลบของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ทั้งด้านเวลา การเงิน และสังคม ลดลงหลังจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมການป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต สอดคล้องกับการศึกษาของอ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล และกิตติยา ศิลาวงศ์ สุวรรณภูฏ (2559) ที่พบว่า ปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมການดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผลการวิจัยพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมການป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานได้ แสดงให้เห็นว่า

เมื่อผู้ป่วยเบาหวานได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมການป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตที่ดีขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับกำลังใจ การดูแลเอาใจใส่ คำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ทำให้มีพฤติกรรมການป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของดุฎี จันทบุษย์ (2558) ที่พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมການป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เรื่องพฤติกรรมການป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตสามารถทำนายพฤติกรรมການป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานได้ แสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เรื่องพฤติกรรมການป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตที่ถูกต้อง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมການป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตที่ดีขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความรู้เป็นสิ่งสำคัญที่ก่อให้เกิดการแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคล จึงมีผลต่อพฤติกรรมການป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของภทพรพรรณ อุณภาค และขวัญชัย รัตนมณี (2558) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคไตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมການปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผลการวิจัยพบว่า อายุสามารถทำนายพฤติกรรมການป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานได้ แสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ป่วยเบาหวานมีอายุมากขึ้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมການป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตที่ดีขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลมีอายุที่เพิ่มขึ้น จะมีโอกาสได้รับความรู้ ประสบการณ์ และมีการเรียนรู้ในสิ่งต่างๆ เพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมການดูแลตนเองที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของภทพรพรรณ อุณภาค และขวัญชัย รัตนมณี (2558) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมການปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผลการวิจัยพบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรด้านสาธารณสุขสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานได้ แสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ป่วยเบาหวานมีการเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตที่ดีขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าถึงสื่อ สิ่งพิมพ์ และทรัพยากรที่ใช้ในการดูแลรักษาโรคเบาหวานได้ง่าย ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ทั้งด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา ด้านการสูบบุหรี่ และด้านการจัดการกับความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของคุษฎี จันทรบุญศย์ (2558) ที่พบว่า ทรัพยากรที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การเข้าถึงบริการ และการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรสาธารณสุขควรสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต เช่น การจัดการอาหารที่เหมาะสมกับโรค การกำหนดกติกาบ้านปลอดบุหรี่ รวมถึงช่วยลดการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต

1.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนากลยุทธ์การให้สุขศึกษา และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้เชิงรุกเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตแก่ผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงข้อมูลที่ต้องการและรวดเร็วยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วย

เบาหวานโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวาน โดยเน้นการลดการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต เพิ่มการสนับสนุนจากครอบครัว และใช้วิธีการให้ความรู้ที่น่าสนใจ

เอกสารอ้างอิง

- เกษม ดำนอก, และสมจิต แคนสีแก้ว. (2560). การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35*(1), 91-99.
- จิรพรรณ ผิวนวล, และประทุม เนตรินทร์. (2561). พฤติกรรมผู้ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแก้วใน ตำบลบางแก้ว อำเภอละอุ่น จังหวัดระนอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 1*(2), 46-61.
- คุษฎี จันทรบุญศย์. (2558). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังในเครือข่ายสถานบริการสุขภาพ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ทองมี ผลาผล, ภคินี ศรีสารคาม, และรัตนพร ศรีสารคาม. (2565). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลทหารบก, 23*(1), 455-462.

- เนตรนภา สารังษ์, ทศพร ชูศักดิ์, และเมธี สุทธศิลป์. (2560). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไต อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*, 10(36), 46–52.
- ปิยฉัตร เมืองจันทร์. (2555). ปัจจัยทำนายพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ภทพรพรรณ อุณาภาค, และขวัญชัย รัตนมณี. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสาร สาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 10(2), 44–54.
- รินจิต เพชรขจิต. (2558). พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัด สุราษฎร์ธานี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาล และการสาธารณสุขภาคใต้*, 2(2), 15–28.
- โรงพยาบาลทพทัน จังหวัดอุทัยธานี. (2561). ข้อมูล HDC สรุปจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอทพทัน. อุทัยธานี: ผู้แต่ง.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ปทุมธานี: รมเย็น มีเดีย.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี. (2561). *กลุ่ม รายงานมาตรฐาน ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service plan สาขาไต ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ 43* แฟ้ม. สืบค้นจาก <https://uti.hdc.moph.go.th>
- สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). *กรมควบคุมโรค เผยสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก มีผู้ป่วยแล้ว 537 ล้านคน มีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน หรือ เสียชีวิต 1 ราย ในทุก ๆ 5 วินาที*. สืบค้นจาก <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181256>
- อ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล, และกิตติยา ศิลาวงศ์ สุวรรณบุญ. (2559). การรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลทุ่งมน อำเภอ ปราสา จังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพ*, 9(2), 331–338.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13(1), 10–24. doi:10.1097/00005650-197501000-00002
- Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Lee, S. J., & Chung, C. W. (2014). Health behaviors and risk factors associated with chronic kidney disease in Korean patients with diabetes: The Fourth Korean National Health and Nutritional Examination Survey. *Asian Nursing Research*, 8(1), 8–14. doi:10.1016/j.anr.2013.11.001

แนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลอง ทางการพยาบาลของคณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

Good Practice in Teaching and Learning Methods Using the Nursing Simulation, Faculty of Nursing and Allied Health Sciences, Phetchaburi Rajabhat University

วาสนา ทรัพย์ประเสริฐ, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ¹

Wasana Subprasert, M.N.S. (Adult Nursing) ¹

วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข) ²

Vanida Durongrittichai, Dr.P.H. (Public Health Nursing) ²

จิตรรดา พงศธราริก, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ³

Jitrada Pongtharatik, M.N.S. (Adult Nursing) ³

Received: February 18, 2021 Revised: June 15, 2023 Accepted: June 23, 2023

บทคัดย่อ

สถานการณ์จำลองถือเป็นความก้าวหน้าของเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ทางสุขภาพที่ถูกนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนเชื่อมโยงความรู้ภาคทฤษฎีสู่ภาคปฏิบัติได้มากขึ้น เพิ่มความมั่นใจ ความสามารถในการตัดสินใจ และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ แนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองทางการพยาบาลของคณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ถูกพัฒนาขึ้นด้วยเห็นถึงความสำคัญของการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน ที่เชื่อว่าสถานการณ์จำลองช่วยให้ผู้เรียนฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสภาพแวดล้อมที่ใกล้เคียงกับการปฏิบัติจริง กระบวนการพัฒนาดำเนินการตั้งแต่การกำหนดวัตถุประสงค์ของการจัดการเรียนการสอน

^{1,3} อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

^{1,3} Instructor, Faculty of Nursing and Allied Health Sciences, Phetchaburi Rajabhat University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: wasana.sub@mail.pbru.ac.th

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

² Assistant Professor, Faculty of Nursing and Allied Health Sciences, Phetchaburi Rajabhat University

ในภาพรวม การพัฒนาคู่มือการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลอง การสำรวจวัสดุ/อุปกรณ์ที่แต่ละรายวิชาต้องการ การจัดทำแผน/คู่มือต่างๆ การพัฒนาแนวปฏิบัติและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ มีการถอดบทเรียนระหว่างอาจารย์พยาบาลกับพยาบาลในแหล่งฝึกปฏิบัติเพื่อพัฒนาสถานการณ์จำลองให้มีความเสมือนจริงมากที่สุด แนวปฏิบัตินี้มีข้อเสนอแนะเพื่อนำไปสู่การพัฒนาการบริหารการเรียนการสอนอย่างเป็นระบบมากขึ้น โดยมุ่งสร้างสมรรถนะของผู้เรียนให้บรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ตามที่หลักสูตรกำหนดอย่างชัดเจน ดังนี้ 1) ควรพัฒนารูปแบบสถานการณ์จำลองให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาล 2) ควรวางแผนพัฒนาสถานการณ์จำลองสำหรับทุกรายวิชาและสอดคล้องกับสมรรถนะชั้นปี และ 3) ควรออกแบบการประเมินผลการใช้สถานการณ์จำลองอย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติที่ดี การเรียนการสอน สถานการณ์จำลองทางการพยาบาล

Abstract

Simulation is considered an advanced technology in health artificial intelligence, widely used in nursing education, nowadays. It greatly enhances the integration of theoretical knowledge with practical application, fostering increased confidence, decision-making abilities, and critical thinking skills among nursing students. Recognizing the importance of blended learning, the Faculty of Nursing and Allied Health Sciences at Phetchaburi Rajabhat University developed a good practice in teaching and learning methods using the nursing simulation. Simulation provides learners with opportunities to practice nursing skills in an environment closely resembling real-world situations. The development process begins with setting learning objectives, creating instructional guides for simulation-based learning, identifying necessary materials and equipment for each subject, developing plans/manuals, creating a practice guide, and evaluating outcomes. Moreover, there is an exchange of knowledge between nursing instructors and nurses in practical training settings to develop highly realistic simulations. This practice guide recommends the following to enhance the systematic administration of teaching and learning, to foster learners' competencies to achieve desired learning outcomes as defined by the curriculum: 1) aligning the design of simulation with the nursing process framework; 2) planning the development of simulation for all subjects to comply with the competency levels of each year; and 3) designing a systematic evaluation for the use of simulation.

Keywords: Good practice, Teaching and learning methods, Nursing simulation

บทนำ

คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ให้ความสำคัญกับการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองทางการพยาบาล และได้พัฒนาการจัดการเรียนการสอนในห้องปฏิบัติการโดยใช้การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง (simulation-based learning) มาอย่างต่อเนื่อง การจัดการเรียนการสอนในลักษณะดังกล่าว มีฐานคิดจากการเรียนรู้แบบผสมผสาน (blended learning) ซึ่งมีความยืดหยุ่นของรูปแบบกิจกรรมที่จัดให้ผู้เรียน จึงมีความเหมาะสมกับโลกยุคปัจจุบันที่มีความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี ในขณะที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ผันผวน ไม่แน่นอน มีความสลับซับซ้อน คลุมเครือ (VUCA world) โดยเฉพาะบทเรียนจากสถานการณ์โรคโควิด-19 ที่ทำให้ไม่สามารถจัดการศึกษาในรูปแบบปกติได้ การใช้สถานการณ์จำลองทางการพยาบาลเป็นทางเลือกสำคัญของผู้สอนที่ต้องพิจารณาเป็นวิธีการคู่ขนานกับการเรียนการสอนรูปแบบปกติ โดยเป็นที่ทราบกันดีว่าการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองช่วยให้ผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติจนมีความมั่นใจในระดับหนึ่งก่อนที่จะปฏิบัติจริงกับผู้ใช้บริการ การพัฒนาคู่มือการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองทางการพยาบาล และการเผยแพร่คู่มือการจัดการเรียนการสอนฯ ให้เป็นที่ประจักษ์ต่อสาธารณะ จึงเป็นประโยชน์ทางวิชาการสำหรับสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลในการนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของสถาบัน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระเกี่ยวกับทิศทางการจัดการเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์ด้วยสถานการณ์จำลอง การพัฒนาแนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองทางการพยาบาล: กรณีศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี และข้อเสนอแนะการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองทางการพยาบาลสู่การเป็นแนวปฏิบัติที่ดี เพื่อให้สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการจัดการเรียน

การสอนทางการพยาบาลให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป

ทิศทางการจัดการเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์ด้วยสถานการณ์จำลอง

การจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองทางการพยาบาล เป็นการจัดการเรียนรู้ให้เสมือนผู้เรียนอยู่ในการปฏิบัติงานจริง โดยใช้หุ่นมนุษย์จำลอง (human patient simulation or mannequin-based simulation) ซึ่งหุ่นมนุษย์จำลองนี้สามารถแสดงอาการของผู้ป่วยในหลายระบบพร้อม ๆ กัน มีการควบคุมด้วยคอมพิวเตอร์ให้ตอบโต้การเปลี่ยนแปลงทางสรีระและพยาธิสภาพ หรือกำหนดอาการแสดงต่าง ๆ ของผู้ป่วย เพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการตัดสินใจทางคลินิกตามเหตุการณ์ที่กำหนด การจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองทางการพยาบาลเป็นกลยุทธ์การสอนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ บนความปลอดภัยและลดข้อผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย ผู้เรียนเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้และปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเองอย่างเต็มที่จากการฝึกปฏิบัติซ้ำได้หลายครั้ง (วันดี แก้วแสงอ่อน, อุทุมพร ดุลยเกษม, และสุทัศน์ เหมทานนท์, 2564; สมจิตต์ สินธุชัย และกันยารัตน์ อุบลวรรณ, 2560) การจัดการเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์ด้วยสถานการณ์จำลอง เป็นการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในศตวรรษที่ 21 และสังคมที่พลิกผัน (disruptive society) ที่สำคัญ คือ ความก้าวหน้าของเทคโนโลยี ปัญญาประดิษฐ์ทางสุขภาพ การก้าวเข้าสู่ยุคประเทศไทย 4.0 สังคมผู้สูงวัย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562) รวมทั้งระบบการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อนและการเกิดโรคอุบัติใหม่ ที่ทุกระบบในสังคมต้องปรับตัวอย่างรวดเร็วให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลง เป้าหมายของการศึกษาทางการพยาบาลมุ่งหวังให้นักศึกษามีความรู้และความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณและแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ เพื่อนำไป

ใช้จัดการกับปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อติญาน์ ศรีเกษตริน, ดาราวรรณ รongเมือง, และรุ่งนภา จันทรา, 2562) นักศึกษาพยาบาลจะต้องถูกเตรียมพร้อมให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยภายใต้ระบบบริการสุขภาพที่ซับซ้อน การศึกษาทางการพยาบาลต้องพัฒนาให้นักศึกษาสามารถใช้ความคิดอย่างสร้างสรรค์ ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงมากขึ้น และพร้อมปฏิบัติงานได้ทันทีเมื่อสำเร็จการศึกษา

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลอง (simulation-based learning) มีความสำคัญมากขึ้น อันเนื่องจากการให้ความสำคัญกับสิทธิของผู้ให้บริการ ขณะเดียวกันที่ผู้ใช้บริการเองมีความรอบรู้เกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้การฝึกปฏิบัติโดยตรงของนักศึกษาต่อผู้ใช้บริการเกิดข้อจำกัด และส่งผลให้การฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จำลอง (simulation lab) โดยใช้คนจำลองเป็นผู้ป่วย (standardized patient) หรือใช้หุ่นแทนผู้ป่วยจริง (manakin) ถูกนำมาใช้ในการเรียนการสอนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากสามารถทำได้ง่ายและมีประสิทธิภาพดี โดยช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ดีขึ้น และมีความเป็นตนเอง (independence) (Manninen, Henriksson, Scheja, & Silén, 2015) เพิ่มทักษะในการทำหัตถการ ลดความเครียดขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาล และมีความมั่นใจในการดูแลผู้ใช้บริการในสถานการณ์จริง (สุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิรดา อรรถเมธากุล, รัตนา นิลเลื่อม, และนาคยา วงศ์ยะรา, 2564) การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลองมีการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการอย่างเป็นระบบด้วยการวิเคราะห์หัตถผลและปรับปรุง นับว่าเป็นความพยายามอย่างต่อเนื่องที่ต้องการนำสถานการณ์จำลองมาเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนการสอน ทำให้ผู้เรียนเข้าสู่การเรียนแบบนำตนเอง (Kaldheim et al., 2019) เป็นการเรียนการสอนที่พัฒนาทักษะในห้องปฏิบัติการจากการลงมือปฏิบัติ (concrete experience)

และการประมวลจนเกิดเป็นความเข้าใจของตนเอง (abstract conceptualization) ซึ่งทำให้เกิดความตั้งใจ อันเนื่องจากการเรียนด้วยการสังเกตแบบสะท้อนคิด (reflective observation) และความพร้อมที่จะลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง (active experimentation) สร้างความรู้สึกลดอค้ย ไม่คุกคามหรือสร้างแรงกดดันให้ผู้เรียน เพิ่มความสามารถในการตัดสินใจ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการรู้จัก ผู้เรียนจึงชอบมากกว่าการเรียนในห้องเรียน ทำให้สามารถไปปฏิบัติงานในสถานการณ์จริงได้ดีขึ้น ช่วยให้ผู้เรียนถ่ายโอนความรู้ภาคทฤษฎีสู่การปฏิบัติได้มากขึ้น และขณะเดียวกันหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ได้มีการปรับปรุงรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลายเพิ่มขึ้น (Foronda et al., 2017; Regional Office for Europe, World Health Organization [WHO], 2018)

การจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองทางการพยาบาลที่ออกแบบไว้อย่างดีจะช่วยให้การเรียนมีความน่าสนใจ ผู้เรียนเกิดความพึงพอใจในการเรียน และมีความเชื่อมั่นในตนเอง สร้างผู้เรียนให้มีความสนใจใฝ่รู้ (self-motivated) รับผิดชอบในหน้าที่ โดยต้องมีการออกแบบให้เหมาะสมกับระดับการเรียนรู้ของผู้เรียน และผู้สอนต้องจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้เรียน สิ่งเหล่านี้ต้องอาศัยกระบวนการที่มีการปรับปรุงคุณภาพผ่านการระดมสมองหรือการสำรวจความคิดเห็นของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ค้นหาโอกาสของการพัฒนา สร้างทีมงานให้มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการพัฒนา และร่วมกันปรับปรุงคุณภาพ ออกแบบวิธีปฏิบัติและเครื่องมือที่ใช้ในการทำงาน นำผู้ที่เกี่ยวข้องในทีมงานให้มีความเข้าใจและรับรู้ที่ตรงกัน ดำเนินการปรับปรุงงานที่เลือกโดยสามารถวัดผลได้ และระบุทางเลือกอื่นๆ ซึ่งจะช่วยให้สามารถปรับปรุงการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองทางการพยาบาลได้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการให้เกิดกับผู้เรียนให้ได้มากที่สุด สอดคล้องกับ PDCA cycle ซึ่งเป็นวงจรของแผนการปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพโดยมีความเป็นพลวัต

(dynamic model) เมื่อดำเนินการครบทุกส่วนในวงจร จะหมุนเข้าสู่จุดเริ่มต้นของรอบใหม่ ซึ่งจะช่วยให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง สามารถวิเคราะห์ วัดผล ปรับปรุงและควบคุมได้จนบรรลุเป้าหมาย (บรรณสรณ์ เตชะจำเริญสุข, 2564)

การพัฒนาแนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการเรียนการสอน ด้วยสถานการณ์จำลองทางการพยาบาล: กรณีศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

การจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองทางการพยาบาลมีการพัฒนาต่อเนื่องมาเป็นระยะ จากประสบการณ์ตรง (tacit knowledge) ที่เกิดจากการแบ่งปัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และปรับใช้ในการปฏิบัติจริง จนสามารถวิเคราะห์กระบวนการ ผลลัพธ์ ตลอดจน ปัจจัยความสำเร็จ และเกิดเป็นแนวปฏิบัติที่ดีที่เกิดประโยชน์ในการนำผู้เรียนให้บรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ ในรายวิชาที่เกี่ยวข้อง

ระยะพัฒนาของการจัดการเรียนการสอน ด้วยสถานการณ์จำลองทางการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ได้จัดการเรียนการสอน ด้วยสถานการณ์จำลองทางการพยาบาลมาตั้งแต่ ปีการศึกษา 2559 จนถึงปัจจุบัน โดยนำกระบวนการ PDCA ตามแนวคิดของเดมมิง (Deming) (วรรณภา ไหล่มก, ภัทรจิตา สุภาไธส, และเอกชัย นาคณอม, 2561) มาประยุกต์ กล่าวคือ เริ่มจากการจัดทำแผน บริหารหลักสูตรที่กำหนดโครงการสำหรับพัฒนา สถานการณ์จำลองทางการพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ตัวชี้วัด วิธีปฏิบัติและประเมินแผน เพื่อปรับปรุงระหว่างดำเนินโครงการและปรับปรุงแผน ในแต่ละปีการศึกษา ด้วยตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน (blended learning) ว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการสร้างผลลัพธ์ การเรียนรู้ที่พึงประสงค์ โดยสามารถพัฒนาให้นักศึกษา

พยาบาลเกิดความรู้ ทักษะ และมีเจตคติเชิงบวกต่อการเรียนรู้ในรายวิชาทฤษฎีและรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล อย่างมีคุณภาพ และสอดคล้องกับแนวคิดการศึกษาที่ มุ่งผลลัพธ์ (outcome-based education) ที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีทักษะศตวรรษที่ 21 เช่น ทักษะการคิด อย่างมีวิจารณญาณ ทักษะการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ทักษะความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม ทักษะ ความร่วมมือ การทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำ ทักษะ การสื่อสาร ข้อมูลสารสนเทศ และรู้เท่าทันสื่อ ทักษะ ด้านคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ (ระพีพัฒน์ หาญโสภณ, พระมหาสุกษัย สุภกิจโจ, ประยุทธ ชูสอน, สุทธิพงษ์ สันสุวรรณ, และมณฑกานต์ บุ่งสนั่น, 2563) ซึ่งคณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพได้ นำการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองทาง การพยาบาลมาเป็นส่วนหนึ่งของผลลัพธ์การเรียนรู้ โดยกำหนดแบบไต่ระดับในแต่ละชั้นปีของการเรียน ให้เป็นสมรรถนะที่ต้องบรรลุ 3 ด้าน ประกอบด้วย ทักษะความรู้ (knowledge skill) ทักษะเชิงวิชาชีพ (professional skill) และทักษะทางสังคมและนวัตกรรม (social and innovative skill)

คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ วางแนวทางการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลอง ในรายวิชาต่าง ๆ เพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติ การพยาบาลในห้องปฏิบัติการพยาบาลในสภาพแวดล้อม ที่ใกล้เคียงกับการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหรือครอบครัว ในชุมชนมากที่สุด และให้นักศึกษาพยาบาลฝึกฝนจน คล่องแคล่วและเกิดความมั่นใจ เพื่อให้การปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วยหรือครอบครัวในชุมชนเกิดความปลอดภัย แก่ผู้ใช้บริการ ในระยะแรกเป็นการจัดการเรียนการสอน ที่เริ่มจากง่ายไปหายาก ตามลำดับรายวิชาของการเรียน กล่าวคือ ผู้สอนและผู้เรียนสร้างความคุ้นเคยร่วมกันใน รายวิชากลุ่มพื้นฐานวิชาชีพ คือ รายวิชากายวิภาคศาสตร์ ในชั้นปีที่ 1 โดยเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง กายวิภาคศาสตร์แบบ 3 มิติ (3D anatomy) จัดให้ มีการแข่งขันทักษะวิชาการด้านกายวิภาคศาสตร์ระดับ

เครือข่ายกลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏ ต่อมาเป็นการเรียนในรายวิชากลุ่มวิชาชีพ ที่ผู้เรียนชั้นปีที่ 2 เข้าสู่การเรียนด้วยสถานการณ์จำลองเกือบเต็มรูปแบบ ในรายวิชาทฤษฎีและปฏิบัติการพยาบาล โดยทุกรายวิชาจัดให้มีการสอบวัดก่อนและหลังใช้สถานการณ์จำลอง กำหนดชั่วโมงให้ผู้เรียนศึกษาในห้องสถานการณ์จำลองด้วยตนเอง มีการจัดประชุมถอยกลับทบทวนการใช้สถานการณ์จำลองระหว่างอาจารย์พยาบาลกับพยาบาลวิชาชีพในแหล่งฝึกปฏิบัติ ส่วนผู้เรียนชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 จัดให้เรียนด้วยสถานการณ์จำลองเต็มรูปแบบในรายวิชาทฤษฎีและปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงเรียนรู้ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพในกิจกรรมบริการวิชาการเพื่อฟื้นฟูทักษะปฏิบัติการพยาบาล กำหนดการสอบสมรรถนะรายชั้นปีด้วยสถานการณ์จำลอง (ในลักษณะการทดสอบทางคลินิกโดยใช้วัตถุประสงค์เป็นโครงสร้าง [objective structured clinical examinations: OSCE]) และกำหนดให้ผู้เรียนชั้นปีที่ 4 ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองแบบโรงพยาบาลเสมือน (hospital-liked) ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย (pre-clinic) จะเห็นได้ว่าเป็นการนำแผนบริหารหลักสูตรลงสู่การปฏิบัติระดับรายวิชา และมีการประเมินปรับปรุงจากรายวิชาสู่รายวิชาที่เพิ่มความเข้มข้นตามระดับชั้นปีของนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง

กระบวนการและผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองทางการพยาบาล

การพัฒนาการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองทางการพยาบาล ดำเนินการสอดคล้องกับการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์ (outcome-based education) ระดับรายวิชา ซึ่งหมายถึง การจัดการศึกษาที่ถูกรวบรวมโครงสร้างและกำหนดกิจกรรมการเรียนการสอนและการวัดประเมินผลไว้เป็นอย่างดี ผู้สอนมีหน้าที่ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ ได้แก่ ทักษะเฉพาะ ความรู้ และพฤติกรรมการเรียนรู้ (Sessums, 2016) ตั้งแต่การกำหนดวัตถุประสงค์ของการจัดการเรียนการสอนในภาพรวม คือ เพื่อศึกษาและพัฒนาการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจ การพัฒนาคู่มือการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองทางการพยาบาลและเผยแพร่คู่มือการจัดการเรียนการสอน^๑ ให้อาจารย์และนักศึกษารวมทั้งเผยแพร่สู่สาธารณะ จากนั้นดำเนินการสำรวจวัสดุ/อุปกรณ์ที่แต่ละรายวิชาต้องการ มีการจัดทำแผน/คู่มือต่างๆ พัฒนาแนวปฏิบัติและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ โดยสรุป กระบวนการจัดทำแนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองทางการพยาบาล มีกระบวนการดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กระบวนการจัดทำแนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองทางการพยาบาล

จากการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองทางการพยาบาล ทำให้เกิดผลลัพธ์ต่าง ๆ ดังนี้

1. นักศึกษابرลุสมรรถนะเชิงวิชาการและสมรรถนะเชิงวิชาชีพ ซึ่งได้แก่ ทักษะปฏิบัติการพยาบาลตามเกณฑ์ของรายวิชาที่มีการใช้สถานการณ์จำลองทางการพยาบาล โดยภาควิชาที่มีการใช้สถานการณ์จำลองประกอบด้วย ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน ภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ ภาควิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น และภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ทุกรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลใช้สถานการณ์จำลองทางการพยาบาลในการสอน pre-clinic แบบโรงพยาบาลเสมือน และการสอบ OSCE

2. แผนพัฒนาสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตทั้ง 4 ชั้นปีที่วิเคราะห์จากผลลัพธ์การเรียนรู้ (program learning outcomes) ที่ระบุไว้ใน มคอ. 2 ออกมาเป็นสมรรถนะที่ต้องบรรลุ 3 ด้าน ประกอบด้วย ทักษะความรู้ (knowledge skill) ทักษะเชิงวิชาชีพ (professional skill) และทักษะทางสังคมและนวัตกรรม (social and innovative skill) โดยแต่ละทักษะมีการกำหนดกิจกรรมที่นักศึกษาทุกคนในแต่ละชั้นปีต้องปฏิบัติตามได้ระดับ จนกว่าจะสำเร็จการศึกษา

3. แผนพัฒนาทักษะการเขียนโจทย์สถานการณ์สำหรับหุ่น Sim-man, Sim-mom โดยคณะจัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการร่วมกับพยาบาลวิชาชีพในแหล่งฝึกปฏิบัติ และให้อาจารย์ปฏิบัติพร้อม

การสอนนักศึกษาพยาบาลในโรงพยาบาลเสมือนตลอดปีการศึกษา บนฐานการจัดการเรียนการสอนแบบมุ่งผลลัพธ์การเรียนรู้

4. แผนการพัฒนางานวิจัยด้านการจัดการเรียนการสอนด้วยโจทย์สถานการณ์จำลอง เป็นการค้นหาปัจจัย องค์ความรู้ และแบบจำลองที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพการจัดการเรียนการสอนด้วยโจทย์สถานการณ์จำลอง ซึ่งคณะคาดหวังที่จะพัฒนารูปแบบที่เป็นเอกลักษณ์ของศูนย์เรียนรู้การฝึกทักษะทางคลินิกผ่านสถานการณ์เสมือนจริงในการพยาบาล

5. ผลการวิจัย เรื่อง ผลของการใช้ภาพเคลื่อนไหวสามมิติต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชากายวิภาคศาสตร์ระบบหัวใจของนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ของวรัฏฐา เหมทอง และวิรัช ศรีทุมสุข (2563) ซึ่งผลการวิจัยช่วยยืนยันว่า นักศึกษาที่เรียนรู้ผ่านการใช้สถานการณ์จำลองในรายวิชาพื้นฐานวิชาชีพ มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่านักศึกษาที่ไม่ได้รับประสบการณ์เรียนรู้ผ่านการใช้สถานการณ์จำลอง

6. การเป็นแหล่งศึกษาดูงานเรื่องการใช้สถานการณ์จำลองในการจัดการเรียนการสอน ของศูนย์ทรัพยากรการเรียนรู้ของคณะพยาบาลศาสตร์ และวิทยาการสุขภาพ โดยมีหน่วยงานต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เช่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบึงกาฬ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และมหาวิทยาลัยทางการแพทย์ในประเทศญี่ปุ่น ไต้หวัน อินโดนีเซีย เยอรมัน เป็นต้น

ปัจจัยความสำเร็จของการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองทางการพยาบาลของคณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ

เมื่อวิเคราะห์ตามแนวคิดระบบ พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความสำเร็จ มีดังนี้

1. ด้านผู้สอนที่มีความพร้อมและพัฒนาสถานการณ์จำลอง ตลอดจนจัดสภาพแวดล้อมของสถานการณ์จำลองที่สนับสนุนให้เกิดการใช้จริงในรายวิชาอย่างเป็นลำดับขั้นตอน จนถึงขั้นการประเมินผลผู้เรียน โดยคณะได้พยายามพัฒนาการจัดการเรียนการสอนอย่างเต็มที่คู่ขนานกับการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการการใช้งานเทคโนโลยีที่ทันสมัยด้วยการเขียนโจทย์สถานการณ์สำหรับ Sim-man, Sim-mom การใช้งานระบบปฏิบัติการสถานการณ์หน้าจอสัมผัส (screen-based simulation) การจัดระบบที่เลี้ยงสำหรับอาจารย์ใหม่

2. ด้านงบประมาณสนับสนุนให้การใช้สถานการณ์จำลองมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาลที่ตระหนักถึงความสำคัญของการใช้สถานการณ์จำลองในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล ผู้บริหารมหาวิทยาลัยที่ตอบรับแนวทางของคณะที่มุ่งมั่นกับการจัดการเรียนการสอนด้วยทิศทางอนาคต

อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาการใช้งานเทคโนโลยีที่ทันสมัยของอาจารย์และนักศึกษาที่ขาดความชำนาญ และปัญหาการสื่อสารแนวปฏิบัติให้อาจารย์เข้าใจตรงกัน เพื่อให้การจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองทางการพยาบาลพัฒนาแบบยกระดับและเกิดคลังความรู้จากการปฏิบัติ

สำหรับแนวทางปฏิบัติเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายของการเป็นศูนย์เรียนรู้การฝึกทักษะทางคลินิกผ่านสถานการณ์เสมือนจริงในการพยาบาล ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดแนวปฏิบัติที่ดีหรือแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในอนาคต คือ การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทุก 6 เดือน การจัดทำแผนปรับปรุงแนวปฏิบัติทุก 1 ปี การจัดซื้อวัสดุ/ครุภัณฑ์ที่มีความเสมือนจริงเพิ่มมากขึ้น การจัดทำระบบความปลอดภัยเพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ในห้อง

ปฏิบัติการได้ตลอด 24 ชั่วโมง การวิจัยผลของแนวปฏิบัติ และเผยแพร่ผลงานวิจัยอย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง การพัฒนา ห้องปฏิบัติการให้ได้มาตรฐานความปลอดภัยห้องปฏิบัติการวิจัยในประเทศไทย (Enhancement of Safety Practice of Research Laboratory in Thailand [ESPreL]) และการตรวจรับรองการเป็น ห้องปฏิบัติการที่มีสารเคมีเพื่อเป็นประโยชน์ใน การทำงานวิจัยต่อไป การพัฒนาเป็นแหล่งเรียนรู้ทาง การพยาบาลและวิทยาการสุขภาพชั้นนำระดับประเทศ รองรับการเรียนรู้ทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์ สุขภาพ รวมทั้งให้บริการวิชาการแก่บุคลากรทางวิชาชีพ และประชาชนทั่วไป

ข้อเสนอแนะการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองทางการพยาบาลสู่การเป็นแนวปฏิบัติที่ดี

1. จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สถานการณ์จำลองช่วยส่งเสริมผู้เรียนด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ ทักษะคิด แรงจูงใจและความพึงพอใจต่อการปฏิบัติ การพยาบาล ความมั่นใจในตนเองที่จะปฏิบัติการพยาบาล ความสามารถในการสะท้อนคิด ความปลอดภัยต่อ ผู้ใช้บริการ รวมทั้งภาวะผู้นำของผู้เรียน (Regional Office for Europe, WHO, 2018) ในการใช้สถานการณ์จำลองเพื่อเพิ่มความรู้ของผู้เรียนจะต้องสร้างเงื่อนไข โดยการกำหนดว่า ในแต่ละการปฏิบัติของสถานการณ์ที่เรียน มีเนื้อหาใดของรายวิชาใดบ้างที่ต้องนำความรู้ มาใช้ ทำให้ผู้เรียนอธิบายการเชื่อมโยงความรู้ภาคทฤษฎีสู่การปฏิบัติได้อย่างถูกต้องในช่วงการซักถามพูดคุย (debriefing) ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติ การพยาบาลได้ถูกต้องมากขึ้นเป็นลำดับ การเพิ่มทักษะ ปฏิบัติควรให้ความสำคัญอย่างมากกับการปฏิบัติ การพยาบาลที่ซับซ้อนหรือต้องอาศัยความชำนาญ เช่น การเจาะเลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การช่วย ใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งการฝึกปฏิบัติผ่านสถานการณ์จำลองซ้ำ ๆ จะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติจริง นอกจากนี้ ควรกำหนดบทบาทของผู้เรียน

ในการเรียนแต่ละครั้งให้ชัดเจน และให้วิเคราะห์ ความแตกต่างระหว่างบทบาทของตนเองกับสมาชิกทีม รวมทั้งบทบาทของตนเองกับผู้ใช้บริการ เพื่อส่งเสริม ความมีเอกภาพในตนเอง ความเข้าใจความแตกต่างทาง วัฒนธรรม และการมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ จัดเตรียม วัสดุ/อุปกรณ์ในการเรียนและโปรแกรมซอฟต์แวร์ให้ เพียงพอและพร้อมใช้งาน ผู้สอนต้องมีความเชี่ยวชาญ ในการใช้วัสดุ/อุปกรณ์และโปรแกรมซอฟต์แวร์ต่าง ๆ ตลอดจนต้องมีเทคนิคการสอนที่น่าสนใจและสามารถ อธิบายให้ผู้เรียนเข้าใจได้อย่างแจ่มแจ้ง เพื่อช่วย ให้ผู้เรียนมีแรงจูงใจและความพึงพอใจต่อการเรียน พยายามให้ผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติผ่านสถานการณ์จำลอง ซ้ำ ๆ เพราะจะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติ การพยาบาล ลดความวิตกกังวล ความประหม่า และ ลดโอกาสเกิดข้อผิดพลาดเมื่อต้องปฏิบัติการพยาบาล กับผู้ใช้บริการ จัดให้ผู้เรียนได้ซักถามพูดคุยโดยเน้น การตั้งคำถามและการวิพากษ์สิ่งที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง เพื่อช่วยให้สามารถปรับปรุงตนเองได้ตรงจุด พัฒนา ทักษะการตัดสินใจ การคิดวิเคราะห์ และการเคร่งครัด ต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลหรือมาตรฐาน การดูแลรักษาที่นำมาซึ่งความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ นอกจากนี้จะต้องจัดให้ผู้เรียนมีบทบาททั้งผู้นำทีมและ สมาชิกทีมการพยาบาล เพื่อพัฒนาภาวะผู้นำที่สามารถ นำตนเอง นำผู้อื่น ทำงานเป็นทีม จัดการหน่วยบริการ ตัดสินใจอย่างมีจริยธรรม และใช้สารสนเทศทาง การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

2. เนื่องจากการใช้สถานการณ์จำลองเป็นวิธี การจัดการเรียนการสอนแบบผู้สอน-ผู้เรียนนำตนเอง (active teaching learning methods) จึงต้อง วางแนวปฏิบัติสำหรับทุกรายวิชาให้ออกแบบโจทย์ และการปฏิบัติตามโจทย์ที่มีลำดับขั้นตอนชัดเจน ขณะเดียวกันจะต้องกำหนดความไม่ซ้ำซ้อนและ การเชื่อมต่อกันของแต่ละรายวิชาในชั้นปีเดียวกันและ ระหว่างชั้นปี ที่สอดคล้องกับสมรรถนะชั้นปีตามที่ หลักสูตรกำหนด นอกจากนี้ยังควรสร้างสถานการณ์

จำลองเพื่อใช้ในการบริการวิชาการแก่พยาบาลวิชาชีพ เพื่อทบทวนหรือเพิ่มพูนทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่ทันสมัย ด้วยหลักสูตรระยะสั้นตามความต้องการ ซึ่งจะช่วยให้ได้ความรู้ที่ทันสมัยและสามารถนำทักษะที่ได้ไปปฏิบัติงานในสถานการณ์จริงได้อย่างชำนาญ ในอีกแง่มุมหนึ่งนั้น จะทำให้พยาบาลวิชาชีพได้เข้าใจอย่างชัดเจนถึงประสบการณ์การฝึกปฏิบัติของนักศึกษาในสถานการณ์จำลอง และช่วยเสริมหรือต่อยอดเพื่อให้นักศึกษาสามารถฝึกปฏิบัติกับผู้ใช้บริการได้อย่างมั่นใจ อีกทั้งยังสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อร่วมมือกันปรับปรุงพัฒนาการสร้างสถานการณ์จำลองของสถาบันการศึกษา เพื่อใช้ในการเรียนการสอนและการปฏิบัติการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น ยิ่งกว่านั้น ควรสร้างสถานการณ์จำลองสำหรับให้บริการประชาชนในพื้นที่ในการเรียนรู้วิธีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันเบื้องต้นในเหตุการณ์วิกฤตฉุกเฉินที่พบบ่อย เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นต้น การช่วยเหลือผู้ใช้บริการที่เจ็บป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน การทำคลอดฉุกเฉิน สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้สถานการณ์จำลองเป็นส่วนหนึ่งของศูนย์เรียนรู้ที่มีองค์ประกอบและเงื่อนไขการดำเนินงานอย่างชัดเจน ที่มีเป้าหมายของการเป็นแหล่งเรียนรู้ทางสุขภาพชุมชน

3. การใช้สถานการณ์จำลองอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิภาพที่จะสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน ซึ่งหมายความว่าบุคคลในองค์กรสามารถปฏิบัติเรียนรู้ในทิศทางเดียวกันโดยต่อยอดให้มีความก้าวหน้าไปเป็นลำดับ ขณะเดียวกัน บุคคลนอกองค์กรก็สามารถเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำไปประยุกต์ใช้หรือต่อยอดให้สอดคล้องกับบริบทได้นั้น จำเป็นต้องมีการวางแผน การดำเนินการ และการประเมินผลอย่างเป็นระบบ ดังนี้

3.1 การสร้างสถานการณ์จำลองทางการพยาบาล และการจัดสภาพแวดล้อมที่รองรับสถานการณ์ที่กำหนด จะต้องมีการเขียนบทในแต่ละสถานการณ์ มีการกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ เขียนคำอธิบายสถานการณ์ กำหนดบทบาทของบุคคลต่างๆ ในสถานการณ์ วัสดุ/

อุปกรณ์ที่ต้องใช้ ข้อมูลทางคลินิกของผู้ใช้บริการ ทั้งข้อมูลที่เป็นค่าปกติ (baseline) ข้อมูลที่กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาล (triggers) และข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงเมื่อผู้ใช้บริการได้รับการปฏิบัติการพยาบาล (changes) เงื่อนไขที่แสดงว่าปฏิบัติการพยาบาลได้ครบถ้วน (exit strategies) เงื่อนไขที่เป็นข้อบกพร่องและประเด็นการอภิปราย ส่วนขั้นตอนการดำเนินการ ผู้สอนจะต้องปฏิบัติตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยเตรียมความพร้อมของผู้เรียน เตรียมวัสดุ/อุปกรณ์ ซอฟต์แวร์ เทคโนโลยี และสภาพแวดล้อมในการเรียนรู้ ตั้งแต่ขั้นบรรยายสรุปก่อนเรียน (exposition or briefing) ขั้นลงมือปฏิบัติ (action) และขั้นสะท้อนกลับ (reflection or debriefing) ที่ทำให้ผู้เรียนบรรลุการตัดสินใจทางคลินิก จึงจะถือว่าดำเนินการครบวงจรของการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (cycle of experiencing learning)

3.2 ขั้นตอนการประเมินผล ถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญ เพราะต้องดำเนินการ 2 ส่วนพร้อมกัน คือ การประเมินการปฏิบัติของผู้เรียน และการประเมินสถานการณ์จำลอง ในการประเมินการปฏิบัติของผู้เรียน จะต้องค้นหาสิ่งที่ผู้สอนสังเกตเห็นและการรับรู้ของผู้เรียนที่เกี่ยวข้องตลอดการฝึกปฏิบัติผ่านสถานการณ์ที่สำคัญได้แก่ ทักษะทางคลินิก ทักษะอื่น ความรู้ และทัศนคติ โดยควรประเมินทั้งระหว่างการฝึกปฏิบัติ (formative) และเมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ (summative) ซึ่งการประเมินระหว่างการฝึกปฏิบัติจะใช้เป็นข้อมูลให้ผู้เรียนปรับปรุงตนเองและพัฒนาความเป็นวิชาชีพที่ผู้เรียนรู้สึกปลอดภัยและได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ จนกว่าจะบรรลุวัตถุประสงค์ของการเรียน ส่วนการประเมินเมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ เป็นการให้คะแนนทักษะทั่วไปและทักษะทางคลินิก ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ล้วนเป็นประโยชน์สำหรับนำกลับไปวางแผนพัฒนาการใช้สถานการณ์จำลองระดับรายวิชา ระดับกลุ่มวิชา และระดับคณะ อันทำให้เกิดการพัฒนาสื่อทันสมัยที่ผู้สอนและผู้เรียนสามารถเข้าถึงได้ด้วยตนเองสำหรับใช้ใน

การเรียนการสอนแบบผสมผสาน ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการเรียนการสอนยุคปกติใหม่ (new normal) รวมถึงการจัดซื้อวัสดุ/ครุภัณฑ์ การจัดทำระบบความปลอดภัย การพัฒนาห้องปฏิบัติการให้ได้มาตรฐาน ESPReL ตามที่คาดหวัง การจัดบริการวิชาการเพื่อพัฒนาทักษะเดิม (up-skill) หรือเพิ่มเติมทักษะใหม่ (re-skill) สำหรับพยาบาลวิชาชีพและประชาชนในพื้นที่ การวิจัยในชั้นเรียน การวิจัยและพัฒนาสถานการณ์จำลอง และการพัฒนาแนวปฏิบัติให้ดียิ่งขึ้น

สรุป

จากความก้าวหน้าของการเรียนรู้และเทคโนโลยีทั้งในปัจจุบันและอนาคต การจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองทางการพยาบาลช่วยส่งเสริมทักษะสำคัญที่ผู้เรียนนำตนเอง ซึ่งการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองทางการพยาบาลต้องให้ความสำคัญกับกระบวนการจัดทำแนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองทางการพยาบาล โดยเริ่มตั้งแต่การกำหนดวัตถุประสงค์ที่ต้องมีความสอดคล้องกับการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์ของระดับรายวิชา มีการทบทวนและปรับปรุงพัฒนาคู่มืออย่างต่อเนื่องเป็นพลวัต และได้มาซึ่งผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองทางการพยาบาล นักศึกษาแต่ละชั้นปีมีสมรรถนะทางคลินิกที่ดียิ่งขึ้น เกิดแรงจูงใจทางบวกและมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ให้บริการ ส่วนอาจารย์พยาบาลและพยาบาลวิชาชีพในแหล่งฝึกปฏิบัติได้พัฒนาทักษะการเขียนโจทย์สถานการณ์จำลองทางการพยาบาลร่วมกัน ทำให้สถานการณ์จำลองมีความเสมือนจริงมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- บรรณสรณ์ เตชะจำเริญสุข. (2564). *การพัฒนาคุณภาพด้วย FOCUS-PDCA*. สืบค้นจาก https://www.researchgate.net/publication/352519279_Review_article_karphathnakhunphaphdwy_FOCUS-PDCA_bthkhwamsuksatsxneungthangphesachsast
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2562). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561*. นครปฐม: พรินเทอรี่.
- ระพีพัฒน์ หาญโสภณ, พระมหาศุภชัย ศุภกิจโจ, ประยุทธ์ ชูสอน, สุทธิพงษ์ สนสุวรรณ, และมณฑกานต์ บุ่งเสนห์. (2563). การจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21: ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. *วารสารวิชาการธรรมทรรศน์*, 20(2), 163–172.
- วรรณภา ใหญ่มาก, ภัทรจิตา สุภาโสตา, และเอกชัย นาคณอม. (2561). *การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานด้านการประกันคุณภาพการศึกษาภายในด้วยวงจรคุณภาพ PDCA ของบุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ* (รายงานผลการวิจัย). พระนครศรีอยุธยา: คณะศิลปศาสตรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ.
- วรัญญา เหมทอง, และวีรยุทธ ศรีทุมสุข. (2563). ผลของการใช้ภาพเคลื่อนไหวสามมิติต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชากายวิภาคศาสตร์ระบบหัวใจของนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 26(1), 94–103.
- วันดี แก้วแสงอ่อน, อุทุมพร ดุลยเกษม, และสุทัศน์ เหมทานนท์. (2564). การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง: จากห้องเรียนสู่การเรียนรู้ด้วยโปรแกรมออนไลน์. *วารสารมหาวิทยาลัยพยาบาลนครพนม*, 8(11), 96–111.

- ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิรดา อรรถเมธากุล, รัตนา นิลเลื่อม, และนาคยา วงศ์ยะรา. (2564). ผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลและความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(3), 178–194.
- สมจิตต์ สินธุชัย, และกันยารัตน์ อุบลวรรณ. (2560). การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง: การนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(1), 29–38.
- อติญาณ์ ศรีเกษตริน, คาราวรรณ รองเมือง, และรุ่งนภา จันทรา. (2562). การศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21: สมรรถนะและบทบาทของอาจารย์พยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(1), 12–20.
- Foronda, C. L., Alfes, C. M., Dev, P., Kleinheksel, A. J., Nelson, D. A., O'Donnell, J. M., & Samosky, J. T. (2017). Virtually nursing: Emerging technologies in nursing education. *Nurse Educator*, 42(1), 14–17. doi:10.1097/NNE.0000000000000295
- Kaldheim, H. K. A., Bergland, Å., Ølnes, M. A., Hofsø, K., Dihle, A., Creutzfeldt, J., ... Steindal, S. A. (2019). Use of simulation-based learning among perioperative nurses and students: A scoping review. *Nurse Education Today*, 73, 31–37. doi: 10.1016/j.nedt.2018.09.013
- Manninen, K., Henriksson, E. W., Scheja, M., & Silén, C. (2015). Supervisors' pedagogical role at a clinical education ward – an ethnographic study. *BMC Nursing*, 14, 55. doi:10.1186/s12912-015-0106-6
- Regional Office for Europe, World Health Organization. (2018). *Simulation in nursing and midwifery education*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345156/WHO-EURO-2018-3296-43055-60253-eng.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Sessums, C. D. (2016). *What is OBE?: Unboxing outcomes-based education*. Retrieved from <https://www.d2l.com/blog/what-is-obe/>

ทีมสหวิชาชีพกับการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน Multidisciplinary Team for Caring Management of Dependent Older Persons at Home

ชวนชม พิษพันธุ์ไพศาล, ประ.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)¹

Chuanchom Peachpunpisal, Ph.D. (Applied Behavioral Science Research)¹

อังคินันท์ อินทรกำแหง, ค.ด. (การศึกษานอกระบบโรงเรียน)²

Ungsinun Intarakamhang, Ph.D. (Non-Formal Education)²

ยศพล เหลืองโสมนภา, ประ.ด. (การวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา)³

Yosapon Leungsomnapa, Ph.D. (Research and Statistics in Cognitive Science)³

Received: May 15, 2023

Revised: June 22, 2023

Accepted: June 26, 2023

บทคัดย่อ

โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนไปทำให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์เนื่องจากการมีอายุที่ยืนยาวขึ้น ผู้สูงอายุที่อายุยืนมากจะยิ่งมีความเสื่อมด้านร่างกายและจิตสังคมมากขึ้น เพราะวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและจิตสังคมไปในทางเสื่อมลงและส่งผลให้เกิดปัญหาความเจ็บป่วยตามมาได้ง่าย ทั้งความเสื่อมตามวัยและภาวะเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่ทำให้การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ และความสามารถทางกายลดลงเร็วขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองของผู้สูงอายุลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง โดยผู้สูงอายุบางรายมีภาวะพึ่งพิงแบบสมบูรณ์ บางรายมีภาวะพึ่งพิงบางส่วน ซึ่งภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุสามารถประเมินได้จากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยมีค่าการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 0-9 คะแนน ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อช่วยจัดการดูแลในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่บ้าน ซึ่งการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ผู้ดูแลในครอบครัวไม่สามารถกระทำได้เพียงลำพัง จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากทีมสหวิชาชีพ ดังนั้น ทีมสหวิชาชีพจึงมีบทบาท

^{1,3} อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^{1,3} Instructor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

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

² รองศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

² Associate Professor, Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

สำคัญในการช่วยทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านในระยะยาว อันส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทีมสหวิชาชีพ การจัดการดูแล
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

Abstract

For changing the composition of the population in Thailand, leading to engaging completed-aged society because of increasing age. Older persons who are very old age also continually decrease physical and psychological functions. Because older age is the degenerative change of physical and psychological functions and it easily causes the diseases and health problems. Both degenerative changes and health problems are serious factors to decrease the physical function and capacity rapidly, influencing to reduce the self-efficacy for doing the activity of daily living in older people. Then, the older persons are dependent. Some older people are completed dependents and some are partial dependents. The dependence of older person is assessed by activity of daily living (ADL) showing the score 0–9. Also, they need help from family caregivers for daily living activities at home. Particularly in the case of dependent older persons, the effective caring management of dependent older persons includes especially multidisciplinary team to support them because family carers cannot do many duties by themselves only at home. Therefore, multidisciplinary team is important to manage care in order to cover physical, mental, emotional, social, and economic issues. As a result, the target of caring is to improve the quality of caring and quality of life for dependent older persons at home in long-term care which associates with the goal of the Ministry of Public Health.

Keywords: Dependent older persons, Multidisciplinary team, Caring management, Activity of daily living

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยทำให้มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2565 สังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (completed-aged society) คือ มีผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 หรือผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2565) การที่ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อการจัดการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจไปในทางเสื่อมลง อวัยวะต่างๆ ทุกระบบทำหน้าที่ได้น้อยลง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลงหรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ จากปัญหาความเสื่อมตามวัยดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพตามมา ทั้งความเสื่อมตามวัยและภาวะเจ็บป่วยทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น การดูแลผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันจึงเป็นสิ่งจำเป็น และบุคคลที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุโดยตรงก็คือ บุคคลในครอบครัว (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2565) ซึ่งในปัจจุบันลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้การจัดการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวเพียงลำพังย่อมมีความไม่สมบูรณ์ จึงจำเป็นต้องอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลหลายสาขาอาชีพในการจัดการดูแลผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่องในระยะยาว โดยเฉพาะการจัดการดูแลด้านสุขภาพ เนื่องจากภาวะความเสื่อมในวัยสูงอายุเป็นปัญหาที่ซับซ้อน หากมีความเสื่อมในระบบหนึ่งของร่างกายจะส่งผลให้เกิดการทำงานที่ผิดปกติในระบบอื่นๆ ได้ เช่น ความเสื่อมของระบบหัวใจและหลอดเลือด การจำกัดสารน้ำสารอาหารเพื่อลดการทำงานของหัวใจ เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหาร

ไม่เพียงพอ จึงจำเป็นต้องมีโภชนาการร่วมทีมจัดการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนการจัดการดูแลด้านสังคมและเศรษฐกิจนั้น จำเป็นต้องมีนักสังคมสงเคราะห์และผู้นำชุมชนหรือผู้นำองค์กรท้องถิ่นมาร่วมทีมจัดการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการจัดการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระเกี่ยวกับความสำคัญของการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ทีมสหวิชาชีพกับการจัดการภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ และการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านต่อไป

ความสำคัญของการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากปัญหาโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย จิตใจของผู้สูงอายุไปในทางเสื่อมลง กระทรวงสาธารณสุขเห็นถึงความสำคัญดังกล่าว จึงกำหนดนโยบายการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชนอย่างทั่วถึง โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีทีมแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา โภชนาการ รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งบุคคลในแต่ละสาขาอาชีพมีหน้าที่ในการติดตามภาวะสุขภาพ ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา และดูแลสุขภาพเบื้องต้น โดยแพทย์หรือพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบหลักเกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วยเฉพาะโรค ส่วนการจัดการดูแลปัญหาอื่นๆ ที่มีกพบในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ภาวะขาดสารอาหาร แผลกดทับ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ความเครียด ความวิตกกังวล จึงจำเป็นต้องมีโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และนักจิตวิทยา มาร่วมทีมในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน (home

health care) ซึ่งรับผิดชอบโดยกระทรวงสาธารณสุข และมีการประสานความร่วมมือกับการให้บริการทางสังคมในรูปแบบศูนย์บริการทางสังคม (day care) ซึ่งรับผิดชอบโดยกระทรวงมหาดไทย เช่น การให้บริการยานพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ เครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆ เช่น เครื่องออกกำลังกายในชุมชน

จะเห็นได้ว่า การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้น การสร้างความร่วมมือของเครือข่ายในชุมชนจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพ เกิดภาวะเจ็บป่วยจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มขึ้น ดังสถิติในปี พ.ศ. 2564 ที่พบว่า อัตราความชุกของกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงเพิ่มมากขึ้น ทำให้อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุซึ่งคำนวณจากประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดในปี พ.ศ. 2564 เท่ากับ 30.50 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงเป็นภาระที่หนักสำหรับครอบครัวและทีมสุขภาพในสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องที่จะต้องจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการตอบสนองอย่างสมบูรณ์ที่สุดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ เพราะการละเลย ไม่สนใจ ไม่เอาใจใส่ดูแล ย่อมส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านหลายประการ ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. ความพิการหรือทุพพลภาพ (disability) เป็นปัญหาด้านร่างกายที่สำคัญ โดยสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพิงผู้อื่น คือ ความเสื่อมในการทำหน้าที่ของอวัยวะในระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ความเสื่อมของเซลล์ประสาท ทำให้ความรู้ความจำลดลง จึงทำให้เกิดอาการหลงลืม ความเสื่อมของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดการหกล้มได้ง่าย หากผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม จะนำไปสู่ความพิการหรือทุพพลภาพได้

ซึ่งความพิการหรือทุพพลภาพนี้จะยังทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงแบบสมบูรณ์ ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับภาระหน้าที่ที่หนักมากขึ้นในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน (National Health Security Office, 2016)

2. ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นผลกระทบด้านจิตใจจากการที่สภาพร่างกายมีความพิการหรือทุพพลภาพ ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้เหมือนเดิม ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งการเผชิญกับภาวะพึ่งพิงเป็นระยะเวลานานทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง ความมั่นใจในตนเองลดลง รวมถึงการไม่ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ตนเองต้องการ สิ่งต่างๆ เหล่านี้อาจนำไปสู่ความรู้สึกซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้น เกิดความรู้สึกคับข้องใจหรือขัดแย้งในใจจนถึงขั้นทำร้ายตนเองได้ (ชาญชัย เหลาสาธ, กัลยา ไชยสัตย์, และวชิราภรณ์ วิทยาขาว, 2563)

3. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ (economic problem) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงหรือติดบ้าน ซึ่งการจัดการดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ให้มีคุณภาพและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างสมบูรณ์ จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ มากขึ้น เช่น เตียงนอนที่ปรับระดับได้ ผ้ารองซับ ภาชนะรองรับน้ำปัสสาวะ ไม้เท้า อาหารเสริม ส่งผลให้ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ บางครอบครัวมีผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว ทำให้ต้องจ้างผู้ดูแลมาคอยผลัดเปลี่ยนในการดูแลผู้สูงอายุ (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560)

4. ปัญหาด้านสังคม (social problem) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งกลุ่มติดเตียงและกลุ่มติดบ้านไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมได้ การขาดปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการไม่ได้ทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับผู้อื่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มที่ชอบเข้าสังคมรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุเสื่อมลงเร็วขึ้น (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งหมดได้ด้วยตนเอง หรือไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางส่วนได้ด้วยตนเอง ซึ่งสามารถประเมินได้จากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activity of daily living [ADL]) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้ (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560)

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบสมบูรณ์ (older persons with completed dependents) เป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งหมดได้ด้วยตนเอง มีค่าการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) เท่ากับ 0-4 คะแนน

2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบางส่วน (older persons with partial dependents) เป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางส่วนได้ด้วยตนเอง มีค่าการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) เท่ากับ 5-9 คะแนน

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านทั้งสองลักษณะข้างต้น เป็นการดูแลสุขภาพแบบระยะยาว (long-term care) โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่จำเป็นต้องมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัว เช่น สายยางให้อาหาร สายสวนปัสสาวะ ซึ่งการเปลี่ยนสายดังกล่าว ผู้ดูแลในครอบครัวไม่สามารถทำได้ จำเป็นต้องมีทีมสุขภาพเข้ามาช่วยเหลือ บางครอบครัวประสบปัญหาเศรษฐกิจ ไม่มีเงินซื้อแผ่นรองขับ ต้องขอความช่วยเหลือจากองค์กรท้องถิ่น ดังนั้น การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ทั้งบุคลากรทีมสุขภาพ สมาชิกในครอบครัว รวมทั้งผู้นำชุมชนหรือผู้นำองค์กรท้องถิ่น โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ทีมสหวิชาชีพกับการจัดการภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ

ทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary team) หมายถึง บุคคลที่มีความรู้ ทักษะ ความสามารถ และประสบการณ์การทำงานเฉพาะทางในแต่ละสาขาอาชีพ ที่มาปฏิบัติงานร่วมกันในการดูแลรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ (Lockhart, 2015)

การจัดการ (management) หมายถึง กระบวนการขั้นตอนการทำงานของบุคคล โดยใช้บุคคลและทรัพยากรอื่น ๆ ร่วมกัน เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดอย่างมีประสิทธิภาพ (Certo, 2002)

การจัดการภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ หมายถึง กระบวนการทำงาน การวางแผนปฏิบัติงานอย่างมีขั้นตอนและเป็นระบบ โดยมีเป้าหมายเพื่อดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการตอบสนองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น ทีมสหวิชาชีพกับการจัดการภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ จึงเป็นการรวมบุคคลที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะสาขาด้านการดูแลสุขภาพและสาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา ในทีมทำงาน เพื่อดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งประกอบด้วย การดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ร่วมกับการบริการทางสังคมและเศรษฐกิจ โดยการดูแลสุขภาพด้านร่างกายส่วนใหญ่เป็นการลงมือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแก่ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย และการช่วยปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างแก่ผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน นอกจากนี้ ทีมสหวิชาชีพยังให้การช่วยเหลือ สนับสนุน หรืออำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุได้รับการบริการทางสังคม เศรษฐกิจร่วมด้วย เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุมากที่สุด ทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่ถูกละเลย หรือถูกทอดทิ้ง อีกทั้งเป็นการช่วยส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น โดยทีมสหวิชาชีพที่ร่วมจัดการภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุที่บ้าน ประกอบด้วย

บุคลากรสาขาสุขภาพและสาขาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีบทบาทที่สำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว ดังนี้

1. แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (general practitioner) หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (family medical practitioner) เป็นหัวหน้าทีมสหวิชาชีพ มีหน้าที่ในการให้บริการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ (primary care) การดูแลรักษาอาการเจ็บป่วย การให้คำปรึกษา แนะนำ รวมทั้งการส่งต่อให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาที่เหมาะสม ทันเวลา (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

2. พยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติ (nurse practitioner) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชน มีหน้าที่ในการติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นบุคลากรหลักของทีมสหวิชาชีพในการทำหน้าที่ประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อค้นหาปัญหาและนำข้อมูลที่ได้มาจัดการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พร้อมทั้งมีการติดตามประเมินผล เพื่อหาแนวทางพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในความรับผิดชอบ ให้ได้รับการรักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว และเกิดประโยชน์กับผู้สูงอายุมากที่สุด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559; Grol et al., 2018) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า บทบาทของพยาบาลในการดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้แก่ บทบาทการเป็นผู้ดูแล การเป็นผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพและให้คำปรึกษา ผู้พิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ ผู้บริหารจัดการดูแล ผู้ประสานงาน ผู้ร่วมมือในการทำงาน ผู้นำ และผู้วิจัย (ปาณิสรา นุชยรัตกลิน, 2561)

3. เภสัชกร (pharmacist) มีหน้าที่ในการจ่ายยา ให้คำปรึกษาและคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาชนิดต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุต้องรับประทานเป็นประจำสม่ำเสมอ เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละรายมีyarรับประทานหลายชนิด การดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับยาอย่างสมเหตุผล จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับความปลอดภัย และป้องกัน

อาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

4. โภชนากร (nutritionist) มีหน้าที่ในการช่วยให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมหรืออาหารเฉพาะโรคแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบางรายที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และต้องได้รับอาหารทางสายยาง จำเป็นต้องได้รับการดูแลให้ได้รับอาหารที่เพียงพอและมีประโยชน์ เหมาะสมกับสภาพร่างกายและความเจ็บป่วย เพราะอาหารเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยให้ผู้สูงอายุมีพลังกายพลังใจในการดำเนินชีวิต และมีส่วนทำให้อาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุไม่รุนแรงมากขึ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) นอกจากนี้ โภชนากรยังมีหน้าที่ในการประเมินภาวะโภชนาการ สาธิตและดัดแปลงอาหารให้เหมาะสมกับสภาพผู้สูงอายุ (กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560)

5. นักกายภาพบำบัด (physical therapist) มีหน้าที่ในการช่วยฟื้นฟูความแข็งแรงหรือชะลอความเสื่อมของสภาพร่างกายผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองมากขึ้น ซึ่งการฟื้นฟูสภาพร่างกายย่อมส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาวะจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วย เมื่อสภาพร่างกายแข็งแรง สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากกว่าเดิม ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและภาคภูมิใจในตนเอง ปัญหาด้านจิตใจที่เกิดขึ้นย่อมลดลง (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557)

6. นักจิตวิทยา (psychologist) มีหน้าที่ในการช่วยดูแลสภาวะจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นหลัก โดยการรับฟังปัญหาและให้คำปรึกษา คำแนะนำในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุเผชิญอยู่ ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล เครียด เหนียว โดดเดี่ยว ซึมเศร้า เป็นต้น การให้ความสำคัญกับการดูแลสภาวะ

จิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะการมีสภาวะจิตใจที่ดี ไม่วิตกกังวล ไม่คิดมาก ไม่รู้สึกน้อยใจ ย่อมส่งผลต่อการฟื้นฟูของสภาพร่างกายที่ดีขึ้นตามมา ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงควรได้รับการดูแลเอาใจใส่สภาวะจิตใจเช่นเดียวกับการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557)

7. นักสังคมสงเคราะห์ (social worker) มีหน้าที่ในการประสานงานให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ ที่ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องการ เช่น การขอความอนุเคราะห์สนับสนุนรถนำส่งในยามฉุกเฉิน การช่วยประสานงานเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการรับบริจาคอุปกรณ์ เครื่องใช้ต่างๆ ที่จำเป็นให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ เช่น เตียงนอน ที่นอนน้ำ ที่นอนลม ชุดทำความสะอาดแผ่นรองขับ อาหารเสริม รวมทั้งการช่วยจัดการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล (ขวลิขิต สวัสดิ์ผล และวารี ศรีสุรพล, 2565)

8. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (village health volunteer) เป็นบุคคลที่สมัครใจเข้ามาทำหน้าที่ช่วยเหลือประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพในชุมชน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีบทบาทสำคัญในการช่วยสื่อสาร เผยแพร่ความรู้หรือข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข รวมทั้งการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการพยาบาลแบบง่ายๆ ไม่ซับซ้อนให้แก่ประชาชน เช่น การเช็ดตัวลดไข้ การฉีดอินซูลิน การทำแผล การวัดสัญญาณชีพ (ขวลิขิต สวัสดิ์ผล และวารี ศรีสุรพล, 2565)

9. ผู้นำชุมชนหรือผู้นำองค์กรท้องถิ่น (community leader) ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นายกเทศมนตรี ศูนย์ความช่วยเหลือจากเทศบาลซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงมหาดไทย ศูนย์ความช่วยเหลือจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งผู้นำชุมชนเหล่านี้สามารถช่วยอำนวยความสะดวกตามที่ทีมสหวิชาชีพต้องการ เช่น การสนับสนุนซ่อมแซม

ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงปลอดภัย การจัดการสภาพแวดล้อมในชุมชนให้น่าอยู่ สะอาด ดังนั้น การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านจึงจำเป็นต้องสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งกับกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนด (ขวลิขิต สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เฟื่องพินิจ, อัครเดช เสนานิกรณ์, และวารี ศรีสุรพล, 2560)

การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยแนวทางในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเกี่ยวกับการรักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบหลัก คือ บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแล ซึ่งอาจเป็นบุตรสาว บุตรชาย หรือเครือญาติ เช่น พี่ ป้า น้า อา (ดวงเนตร ธรรมกุล และกัลยารัตน์ อนนทรัตน์, 2564) ร่วมมือกับบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ และหน่วยงานในชุมชน องค์กรส่วนท้องถิ่น ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตัวอย่างเช่น การติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุรายหนึ่ง อายุ 80 ปี มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน มีแผลติดเชื้อที่หลังเท้าซ้าย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยภาวะติดเชื้อจากแผลที่หลังเท้าซ้าย ภายหลังภาวะติดเชื้อดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน และให้ฉีดอินซูลินเองที่บ้าน ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับน้องสาว อายุ 78 ปี เป็นโสด ผู้สูงอายุฉีดอินซูลินเอง และให้น้องสาวช่วยทำความสะอาดแผลให้ด้วยชุดทำแผลที่ซื้อจากร้านขายยา เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถไปทำแผลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ทุกวัน พยาบาลจึงสอน/สาธิตวิธีการทำความสะอาดแผลแก่น้องสาว ผู้สูงอายุ และให้ทดลองทำความสะอาดแผลผู้สูงอายุให้พยาบาลดู 1 เดือนต่อมา เท้าซ้ายผู้สูงอายุเริ่ม

แข็งแรง ไม่สามารถเหยียดหรือวางเท้าได้ ทำให้ไม่สามารถเดินได้ ต้องใช้ walker แพลที่เท้าซ้ายกว้างขึ้น ผู้สูงอายุเริ่มรับประทานอาหารได้น้อยลง และผู้สูงอายุมีรายได้จากเบี้ยผู้สูงอายุเท่านั้น จากกรณีตัวอย่างจะเห็นได้ว่า การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างครอบคลุมต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายองค์กรในชุมชน โดยลักษณะการจัดการประกอบด้วย การส่งต่อผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลสู่บ้าน การจัดการดูแลผู้สูงอายุเป็นรายกรณี และการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน โดยขั้นตอนในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ประกอบด้วย 1) การกำหนดเป้าหมายในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) การรวบรวมข้อมูลและค้นหาปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3) การวางแผนจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4) การลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนที่กำหนด และ 5) การติดตามประเมินผล ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Sempé, Billings, & Lloyd-Sherlock, 2019; Social Care Institute for Excellence, 2022)

1. การกำหนดเป้าหมายในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านนั้น จำเป็นต้องมีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและสอดคล้องกับนโยบายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ผู้ดูแลหรือผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุต้องมีความรู้ ทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเบื้องต้นซึ่งกำหนดให้มีการจัดการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเบื้องต้น ได้แก่ หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 70 ชั่วโมง สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ปี และหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 420 ชั่วโมง สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556) เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ความสามารถ

และทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ไม่ซับซ้อนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว จากการศึกษาเชิงคุณภาพของชวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ (2560) เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยครอบครัวในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยครอบครัวเป็นการดูแลโดยมีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก ปัญหาหลักของบุตรในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ การไม่มีความรู้ ไม่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุ มีปัญหาสุขภาพ คือ มีการเจ็บป่วย มีปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ รวมทั้งปัญหาเศรษฐกิจและสังคม จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของนวรรต์ บุญนาน และมาวิน ทับแสง (2563) เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง เครือข่ายบริการสุขภาพในอำเภอหนึ่ง พบว่า รูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงประกอบด้วย 1) มีคณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอ 2) มีผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงระดับอำเภอ 3) มีแนวทางการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงชุมชน 4) มีผู้รับผิดชอบงานแต่ละพื้นที่ 5) มีคู่มือดูแลผู้สูงอายุให้ caregiver 6) caregiver ผ่านการอบรม 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 8) มีการอบรมเพิ่ม 1 ครั้งต่อปี และ 9) มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน 1 ครั้งต่อปี โดยหลังการฝึกอบรมพบว่า อาสาสมัครมีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงกว่าก่อนการอบรม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงดีขึ้น ดังนั้น ทีมสหวิชาชีพและครอบครัวผู้สูงอายุควรร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ซึ่งการกำหนดเป้าหมายจะเป็นแนวทางสำหรับผู้ลงมือปฏิบัติในการนำไปใช้ได้อย่างถูกต้อง

2. การรวบรวมข้อมูลและค้นหาปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการค้นหาปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถทำได้ด้วยการประเมินภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของปัญหา และ

ความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเบื้องต้น เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ สามารถตอบสนองตามความต้องการของผู้สูงอายุได้มากที่สุด (สุกัญญา ปวงนิยม, นงนภัทร รุ่งเนย, และอุไรรัชต์ บุญแท้, 2562) ซึ่งการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านในระยะยาว (ปานิศา บุญยรัตกลิน, 2561)

3. การวางแผนจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรดำเนินการร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพกับครอบครัวผู้สูงอายุ ซึ่งการวางแผนจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถทำได้ดังนี้ (Sempé et al., 2019)

3.1 การจัดกลุ่มหรือประเภทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง เป็นกลุ่มที่มีคะแนนการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 0-4 คะแนน และกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน เป็นกลุ่มที่มีคะแนนการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 5-9 คะแนน ซึ่งการจัดกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะช่วยให้สามารถจัดการดูแลผู้สูงอายุได้ตรงตามเป้าหมาย สอดรับกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ และที่สำคัญคือมีส่วนทำให้การดูแลผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองตามความต้องการของแต่ละบุคคลและมีประสิทธิภาพมากขึ้น (พีระศักดิ์ เลิศตระการนันท, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า แนวคิดหนึ่งในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทยในยุค 4.0 คือ การมีนโยบายสาธารณะที่จริงจังและต่อเนื่อง (อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์, 2560) และการศึกษาที่พบว่า บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและกระบวนการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีความชัดเจนและมีความสำคัญมากขึ้น เมื่อมีการกำหนดนโยบายการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

(ภาสกร สวนเรือง, อาณัติ วรรณศรี, และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2561) โดยควรมีนโยบายและมาตรการส่งเสริมความก้าวหน้าของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุอบรมส่งเสริมศักยภาพของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในการช่วยงานการจัดบริการเชิงรุกของทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งส่งเสริมผู้ดูแลในครอบครัวให้มีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น

3.2 การกำหนดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งกลุ่มติดเตียงและกลุ่มติดบ้านอย่างต่อเนื่อง โดยทีมสหวิชาชีพมีการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นรายบุคคลหรือรายกรณีที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งกิจกรรมการดูแลควรครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ทั้งนี้ ทีมสหวิชาชีพมีการจัดแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการดูแลด้านร่างกายส่วนใหญ่จะเน้นเกี่ยวกับการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคหรืออาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ส่วนการดูแลด้านจิตใจควรมุ่งส่งเสริมความสนใจ เอาใจใส่ ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลให้โดดเดี่ยว การให้คำปรึกษา คำแนะนำในการแก้ปัญหาต่างๆ และแนวทางการดูแลระยะสุดท้าย รวมทั้งช่วยประสานงาน อำนวยความสะดวกในการเดินทาง การนำส่งผู้สูงอายุและผู้ดูแลให้ได้รับการบริการทางสังคมอย่างรวดเร็ว ทันเวลา อีกทั้งการประสานขอความช่วยเหลือจากภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อดำเนินการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย เช่น การบริจาคสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่ยากจน การให้ความอนุเคราะห์ด้านที่อยู่อาศัย (ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์ และอรสา กงตาล, 2563) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลและร่วมทำนายนายการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรค และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ (พีรภัทร วัฒนวนาพงษ์, 2563)

ดังนั้น การกำหนดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึงพิงจึงควรครอบคลุมทุกด้าน เพื่อประโยชน์ต่อ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุด

4. การลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนที่กำหนด โดยบุคลากรในทีม
สหวิชาชีพ ผู้ดูแลในครอบครัว และองค์กรในชุมชน
ร่วมมือกันในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่ตอบสนอง
ความต้องการของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์
สังคม และเศรษฐกิจ และมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้รับ
การดูแลสุขภาพอย่างครอบคลุมทั้งการรักษา ป้องกัน
ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนา
คุณภาพการดูแลและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิต
ที่ดีขึ้น จากการศึกษาพบว่า แนวทางการจัดการดูแล
ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้แก่
ภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมสร้างทีมจิตอาสาเยี่ยมบ้าน
การจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านตามวิถีมุสลิม และภาคีสุขภาพ
ร่วมหนุนเสริมศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม
ของชุมชน (สรวงสุตา เจริญวงศ์, พรทิศา คงคุณ,
นิภารัตน์ จันทรแสงรัตน์, เพียงตะวัน สีหวาน, และรติ
นิรมาณกุล, 2561) โดยการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงควรมุ่งเน้นกระบวนการ
มีส่วนร่วมของชุมชน เน้นการประเมินปัญหาและ
ความต้องการของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล เพื่อการปรับปรุง
พัฒนาอย่างน้อยทุก 3 เดือน (สุกัญญา ปวงนิยม
และคณะ, 2562) ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ควรเป็นการนำศักยภาพที่โดดเด่น
ในชุมชนมาเป็นเครื่องมือในการสร้างจิตสำนึกร่วมของ
ประชาชนในการคิดวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน และ
ร่วมกันแก้ปัญหาของชุมชนเอง (ธัญญลักษณ์ พุทธรักษา
และทัศนีย์ วงจันทร, 2563)

5. การติดตามประเมินผล ผู้ทำหน้าที่หลักใน
การติดตามประเมินผล คือ พยาบาลชุมชน โดยพยาบาล
ชุมชนและบุคลากรในทีมสุขภาพมีการประเมินผล
ภายหลังการจัดการดูแลผู้สูงอายุทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ
อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งทีมผู้ประเมินผล

มีการกำหนดตารางเวลาในการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านทุกเดือน เดือนละ 1-2 ครั้ง
(ปาณิศา บุญยรัตกลิน, 2561) หากพบปัญหาในการจัด
การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน บุคลากรใน
ทีมสุขภาพสามารถประสานความร่วมมือกับชุมชน
เพื่อให้การช่วยเหลือแก้ไขปัญหาดำเนินการได้ทันเวลา
และทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านให้ดียิ่งขึ้น

จะเห็นได้ว่า การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิงที่บ้านในระยะยาวต้องอาศัยความร่วมมือจาก
หลายฝ่ายทั้งองค์กรภาครัฐและภาคเอกชนในชุมชน
เพื่อวางแผนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านอย่าง
เหมาะสม เพราะการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
มีหลายขั้นตอนและต้องใช้เวลาในการดำเนินการ
ค่อนข้างนาน การจัดการดูแลสุขภาพควรมุ่งเน้นการดูแล
ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
โดยการจัดการดูแลสุขภาพด้านร่างกายส่วนใหญ่เป็น
การช่วยเหลือเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ใน
การดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับกิจกรรมตามแผน
การรักษาของแพทย์ ซึ่งการดูแลช่วยเหลือจะสมบูรณ์
ครบถ้วนย่อมต้องอาศัยการดูแลช่วยเหลือจากทีม
สหวิชาชีพร่วมกับเครือข่ายในชุมชน ทั้งโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล
หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น ซึ่งการจัดการดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพจัดเป็น
การดูแลสุขภาพที่มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ
ทำให้เกิดการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ โดยมีการให้
บริการร่วมกันทั้งการดูแลสุขภาพและการบริการทาง
สังคมอื่นๆ เช่น การบริการรถรับส่งผู้สูงอายุ การบริการ
ให้ยืมอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ที่นอน
เตียงนอน รถนั่ง ภายอุปกรณ์ต่างๆ โดยบุคคลที่มี
บทบาทสำคัญร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน คือ ผู้ดูแลในครอบครัว เพราะ
เป็นผู้ที่ต้องอยู่และช่วยดูแลผู้สูงอายุตลอดเวลา ดังนั้น
ผู้ดูแลในครอบครัวจึงจำเป็นต้องมีความพร้อมใน

การดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะความพร้อมเรื่องความรู้ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสมบูรณ์และครอบคลุม การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม สามารถช่วยส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลดีและเกิดประโยชน์ทั้งต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

สรุป

การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีประสิทธิภาพ สอดรับกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2561–2580 และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มีเป้าหมายสำคัญ คือ การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถลด ความพิการและการเสียชีวิตจากผลกระทบที่เกิดขึ้น เช่น ปัญหาสุขภาพที่รุนแรงขึ้น ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งปัญหาที่ต้องจัดการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นปัญหาที่ซับซ้อน การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจาก ทีมสหวิชาชีพ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ดูแลใน ครอบครัวสามารถดำเนินกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ ผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ทีมสหวิชาชีพจึงมีบทบาทสำคัญ อย่างยิ่งต่อผู้ดูแลในครอบครัวในการพัฒนาคุณภาพ การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ ตามบริบทของครอบครัวและชุมชน โดยมีการจัดการ ตามขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การรวบรวม ข้อมูลและค้นหาปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การวางแผนจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงตามแผนที่กำหนด และการติดตามประเมินผล เพื่อให้การจัดการดูแลบรรลุผลตามเป้าหมายและเกิด ประโยชน์สูงสุดต่อผู้สูงอายุ นั่นคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะ

พึ่งพิงที่บ้านได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง ในระยะยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2565). *สถิติผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/know/1>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *คู่มือการปฏิบัติงาน โภชนาการในโรงพยาบาล*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- ชาลิต สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เพ็งพินิจ, อัครเดช เสนานิกรณ์, และวารี ศรีสุรพล. (2560). การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 5(พิเศษ), 387–405.
- ชาลิต สวัสดิ์ผล, และวารี ศรีสุรพล. (2565). การพัฒนาศักยภาพชุมชนท้องถิ่นเพื่อผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสาร มจร บาลีศึกษาพุทธโฆสปริทรรศน์*, 8(1), 43–56.
- ชาญชัย เหล่าสาร, กัลยา ไชยสัตย์, และวชิราภรณ์ วิทยาขาว. (2563). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง ตำบลกระเดียน อำเภอดงเจริญ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(5), 813–821.
- ดวงเนตร ธรรมกุล, และกัลยารัตน์ อนันต์รัตน์. (2564). การพยาบาลโดยใช้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: มิติสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 37(1), 14–24.

- ชัยญลักษณ์ พุทธรักษา, และทัศนีย์ วงศ์จันทร์. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง โดยมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไผ่น้อย อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ. สืบค้นจาก http://www.amno.moph.go.th/amno_new/files/3p08.pdf
- นวรัตน์ บุญาน, และมาวิน ทับแสง. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแฉะ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 4(7), 166–179.
- ปาณิศา บุญรัตกลิน. (2561). การดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน: บทบาทพยาบาล. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย, 11(1), 47–59.
- ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์, และอรสา กองตาล. (2563). การพัฒนาการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลหนองสิม อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 40(3), 48–65.
- พิรภัทร์ วัฒนาวาพงษ์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแลอำเภอศรีสาขาน้อย จังหวัดสุโขทัย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- พีระศักดิ์ เลิศตระการนนท์. (2561). การดูแลระยะยาว (Long term care). สืบค้นจาก <https://w1.med.cmu.ac.th/family/wp-content/uploads/2019/03/long-term-care-2561.pdf>
- ภาสกร สอนเรือง, อาณัติ วรรณศรี, และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2561). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชน ภายใต้นโยบายการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 12(3), 437–451.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย. (บ.ก.). (2560). การพยาบาลผู้สูงอายุ เล่ม 1. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2565). Research brief: การเข้าถึงระบบบริการทางสังคมของประชากรในครัวเรือนก่อนวัยสูงอายุและผู้สูงอายุ ที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยต่างกันเพื่อนำไปสู่แนวทางการสนับสนุนการบริการที่เหมาะสม. สืบค้นจาก https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2022/07/Research-brief-EAP-updated_compressed.pdf
- สรวงสุดา เจริญวงศ์, พรทิพา คงคุณ, นิภารัตน์ จันทร์แสงรัตน์, เพียงตะวัน สีหวาน, และรตินิรมานกุล. (2561). แนวทางการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมุสลิมภาคใต้. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 10(3), 1–11.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. สืบค้นจาก <http://www.nso.go.th/sites/2014en/Survey/social/domographic/OlderPersons/2021/fullreport64.pdf>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). ทีมหมอครอบครัว. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

- สุกัญญา ปวงนิยม, นงนภัทร รุ่งเนย, และอุไรรัชต์ บุญแท้. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแล สุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟังฟังในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 38(3), 178-195.
- อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง, และกักดี โพธิ์สิงห์. (2560). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะฟังฟังในยุค ประเทศไทย 4.0. *วารสารวิชาการธรรมทรรณ*, 17(3), 235-243.
- Certo, S. C. (2002). *Modern management* (9th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Grol, S. M., Molleman, G. R. M., Kuijpers, A., Sande, W. M. M. van der, Fransen, G. A. J., Assendelft, W. J. J., & Schers, H. J. (2018). The role of the general practitioner in multidisciplinary teams: A qualitative study in elderly care. *BMC Family Practice*, 19(40), 1-12. doi:10.1186/s12875-018-0726-5
- Lockhart, L. (2015). Everybody wins with multidisciplinary teams. *Nursing made Incredibly Easy*, 13(2), 54-55. doi:10.1097/01.NME.0000460364.11541.92
- National Health Security Office. (2016). *Long-term care public health for depressed elderly people (long term care) on National Health Security System*. Bangkok: Author.
- Sempé, L., Billings, J., & Lloyd-Sherlock, P. (2019). Multidisciplinary interventions for reducing the avoidable displacement from home of frail older people: A systematic review. *BMJ Open*, 9(11), e030687. doi:10.1136/bmjopen-2019-030687
- Social Care Institute for Excellence. (2022). *SCIE resources and services*. Retrieved from https://www.scie.org.uk/atoz/?f_az_subject_thesaurus_terms_s=home+care&st=atoz

บทบาทของพยาบาลในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท Nurses' Role in Preventing Mental Health Problems for Caregivers of Patients with Schizophrenia

นริสา วงศ์พนารักษ์, ประ.ด. (การพยาบาล) ¹

Narisa Wongpanarak, Ph.D. (Nursing) ¹

Received: May 28, 2023

Revised: June 20, 2023

Accepted: June 22, 2023

บทคัดย่อ

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจิตเภทสูญเสียการรับรู้ความเป็นจริงและมีการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีแนวโน้มที่จะได้รับผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งอาจนำไปสู่ความเครียดเรื้อรังและสุขภาพที่แย่ลง จากการที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้ไม่มีเวลาส่วนตัวและเวลาพักผ่อนที่เพียงพอ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังต้องเผชิญกับความกลัว ความทุกข์ใจ และความวิตกกังวลจากอาการทางจิตของผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลมักเป็นปัญหาที่ถูกมองข้าม และหากปัญหานี้ไม่ได้รับการแก้ไขอาจเกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการทำหน้าที่ตามปกติของผู้ดูแล ดังนั้น เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พยาบาลควรมีการประเมินและคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตแก่ผู้ดูแล รวมทั้งให้ความรู้และทักษะที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำสำคัญ: บทบาทของพยาบาล ปัญหาสุขภาพจิต ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

¹ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

¹ Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University, E-mail: narisa.w@msu.ac.th

Abstract

Schizophrenia is a chronic disease in which the patient losses contact with reality and declines functions. The caregivers of patients with schizophrenia at home are prone to suffer from the physical, psycho-emotional, economic, and social effects leading to chronic stress and deteriorating their health. Since it takes a long time to care for patients with schizophrenia. These duties limit or take away their personal time or enough time to relax. Caregivers are confronted with fear, distressed, and anxiety related to the patient's symptoms. Thus, caregivers are at risk of mental health problems. The mental health of caregivers of patients with schizophrenia is a very important and overlooked problem. If problems are unsolved, they may be severe effects on daily life or normal work duties. Therefore, to prevent mental health problems for caregivers of patients with schizophrenia in the community, nurses should assess and screen for mental health problems for the caregivers as well as provide knowledge and important skills in caring for patients with schizophrenia.

Keywords: Nurses' role, Mental health problems, Caregivers of patients with schizophrenia

บทนำ

โรคจิตเภท (schizophrenia) พบได้มากถึง 24 ล้านคน หรือ 1 ใน 300 ของประชากรทั่วโลก (World Health Organization, 2022) ประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 15.20 ต่อพันประชากร (ชนัญญา สองเมือง และอนัญญา สองเมือง, 2565) โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม เป็นโรคทางจิตเวช ที่พบมากที่สุด โดยมีผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการที่ โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปีงบประมาณ 2563-2565 มากถึง 283,065 ราย 284,273 ราย และ 314,250 ราย ตามลำดับ (คลัง ข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) จะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการเพิ่ม มากขึ้นทุกปีและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น บทความนี้มี วัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระเกี่ยวกับเกณฑ์การวินิจฉัย อาการและอาการแสดง และการดำเนินโรคจิตเภท

การพัฒนาทักษะและการพัฒนาบทบาทของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พบบ่อย และ บทบาทของพยาบาลในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การทบทวนความรู้เหล่านี้ จะช่วยให้เกิดความตระหนักและให้ความสำคัญกับ ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และมุ่งเน้น การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยพยาบาลควรมีการสร้าง สัมพันธภาพ การประเมินภาวะสุขภาพ การคัดกรอง ปัญหาสุขภาพจิตแก่ผู้ดูแล การสอนและให้ความรู้ การประคับประคองและให้การปรึกษาแก่ผู้ดูแล เพื่อ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภท: เกณฑ์การวินิจฉัย อาการและอาการแสดง และการดำเนินโรค

เกณฑ์การวินิจฉัย

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท ใช้ระบบของ

DSM-5 (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; American Psychiatric Association, 2013) ดังนี้

A. มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป ในช่วงเวลาต่อเนื่อง 1 เดือน และมีอาการอย่างน้อย 1 อาการ ตามข้อ 1, 2 หรือ 3 ได้แก่ 1) อาการหลงผิด (delusion) 2) อาการประสาทหลอน (hallucination) 3) ความผิดปกติของการพูด (disorganized speech) 4) ความผิดปกติของพฤติกรรม (disorganized behavior) และ 5) อาการด้านลบ (negative symptoms) หากมีอาการหลงผิดที่มีเนื้อหาแปลกประหลาด เป็นไปไม่ได้เลย (bizarre delusion) หรือมีการได้ยินเสียงคุยกันเป็นเรื่องราว (voice discussing) แม้เพียงอาการเดียวก็ถือว่าเข้าเกณฑ์

B. มีปัญหาด้านสังคม (social dysfunction) ด้านการเงิน (occupational dysfunction) ด้านสัมพันธภาพ (poor interpersonal relation) หรือ ไม่ดูแลสุขอนามัยของตนเอง (poor hygiene)

C. มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมีช่วงระยะอาการกำเริบ (active phase) ซึ่งมีอาการตามข้อ A. อย่างน้อยนาน 1 เดือน และระยะที่เหลืออาจเป็นระยะอาการนำ (prodromal) หรือ ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) ที่มีเพียงกลุ่มอาการด้านลบหรืออาการตามข้อ A. ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป ที่แสดงออกเพียงเล็กน้อย แต่ไม่ถึงขั้นมีอาการประสาทหลอน

D. ไม่มีอาการเข้าได้กับโรคจิตที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (schizoaffective disorder) และ โรคซึมเศร้า (depressive disorder) หรือโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) ที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย

E. อาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางร่างกาย หรือการใช้สารเสพติด

F. หากผู้ป่วยมีประวัติของโรค autism spectrum disorder หรือ communication disorder ที่เป็นตั้งแต่วัยเด็ก จะวินิจฉัยโรคจิตเภทร่วมด้วยได้

ต่อเมื่อมีอาการหลงผิดหรืออาการประสาทหลอนเป็นอาการเด่น เพิ่มจากอาการอื่นในข้อ A. นานอย่างน้อย 1 เดือน หรือน้อยกว่านี้หากได้รับการรักษาก่อน

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ (Videbeck, 2020)

1. กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) ได้แก่ การมีอารมณ์ตรงข้ามที่เกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน (ambivalence) ความคิดต่อเนื่องกันแต่ไม่สัมพันธ์กัน (association looseness) อาการหลงผิด (delusion) ทำตามผู้อื่นโดยไม่ตั้งใจ (echopraxia) มีความคิดหลายอย่างเกิดขึ้นรวดเร็วและเปลี่ยนแปลงเร็ว (flight of idea) อาการประสาทหลอน (hallucination) อาการหลงผิดว่าผู้อื่นพูดถึงตนเอง (ideas of reference) การกระทำซ้ำอย่างควบคุมไม่ได้ (perseveration) และมีพฤติกรรมที่แปลกประหลาด หรือไม่สมควร (bizarre behavior)

2. กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) ได้แก่ พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) ภาวะสิ้นยินดี (anhedonia) เฉื่อยชา ไร้อารมณ์ (apathy) แสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก (affective flattening) เก็บตัว (asociality) แสดงอารมณ์ทางสีหน้าลดลง (blunt affect) ไม่มีการแสดงอารมณ์เลย (flat affect) พฤติกรรมแข็งทื่อ ไม่เคลื่อนไหว (catatonia) ขาดสมาธิ (inattention) และขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (avolition)

การดำเนินโรค

โรคจิตเภทมีการดำเนินโรค 3 ระยะ ได้แก่ ระยะอาการนำ (prodromal phase) พฤติกรรมเปลี่ยนไป คล้ายอาการด้านลบ ระยะอาการกำเริบ (active phase) ลักษณะคล้ายอาการด้านบวก ทำให้ต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาล และระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) หลังการรักษาด้วยยาและจิตสังคมบำบัดแล้ว อาการด้านบวกทุเลาลงหรืออาจคงอยู่บ้างแต่ไม่รุนแรง หรืออาการด้านลบยังคงอยู่ แต่ผู้ป่วยสามารถอยู่กับ

อาการเหล่านี้ได้ (พิชามญชุ์ อินทะพุด, 2564) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องจะมีความเสื่อมของบุคลิกภาพลงเรื่อย ๆ การรับรู้ความเป็นจริงเสียไปส่วนใหญ่ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ส่งผลให้ไม่ยอมรับการรักษา รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ทำให้อาการทางจิตรุนแรงขึ้น ส่งผลให้กลับมามีอาการซ้ำหรือรักษาซ้ำโรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยที่ยากต่อการดูแลรักษา มีความเรื้อรังและมีพยาธิสภาพที่ถาวรมากขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงถือเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย หากผู้ดูแลไม่สามารถรับมือกับบทบาทการดูแลนี้เกิดปัญหาสุขภาพจิตขึ้น ก็อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลเอง พยาบาลจึงมีบทบาทในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลด้วย

การพัฒนาทักษะและการพัฒนาบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแล (caregivers) หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน โดยสามารถแบ่งตามความสัมพันธ์ได้เป็น 2 ประเภท คือ 1) ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ป่วย เช่น ลูกจ้าง พยาบาล หรือองค์กรต่าง ๆ โดยอาจไม่รับหรือรับค่าตอบแทนก็ได้ตามข้อตกลง และ 2) ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ป่วย เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ ส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลในครอบครัว (family caregiver) ซึ่งในบทความนี้ ผู้ดูแลทำหน้าที่และมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทให้ดำรงชีวิตประจำวันได้โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ค่าจ้าง หรือรางวัล มีการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (คุชฎี อุดมอิทธิพงศ์, พิชญา ชาญนคร, และศศิธร เก็มเส้น, 2563; พิชามญชุ์ อินทะพุด, 2564) ส่วนความรู้สึกเป็นภาระ (burden) เป็นความรู้สึกว่าถูกคุกคามและรบกวนความผาสุกของตนเอง เกิดจากสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้ดูแลต้องเผชิญในการดูแลผู้ป่วย โดยมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือ

อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ชั่วโมงต่อวัน ติดต่อกันเป็นเวลาประมาณ 6 เดือน (คุชฎี อุดมอิทธิพงศ์ และคณะ, 2563) ดังนั้น ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่และรับภาระอย่างมากตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งอาจส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การพัฒนาทักษะของผู้ดูแลอย่างเป็นขั้นตอน (skill acquisition model) ของ Dreyfus and Dreyfus ในปี ค.ศ. 1996 ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (ภัทรภรณ์ พุงปันคำ, 2560) ประกอบด้วย 1) ขั้นเริ่มต้น (novice stage) ผู้ดูแลรับบทบาทผู้ดูแลใหม่ลองผิดลองถูก หากได้รับความรู้เรื่องการดูแล จะมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลพัฒนาทักษะอย่างถูกต้อง 2) ขั้นเรียนรู้ (advanced beginner stage) ผู้ดูแลเริ่มเรียนรู้มากขึ้นจากการศึกษาข้อมูลทุกช่องทางและจากประสบการณ์ตรงของตนเอง รวมถึงการสังเกตพูดคุยกับผู้ดูแลคนอื่น 3) ขั้นมีความสามารถ (competence stage) ผู้ดูแลเริ่มให้การดูแลด้วยหัวใจและความรู้สึก เริ่มมีการปรับเปลี่ยนวิธีการให้สอดคล้องกับข้อจำกัดของตนเอง และพยายามหาวิธีการในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น 4) ขั้นชำนาญ (proficient stage) ผู้ดูแลมีการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้วยความรวดเร็วเป็นอัตโนมัติ และเริ่มมองเห็นจุดสำคัญของสิ่งที่ประเด็นหลัก และ 5) ขั้นเชี่ยวชาญ (expert stage) ผู้ดูแลเริ่มมองว่าการดูแลและความยุ่งยากที่เกิดขึ้นไม่ใช่ปัญหา แต่เป็นสิ่งที่ปกติที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ในขณะเดียวกันผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก็ได้พัฒนาบทบาทของตนเองควบคู่กัน สำหรับการพัฒนารอบบาทของผู้ดูแล มี 4 ขั้น ได้แก่ ขั้นที่ 1 ขั้นก่อนรับบทบาทผู้ดูแล ขั้นที่ 2 ขั้นทำบทบาทผู้ดูแลในระยะเริ่มต้น ขั้นที่ 3 ขั้นปรับบทบาทผู้ดูแลให้เข้ากับบทบาทเดิม และขั้นที่ 4 ขั้นรับบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการพัฒนาในแต่ละขั้นให้ผ่านไปอย่างรวดเร็ว (ภัทรภรณ์ พุงปันคำ, 2560) ดังนั้น การทำ

ความเข้าใจการพัฒนาทักษะอย่างเป็นขั้นตอนและการพัฒนาบทบาทของผู้ดูแลควรดำเนินการควบคู่กันจะทำให้มองภาพรวมของการเปลี่ยนบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ชัดเจนและเข้าใจมากขึ้น และสามารถให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล

ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การป่วยด้วยโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวญาติ ผู้ดูแล และชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับผลกระทบมากที่สุดซึ่งเกิดจากการที่ผู้ดูแลต้องเผชิญปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่อง ทำให้เกิดผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย ผู้ดูแลอาจเกิดปัญหาสุขภาพ หรือโรคประจำตัวกำเริบรุนแรงขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานาน และจากการที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือกำเริบบ่อยครั้ง ไม่ร่วมมือในการรักษา เกิดพฤติกรรมควบคุมไม่ได้ ทำให้ผู้ดูแลต้องคอยเฝ้าติดตามและควบคุมผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงพักผ่อนไม่เพียงพอ มีความวิตกกังวลและความเครียดเรื้อรัง ทำให้อ่อนไม่หลับ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลงจนกระทั่งเกิดการเจ็บป่วยทางกายตามมา หรือโรคทางกายที่เป็นอยู่กำเริบขึ้น (พิชามญช์ อินทะพูน, 2564)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ เป็นสาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอาจมีสุขภาพจิตตามมาจากอาการมึนงง หงุดหงิด โกรธ วิตกกังวล ความกลัวพฤติกรรมก้าวร้าวหรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงที่คาดเดาได้ยากของผู้ป่วย การที่ผู้ดูแลเกิดความคลุมเครือในบทบาทหน้าที่และมีความเหนื่อยล้า จะเกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (พิชชุดา วิวัฒน์สารัญกุล, 2564)

3. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ผู้ดูแลได้รับผลกระทบ คือ ต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย

ทำให้ขาดรายได้ และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่อง ผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยตามลำพัง ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการเงินที่เพียงพอ (Poonnotok, Thampanichawat, Patoomwan, & Sangon, 2016)

4. ผลกระทบด้านสังคม การดูแลทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่มีเวลาเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ขาดความเป็นอิสระในชีวิตส่วนตัว รับรู้ว่าการรอบข้างมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อตนเองและผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่เผชิญกับการเป็นตราบาปโดยเปิดเผยในเรื่องความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว แต่ยังมีบางส่วนที่เก็บไว้เป็นความลับเพราะกลัวถูกตีตราจากสังคม (Napa, Tungpunkom, Sethabouppha, Klunklin, & Fernandez, 2017) เมื่อผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในชุมชนอาจทำให้บุคคลรอบข้างในชุมชนหวาดกลัวและไม่มั่นใจในความปลอดภัย ผู้ดูแลจึงต้องเฝ้าระวังพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรง หรืออาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเป็นอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทบางรายมีความรู้สึกดีจากการที่ได้มีโอกาสดูแลและเอาใจใส่เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยกลับป่วยซ้ำ เกิดความรักใคร่ ห่วงใยและผูกพันกัน มองว่าผู้ป่วยก็คนสำคัญ มีคุณค่าและมีความหมายต่อผู้ดูแล (นลิน ดวงปัญญา และเพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์, 2563) การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้มีโอกาสใกล้ชิดและมีเวลาให้กันมากขึ้น มีสัมพันธภาพที่ดีขึ้น มองการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทในทางบวก จึงลดความทุกข์จากการดูแลและให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น (วิลโล นาปา, 2561; Sin, Moone, Harris, Scully, & Wellman, 2012)

สรุปได้ว่า การเผชิญกับผลกระทบทางลบด้านต่างๆ จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานานอาจทำให้ผู้ดูแลมีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมไม่สามารถปรับตัวต่อการเผชิญปัญหาได้ ทำให้เสียสมดุลด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ การที่ผู้ดูแลผู้ป่วย

จิตเภทต้องเผชิญปัญหาจากการดูแลหลายด้านทำให้ ผู้ดูแลอาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความสำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลจึงต้องให้การดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทควบคู่กับการดูแล ผู้ป่วยจิตเภท

ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พบบ่อย

ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ พบบ่อย ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะ ซึมเศร้า ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเครียดจากการดูแล ผู้ป่วยและความยากลำบากในการดูแล (สุจรรยา โลหาชวีระ, 2561) ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับ อนาคตของผู้ป่วยว่าผู้ป่วยจะดูแลตนเองต่อไปอย่างไร หากผู้ดูแลเข้าสู่วัยสูงอายุหรือเสียชีวิตไป บางครั้งผู้ดูแล รู้สึกเครียดเมื่อรับรู้ว่าจะระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจะยืดขยาย ออกไปไม่มีที่สิ้นสุด มีความหมกมุ่นหรือวิตกกังวล มีความไม่พอใจ ความเครียด นำไปสู่ความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ และเกิดเป็นภาวะซึมเศร้า (Caqueo-Urizar et al., 2014; Lohacheewa, Sitthimongkol, Sirapo-ngam, & Viwatwongkasem, 2016; Zauszniewski, Bekhet, & Suresky, 2010) เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาระการดูแล มาก ทำให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลในระดับสูง ผู้ดูแล อาจเกิดความท้อแท้ หมดหวังและกำลังใจ เบื่อหน่าย กับอาการของผู้ป่วย (ทวิศักดิ์ กสิผล และคณะ, 2563) มีภาวะซึมเศร้า (วิลาสินี พิเศษ และธรรมนาด เจริญบุญ, 2562) อาจเกิดความรู้สึกสูญเสียปนกับความรู้สึก ขมขื่นใจ การเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยเปรียบเสมือน ฝันสลาย การที่พฤติกรรมของผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากเดิม ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกผิด โทษตัวเองต่อการเจ็บป่วย อาจรู้สึกว่าตนเองมีส่วนในการเจ็บป่วยนี้ ไม่ว่าจะเป็นการอยู่ ร่วมกับผู้ป่วย การเลี้ยงดู การดูแลสุขภาพ รวมถึง

การตอบสนองที่ไม่เหมาะสมในช่วงที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ ทางจิต หรือบางรายอาจมีความรู้สึกเป็นภาระ (ไชยรัตน์ ไชยสีวามงคล, 2565; จิตติยาภรณ์ พิมวรรณ และนิสดา นาทประยุทธ์, 2564; Poonnotok et al., 2016) นอกจากนี้อาจมีการแสดงออกทางอารมณ์หรือมี การใช้อารมณ์ต่อกันสูงระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ดูแลหลักที่รับรู้ว่าสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็น โรคจิตเภทครั้งแรกจะรู้สึกกังวลใจในระดับสูง เนื่องจาก ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท วิธีการสื่อสารในครอบครัว ในระยะแรกจึงมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (ทวิศักดิ์ กสิผล และคณะ, 2563) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน มีความยุ่งยากซับซ้อน ผู้ดูแลอาจเกิดความวิตกกังวล ความเครียด หวาดกลัว ในกรณีที่ผู้ป่วยบางรายมี อาการกำเริบเป็นระยะ ทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการ ทางจิต ประสาทหลอน หลงผิด หวาดระแวง ผู้ป่วยใน ความดูแลมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป บางรายก้าวร้าว เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงอันอาจเป็นอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่น รวมถึงทำลายทรัพย์สิน (อินชา ทศนาชนชัย, พิชามณฐ์ ปุณโณทก, วรรณรัตน์ ลาวัณ, สุรภา สุขสวัสดิ์, และรัชณี สรรเสริญ, 2563) ผู้ป่วยบางรายอาจมี ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง สังคมรอบข้างก็มักมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยด้วย (ดุขฎิ อุดมอิทธิพงษ์ และคณะ, 2563) จึงสร้างความลำบากใจ และสร้างความเหน็ดเหนื่อยให้กับผู้ดูแล (วาสนา นามเหลา, ชนัดดา แนนเกษร, และดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2561) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงต้องมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่และเรียนรู้วิธีการที่จะจัดการ กับปัญหาที่จะต้องเผชิญจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็น เรื่องยากที่จะปรับตัวจากการดำรงชีวิตแบบเดิม (พิชชุดา วิทวัสสำราญกุล, 2564) ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึง มีภาระบทบาทหน้าที่เปลี่ยนไปจากชีวิตปกติ การเผชิญ ปัญหาจากการดูแลหลายด้านทำให้ผู้ดูแลอาจเกิดปัญหา สุขภาพจิตได้

บทบาทของพยาบาลในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลจิตเวช ภายใต้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบองค์รวม ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว (พิชามณู อื่นทะพุด, 2564) ซึ่งขอบเขตบทบาทของพยาบาลวิชาชีพถูกกำหนดด้วยองค์วิชาชีพ คือ สภาการพยาบาล ประกอบด้วย บทบาทไม่อิสระ บทบาทกึ่งอิสระ และบทบาทอิสระ ในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นการกระทำการบำบัดโดยตรงต่อผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ครอบคลุมทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และกลุ่มบุคคล ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ซึ่งมีมิติด้านการปฏิบัติการพยาบาลสามารถแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน และระดับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (“ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง ขอบเขตและสมรรถนะ”, 2552)

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพแบ่งออกเป็นด้านการปฏิบัติการพยาบาล โดยปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานตามมาตรฐานวิชาชีพ ด้านการวางแผนด้านการประสานงาน และด้านการบริการ โดยการทำหน้าที่สอน แนะนำ ให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่ผู้ใช้บริการ ครอบครัว และชุมชน (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) ในปัจจุบัน บทบาทของพยาบาลจิตเวชควรมุ่งเน้นมิติการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้มากขึ้น ควรมีการจัดบริการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง โดยการเฝ้าระวัง ค้นหา คัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการจัดบริการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม (ทศา ชัยวรรณวรรต, 2560) การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับตัวรับมือกับบทบาทใหม่ในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งสามารถดูแลตนเองไปด้วย เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วย

ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่พยาบาลควรให้ความสนใจ พยาบาลจึงมี

บทบาทต่าง ๆ ตามระดับการบริบาลพยาบาล ดังนี้ 1) การสร้างเสริมสุขภาพจิต 2) การป้องกันปัญหาทางจิตเวชและสุขภาพจิต 3) การบำบัดรักษาเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคแล้ว และ 4) การฟื้นฟูสภาพหรือสมรรถภาพทางจิต (สายฝน เอกวรารณ, 2562) บทบาทนี้จึงมุ่งเน้นการนำเสนอบทบาทของพยาบาลในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยประยุกต์บทบาทของพยาบาลตามระดับการบริบาลพยาบาล การป้องกันโรคตามแนวคิดการพยาบาลจิตเวชชุมชน และสมรรถนะพยาบาลจิตเวชที่กำหนดโดยสภาการพยาบาล โดยบทบาทของพยาบาลในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีดังนี้ (ทศา ชัยวรรณวรรต, 2560; ทศา ชัยวรรณวรรต และสุจิตรา กฤติยารณ, 2562; “ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง ขอบเขตและสมรรถนะ”, 2552; สายฝน เอกวรารณ, 2562)

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) มุ่งลดอัตราการเกิดโรครายใหม่ทางจิตเวช การค้นหา และการจัดการกับความเสี่ยงของการเกิดโรคทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต พยาบาลมีบทบาทในการประเมินภาวะสุขภาพ ค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยใช้ความรู้และทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ พยาบาลสามารถดำเนินงานต่าง ๆ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมต่อการมีสุขภาพจิตที่ดี การจัดการสาเหตุที่อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต การศึกษาวิจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) มุ่งลดระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยการค้นหาและคัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และให้การช่วยเหลือทันที มีแนวปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล คือ การค้นหา คัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่เริ่มมีสุขภาพจิตและช่วยเหลือรักษาโดยเร็วที่สุด กิจกรรมต้องมุ่งเน้นให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต และระบบส่งต่อจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามระดับความรุนแรงของโรคและได้รับการช่วยเหลือบำบัดรักษา

ที่มีประสิทธิภาพทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ตามระดับความรุนแรงของโรค

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) มุ่งฟื้นฟูสุขภาพจิตของผู้ป่วย โดยเน้นการบำบัดหรือการจัดกิจกรรมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเพิ่มความยุ่งยากหรือซับซ้อนขึ้นของปัญหา มุ่งเน้นให้การพยาบาลผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ในที่นี้คือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามสภาพปัญหา ความรุนแรง ความต้องการ และปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิต มีแนวปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล คือ การให้ข้อมูลปัญหาสุขภาพจิตแก่ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เกี่ยวกับเป้าหมาย ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และการปฏิบัติการพยาบาล โดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการกำหนดกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล โดยปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล หรือแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และความรู้ที่ทันสมัย

ในปัจจุบัน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลต่างๆ ได้มีการพัฒนาและมีการใช้สื่อเทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งพยาบาลก็ต้องปรับตัวต่อการผสมผสานเทคโนโลยีกับงานบริการเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการด้วย สำหรับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตนั้น มีแอปพลิเคชันเพื่อคัดกรองและประเมินปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นด้วยตนเอง เช่น ประเมินภาวะซึมเศร้าหรือประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งมีแนวทางช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น และมีข้อมูลแหล่งช่วยเหลือเมื่อต้องการเข้าถึงบริการ เช่น Smile Hub Mental Health Check Up Mindfit หรือ Mental Health Check In และในกรณีที่ต้องการความช่วยเหลือก็มีแอปพลิเคชันเพื่อดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้อาการทุเลาลง หรือให้การบำบัดทางจิตใจผ่านระบบออนไลน์ เช่น Sabaijai Khuikun APPEER Hero หรือ CAMHSAid นอกจากนี้ยังนำมาใช้ในการนัดหมาย

ติดตามและประเมินผลการบำบัดรักษา โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ (Line) หรือให้บริการบำบัดรักษาโดยตรง เช่น การให้การปรึกษาผ่านวิดีโอคอล (video call) หรือเฟซบุ๊ก (facebook) (สรัญญา วรรณชัยกุล, 2565) ทั้งนี้ การเลือกใช้บริการควรพิจารณาให้สอดคล้องและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือ นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิตมีช่องทางเลือกหนึ่งที่สามารถเข้าถึงและนำไปใช้ได้ คือ แบบทดสอบด้านสุขภาพจิต เพื่อประเมินสุขภาพจิตทางออนไลน์ผ่านเว็บไซต์ <https://dmh.go.th/test/> เช่น การประเมินความเครียด แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า หรือความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ดัชนีวัดความสุขคนไทย และยังมีบริการปรึกษาทางโทรศัพท์ คือ สายด่วนสุขภาพจิต 1323 ซึ่งจัดบริการฟรี 12 คู่สายตลอด 24 ชั่วโมง และเพิ่มช่องทาง chat counseling ผ่านเพจสายด่วนสุขภาพจิต 1323 และอื่นๆ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต พยาบาลสามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆ ได้ดังนี้ (ทศฯ ชัยวรรณวรรต และสุจิตรา กฤตยาวรรณ, 2562)

1. การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อสร้างความไว้วางใจและเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก ตอบข้อสงสัยต่างๆ และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้บอกความต้องการที่อยากให้ช่วยเหลือ

2. ขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล หากพบผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยง พยาบาลสามารถประเมินภาวะสุขภาพ คัดกรอง ค้นหาปัจจัยเสี่ยง และค้นหากลุ่มเสี่ยง โดยประเมินอาการต่างๆ ให้ครอบคลุมแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ หรือหากผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว ก็สามารถวางแผนเยี่ยมบ้าน (home visit) เป็นระยะ เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วย รวมถึงประเมินผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย ประเมินสิ่งแวดล้อม

แหล่งสนับสนุนทางสังคม และชุมชน ซึ่งพยาบาลสามารถประเมินภาวะสุขภาพและคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเบื้องต้นจากการสังเกต ควบคู่กับการสัมภาษณ์ การสอบถาม หรือการใช้แบบประเมิน/แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตต่างๆ เช่น แบบประเมินความเครียด แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่งหากพบความผิดปกติ ก็สามารถประเมินสภาพจิตเบื้องต้นได้

3. การสอนและให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต และความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยในความดูแล ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท (ทวีศักดิ์ กสิผล และคณะ, 2563) รวมถึงความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดง การรักษา การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การปรับตัว วิธีการเผชิญปัญหา การจัดการอารมณ์ด้วยตนเองของผู้ดูแล โดยสอนเทคนิคการจัดการความเครียดที่เหมาะสม เช่น การฝึกการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การหากิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนหรือลดความวิตกกังวลด้วยตนเอง การออกกำลังกาย การดูแลตนเองเมื่อรู้สึกเศร้า การแสวงหาแหล่งช่วยเหลือที่จำเป็นหากไม่สามารถจัดการอารมณ์และเผชิญปัญหาด้วยตนเองได้

4. การประคับประคองและให้การปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว ช่วยให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกัน สนับสนุนให้กำลังใจประสานงานกับหน่วยงานหรือสถานบริการสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแหล่งช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเวลาที่มีความต้องการจำเป็นเร่งด่วน ซึ่งการให้การปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้ แต่หากเป็นปัญหาซับซ้อนต้องใช้การบำบัดที่ซับซ้อนขึ้น เช่น จิตบำบัด หรือครอบครัวบำบัด ซึ่งพยาบาลจะต้องผ่านการอบรมก่อน

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต จำเป็นต้องได้รับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอย่าง

ครอบคลุม ควบคู่กับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการป้องกันไม่ให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาสุขภาพจิต หรือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตแล้วก็ป้องกันไม่ให้อุทกมลหรือมีความรุนแรงมากขึ้น อันจะส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

สรุป

ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาและจำหน่ายจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะกลับคืนสู่ครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิต ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต หากมองข้ามปัญหานี้ ก็อาจกลายเป็นปัญหาที่ซ่อนเร้นจนกระทั่งเกิดผลกระทบที่รุนแรงขึ้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีการป้องกัน 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ มุ่งลดอัตราการเกิดโรครายใหม่ทางจิตเวช การค้นหา และการจัดการกับความเสี่ยงของการเกิดโรคทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต ระดับทุติยภูมิ มุ่งลดระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยการค้นหาและคัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และให้การช่วยเหลือทันที และระดับตติยภูมิ มุ่งฟื้นฟูสุขภาพจิตของผู้ป่วย โดยเน้นการบำบัดหรือการจัดกิจกรรมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเพิ่มความยุ่งยากหรือซับซ้อนขึ้นของปัญหา ในปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลที่ทันสมัยมาใช้ในการประเมินปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น ทำให้สะดวกและง่ายต่อการเข้าถึง ส่วนกิจกรรมของพยาบาลในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแล การประเมินภาวะสุขภาพ การสอนและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแล และการประคับประคองและให้การปรึกษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีสุขภาพจิตที่ดี มีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *แบบทดสอบด้านสุขภาพจิต*. สืบค้นจาก <https://dmh.go.th/test/>
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ*. นนทบุรี: สื่อตะวันตก.
- คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช*. สืบค้นจาก <https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc/reds.asp>
- ไชยรัตน์ ไชยวิมวณ. (2565). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 7(4), 102–113.
- จิตติยาภรณ์ พิมวรรณ, และนิสิตา นาทประยุทธ์. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 66(2), 203–216.
- คุณฎี อุดมอิทธิพงศ์, พิษญา ชาญนคร, และศศิธร เก็มเสน. (2563). ภาระของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ: บทความพึงพอใจวิชาการ. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 14(2), 48–68.
- ทวีศักดิ์ กลีผล, พิจิตรา ชูณหวิจิตรธรรม, ชฎาภา ประเสริฐทรง, ชนิกา เจริญจิตต์กุล, ศิริยุพานันสนานนท์, และอำพัน จารุทัศนากูร. (2563). ประสิทธิภาพของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 13(1), 102–115.
- ทศ ศัยวรรณวรรต. (2560). บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(2), 16–30.
- ทศ ศัยวรรณวรรต, และสุจิตรา กฤติยวรรต. (2562). พยาบาลกับการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(2), 1–12.
- ธัญญา สองเมือง, และอนัญญา สองเมือง. (2565). ความร่วมมือในการใช้ยาและการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภทหลังถูกส่งตัวรักษาต่อเนื่อง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(1), 70–79.
- นลิน ดวงปัญญา, และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. (2563). ประสิทธิภาพของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 32(2), 43–54.
- ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาต่างๆ. (2552, 30 มกราคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 126 ตอนพิเศษ 16 ง. หน้า 28–29. สืบค้นจาก <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/H014.pdf>
- พิษขุตา วิทวัสสำราญกุล. (2564). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 40(1), 19–29.
- พิชามญช์ อินทะพุด. (2564). *การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท: ความท้าทายสำหรับพยาบาลจิตเวช*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- ภัทราภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ. (2560). *การพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. เชียงใหม่: สมาร์ทโคดดิ้ง แอนด์ เซอร์วิส.
- มานิซ หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุนิษฐ์. (บ.ก.). (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วาสนา นามเหลา, ชนัดดา แบนเกษร, และดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 29(2), 23–35.
- วิลาลินี พิศณุ, และธรรมนาถ เจริญบุญ. (2562). ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 64(4), 317–336.
- วิไล นาป่า. (2561). การดูแลโดยครอบครัวและการเจ็บป่วยทางจิตครั้งแรก: ความท้าทายของการพยาบาลจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(1), 1–16.
- สร้อยญา วรรณชัยกุล. (2565). บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 49(1), 364–378.
- สายฝน เอกวรรณ. (บ.ก.). (2562). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1* (พิมพ์ครั้งที่ 5). นครศรีธรรมราช: สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สุรรยา โลหาชีวะ. (2561). ความเครียด และปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรก: บทบาทพยาบาล. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 11(1), 60–67.
- อินชา ทศนาชนชัย, พิชามณัฐ ปุณโณทก, วรรณรัตน์ ลาวัง, สุรภา สุขสวัสดิ์, และรัชนี้ สรรเสริญ. (2563). ปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชของญาติผู้ดูแล จังหวัดชลบุรี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(2), 106–121.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5TM)* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Caqueo-Urizar, A., Miranda-Castillo, C., Lemos Giráldez, S., Lee Maturana, S. L., Ramírez Pérez, M., & Mascayano Tapia, F. (2014). An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. *Psicothema*, 26(2), 235–243. doi:10.7334/psicothema2013.86
- Lohacheewa, S., Sitthimongkol, Y., Sirapo-ngam, Y., & Viwatwongkasem, C. (2016). Psychological distress of family members caring for a relative with first episode schizophrenia. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 20(3), 183–195. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/42718/51220>
- Napa, W., Tungpunkom, P., Sethabouppha, H., Klunklin, A., & Fernandez, R. (2017). A grounded theory study of Thai family caregiving process for relatives with first episode psychosis. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 21(2), 158–170. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/74254/67459>

- Poonnotok, P., Thampanichawat, W., Patoomwan, A., & Sangon, S. (2016). Struggling to restore normalcy: Thai parents' experiences in being caregivers of children with early schizophrenia. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 20(1), 71–84. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/36348/40680>
- Sin, J., Moone, N., Harris, P., Scully, E., & Wellman, N. (2012). Understanding the experiences and service needs of siblings of individuals with first-episode psychosis: A phenomenological study. *Early Intervention in Psychiatry*, 6(1), 53–59. doi:10.1111/j.1751-7893.2011.00300.x
- Videbeck, S. L. (2020). *Psychiatric-mental health nursing* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- World Health Organization. (2022). *Schizophrenia*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Zauszniewski, J. A., Bekhet, A. K., & Suresky, M. J. (2010). Resilience in family members of persons with serious mental illness. *The Nursing Clinics of North America*, 45(4), 613–626. doi:10.1016/j.cnur.2010.06.007
-

ปฐมพยาบาลผิด ชีวิตเปลี่ยน

First Aid Mistakes Can Make Matters Worse

กิ่งแก้ว

Received: April 11, 2023

Revised: April 18, 2023

Accepted: April 24, 2023

ฉันเชื่อว่าอุบัติเหตุ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ทุกเมื่อ และไม่มีใครอยากให้เกิดขึ้นอย่างแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก เป็นอีกหนึ่งอุบัติเหตุที่ใกล้ตัวทุกคนมากในชีวิตประจำวัน ดังนั้น การเรียนรู้วิธีการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเพื่อจะได้เตรียมพร้อมรับมือกับเหตุการณ์เหล่านี้ได้อย่างถูกต้อง และมีสติเป็นสิ่งที่สำคัญมาก โดยเฉพาะสติ ต่อให้มีความรู้มากแค่ไหน แต่ถ้าขาดสติ อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นก็คิดว่าเล็กน้อยหรือคิดว่าจบบมือได้ อาจกลายเป็นเรื่องใหญ่ได้ทันที และถ้าจะกล่าวถึงคำว่าแผลไหม้ มากกว่า 50% ของคนที่ได้ยินคำนี้ อาจรับรู้และเข้าใจว่าเป็นแผลไหม้จากความร้อน แต่เรื่องราวที่จะเล่าต่อไปนี้ เป็นเรื่องราวประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงจากอุบัติเหตุการมีแผลไหม้จากความเย็น

กล่าวมาถึงแผลไหม้จากความเย็นแล้ว ขอเล่าเรื่องราวที่เกิดขึ้นจริงกับตัวเองจากเหตุการณ์การซ่อมแผนกอิเล็กทรอนิกส์ของที่ทำงาน หลังจากได้ฟังวิทยากรบรรยายในภาคทฤษฎีที่ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงแล้ว คิดว่าตัวเองตั้งใจฟังในระดับหนึ่ง เพราะเป็นเรื่องที่ใกล้ตัว และวิทยากรบรรยายได้สนุก แต่การบรรยายในช่วงบ่ายของวัน ขอมอบว่ามีแอบพักสายตาง่วงเป็นระยะ ทำให้ไม่แน่ใจว่าได้รับข้อมูลจากวิทยากรทั้งหมด 100% หรือไม่ แต่ที่จำได้คือ ถึงดับเพลิงมีหลายชนิด หลายสี แต่ละสีมีสิ่งที่บรรจุภายในและมีคุณสมบัติที่แตกต่างกัน แต่ก็จำไม่ได้ทั้งหมด หลังจากการบรรยายภาคทฤษฎีเสร็จสิ้น มีการแบ่งกลุ่มเป็นสี่ๆ เพื่อการฝึกปฏิบัติ โดย

เริ่มจากการฟังสัญญาณเสียงเตือนไฟไหม้ ช้อมวิ่งลงบันได เราได้ซ่อมแบกถังดับเพลิงและสมมติการฉีดดับไฟ การซ่อมแผนแรกผ่านไปได้ด้วยดี

แผนการซ่อมที่ 2, 3 และ 4 ใช้พื้นที่ด้านล่างของอาคารซึ่งเป็นลานกว้างๆ ภาพที่เห็นตรงหน้าคือถึงดับเพลิงสีแดงหลายใบ ผู้อบรมถูกแบ่งเป็นกลุ่มและเข้าแถวตามกลุ่ม การซ่อมแผนที่ 2 เริ่มจากวิทยากรสาธิตและให้ผู้อบรมทุกคนได้ลองปฏิบัติ ซึ่งก็ผ่านไปได้ด้วยดี แผนที่ 3 เรารู้ว่าแผนที่ 3 มีความ advance ใจหนึ่งอยากลองทำ มันดูเท่และน่าสนใจมาก แต่อีกใจหนึ่งก็กลัว แต่เมื่อมีเพื่อนๆ เริ่มทยอยลงทำบ้างแล้ว และผ่านไปได้ด้วยดี ใจที่มีความอยากรู้อยากลองอยากทำก็สั่งให้เราออกไป ความรู้สึกมันพุ่งทะยานไปหมด ทั้งตื่นเต้นทั้งกลัวผสมปนๆ กันไป ทำให้ไม่ได้รับรู้ว่า จะหยิบถังดับเพลิงเดิมที่เพื่อนคนก่อนหน้านั้นเพิ่งใช้ไป และสังเกตเห็นวาร์บๆ ถึงมีผงสีขาวอยู่ ซึ่งจริงๆ ก็ไม่แน่ใจว่าเป็นผงของอะไร และจะมีอันตรายหรือไม่ ทำทางในการแบกถังของเรา เราคิดว่าเราทำถูกต้องตามที่วิทยากรสาธิต แต่แตกต่างกันตรงที่วิทยากรใส่เสื้อแขนยาว แต่เราใส่เสื้อแขนสั้น ดังนั้นจึงมีส่วนของถังดับเพลิงที่สัมผัสกับแขนด้านซ้าย เหตุการณ์ช่วงนั้นมันเร็วมาก ระยะเวลาไม่นานเกิน 45 วินาที แต่น่าจะนานกว่าเพื่อนคนอื่น เพราะถึงดับเพลิงนี้ใช้ไปแล้ว ทำให้แรงกดของสารเคมีออกมาน้อย จนทำให้ใช้เวลาในการดับไฟนาน ความรู้สึกที่แบกถังในตอนนั้นคือ

ค่อนข้างหนักและแขนเย็น นับเป็นความรู้ครั้งแรกว่า
ถึงดับเพลิงที่ถูกใช้ไปแล้วจะมีความเย็น

หลังจากที่วางถังดับเพลิงลงบนพื้น สิ่งแรกที่
มองเห็นคือ แขนด้านซ้ายมีผงสีขาวปิดอยู่ คล้ายๆ กับ
ผงของน้ำแข็งแข็ง แต่อีกใจหนึ่งคิดว่าผิวหนังลอก
ติดอยู่กับถังดับเพลิงที่เพิ่งวางไป เพื่อนๆ ทุกคนใน
เหตุการณ์วันนั้นตกใจและรีบพาเราไปที่ห้องพักห้องหนึ่ง
แต่ละคนเป็นห่วง รีบพาไปล้างแขน วังไปเอาน้ำแข็ง
และเตรียมถังใส่น้ำและน้ำแข็งให้เราเอาแขนแช่ มาถึง
ตรงนี้ต้องบอกก่อนว่า สิ่งที่ทุกคนกำลังทำเป็นสิ่งที่
วิทยาการได้แชร์ประสบการณ์ไว้ก่อนหน้านี้ว่า เป็นวิธี
การปฐมพยาบาลที่ได้ผลจริงและได้ผลดี ซึ่งหลายๆ คน
ที่ช่วยเหลือและช่วยปฐมพยาบาลเราอยู่ตรงนั้นรวมทั้ง
เราด้วยเป็นพยาบาลที่นับว่ามีความรู้และประสบการณ์
การเรียนการสอนและการช่วยเหลือผู้ที่มีแผลไฟไหม้
จากความร้อนมาแล้วเกือบทุกคน แต่สิ่งที่เรากำลังประสบ
เป็นสิ่งที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อนในชีวิต ทำให้
การปฐมพยาบาลได้มาจากสิ่งที่วิทยาการแชร์มาทั้งหมด
จนลืมนึกไปว่า มันคือแผลไหม้จากความร้อนและใช้
ความร้อนจากถังน้ำแข็งในการปฐมพยาบาล

ความตื่นเต้น ความรู้่นายจากการช่วยเหลือ
ที่เราได้รับจากเพื่อนๆ ที่อยู่ตรงนั้นเริ่มเพลาลง เรา
เดินกลับไปห้องพักพร้อมกับเพื่อนอีก 2-3 คนที่เดิน
ไปเป็นเพื่อน แผลที่แขนเรายาวประมาณ 1 ไม้มรรทัด
แดงๆ เย็นๆ เราใช้เวลาในการนั่งแช่แขนในถังน้ำแข็ง
ประมาณ 45 นาที ความสงบทำให้เริ่มหาข้อมูลวิธี
การปฐมพยาบาลจาก website ต่างๆ โดยข้อมูลที่ได้
คือ ถ้ามีแผลไหม้จากความร้อนให้ใช้น้ำอุ่นหรือน้ำ
อุณหภูมิห้อง ในช่วงที่อ่านเจอข้อความนี้ แขนที่แดง
เริ่มบวมมากขึ้น (ภาพที่ 1) เราตัดสินใจไปโรงพยาบาล
ทันที ระยะเวลาจากเหตุการณ์จนได้เข้าพบหมอใน
ห้องฉุกเฉินประมาณ 2 ชั่วโมง หมอบอกเราว่าเป็น
แผลไหม้ระดับ 2 แบบต้น เราได้ถามหมอถึงเรื่อง
การปฐมพยาบาลที่ถูกต้อง ก็ได้คำตอบว่า การลด
ความร้อนให้ได้เร็วที่สุดคือวิธีที่ถูกต้อง โดยแนะนำให้ใช้

น้ำอุณหภูมิห้อง ไม่ใช้น้ำอุ่น เพราะความอุ่นของแต่ละคน
ไม่เท่ากัน หากอุ่นจนถึงร้อนเกินไป ก็จะเป็นอันตราย
ต่อเนื้อเยื่อผิวหนัง ในห้องฉุกเฉินได้ล้างแผลด้วยน้ำเกลือ
และทาด้วย terramycin (ยาฆ่าเชื้อที่ใช้ทาเฉพาะที่)
ปิดแผลด้วยก๊อช ให้กลับบ้านและนัดมาทำแผลวันวัน

การเปิดแผลครั้งที่ 2 ลักษณะแผลเป็นผิวหนังพอง
มีน้ำใส ขณะที่เปิดแผลมีบางส่วนแตก หมอทำแผล
และลอกหนังสีน้ำตาลส่วนที่ยังไม่แตกออกทั้งหมด
สิ่งที่เห็นคือ ผิวหนังสีชมพู (ภาพที่ 2) ความรู้สึกตอนนั้น
ยังไม่ได้กลัวว่าจะเป็นอะไรมาก กังวลแค่เพียงเรื่อง
แผลเป็นเท่านั้น หลังทำแผลปิดด้วย aquacel foam
(แผ่นโฟมสำหรับปิดแผลและดูดซับสารคัดหลั่งจาก
แผลได้) และให้กลับบ้าน นัดมาในอีก 2 วัน การเปิด
แผลครั้งที่ 3 (ภาพที่ 3) เป็นแผลที่มีลักษณะเป็นเนื้อ
สีเหลืองๆ ไม่แดงดีเท่าที่เราคิด แต่ยังมีความรู้สึกเจ็บๆ
อยู่บ้าง หมอแจ้งว่าจะต้องตัดเนื้อส่วนที่เหลืองๆ ออก
หรือเรียกว่าการตัดตกแต่งแผล (debridement) โดย
การฉีดยาชาอรอบๆ แผลก่อนทำ เราทั้งตื่นเต้น กลัว
กังวล และเจ็บ แต่ยังเป็นการเจ็บที่ทนได้ หลังจาก
ที่ตัดตกแต่งเรียบร้อยแล้ว หมอแจ้งว่าแผลไหม้เปลี่ยนจาก
ระดับ 2 แบบต้น เป็นระดับ 2 แบบลึก สภาพแผลเป็น
เนื้อเยื่อสีชมพูที่มีเลือดซึมๆ (ภาพที่ 4) ปิดแผลด้วย
แผ่นปิดแผลแบบเดิม ให้กลับบ้านและนัดมาอีกครั้ง
ในวันรุ่งขึ้น การเปิดแผลครั้งที่ 4 (ภาพที่ 5) แผล
มีลักษณะซึดๆ เหลืองๆ และกดไม่เจ็บ สีหน้าหมอ
ดูไม่ค่อยดีนักแล้วบอกว่า “มันน่าจะเป็นไหม้ระดับ 3
แล้วครับ” ความรู้ที่ได้เรียนมาก็ลอยมาในหัว และรู้ทันที
ว่าการรักษาในขั้นตอนต่อไปคือ การปลูกถ่ายผิวหนัง
(skin graft) และสิ่งที่ได้ยินจากหมอก็ตรงกับสิ่งที่เราคิด
หมอให้เหตุผลว่าแผลจะหายเร็ว อัตราการติดเชื้อน้อย
คำถามแรกคือ ใช้ผิวหนังส่วนไหนในการปลูกถ่าย
คำตอบที่ได้คือ บริเวณขาหนีบ และหลังจากที่เราได้
ปรึกษาคนที่บ้านแล้วจึงตัดสินใจทำ ซึ่งหมอนัดมาทำ
ในอีก 2 วันต่อมา

ขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดเป็นไปตามทฤษฎีที่เรียนมา ใช้การระงับความรู้สึกตัวทั่วร่างกาย (general anesthesia) ซึ่งเป็นประสบการณ์ครั้งที่ 2 ของเรา เราจึงไม่ตื่นเต้นมาก แต่กังวลเรื่องการหายของแผลมากกว่า กระบวนการผ่าตัดผ่านไปได้ดี พักฟื้นในโรงพยาบาล 2 คืน และกลับไปพักฟื้นที่บ้าน โดยเป็นการเจ็บป่วยที่ใช้ระยะเวลาในการพักฟื้นนานที่สุดคือ ประมาณ 15 วัน วันแรกที่เปิดแผล (ภาพที่ 6) สภาพแผลไม่ค่อยสวยซึ่งเป็นไปตามที่เราคาด แต่ผิวหนังที่ปลูกถ่ายไว้ติดดีมากกว่า 95% ซึ่งน่าพอใจ หลังจากเปิดแผล มีการติดเชื้อของแผล 2 ครั้ง เปลี่ยนยาฆ่าเชื้อ และเข้า-ออกโรงพยาบาลมากกว่า 10 ครั้ง จนวันนี้ผ่านมาได้ประมาณ 6 เดือน จากแผลปลูกถ่ายผิวหนังกลายเป็นแผลเป็นที่มีลักษณะนูน (keloid) ซึ่งยังคงปิดแผลเป็นด้วยพลาสติกกันแดด จนทุกวันนี้มีน้อยคนนักที่จะได้เห็นแผลนี้

จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมดนี้ ทำให้เราได้เรียนรู้และได้ข้อคิดมากมาย เราได้เห็นครอบครัวที่รักและหวังดีกับเรา การปฐมพยาบาลเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่ง หากปฐมพยาบาลผิด จากแผลไหม้เพียงเล็กน้อยอาจกลายเป็นแผลเป็นนูนที่ต้องใส่พลาสติกตลอดเวลาที่อยู่นอกบ้าน เพราะไม่อยากให้ใครต้องเห็นความไม่สวยงามของตัวเอง การมีสติเป็นสิ่งที่สำคัญมากต่อให้มีความรู้ท่วมหัวแต่ไหน แต่ถ้าไม่มีสติก็ไม่สามารถช่วยอะไรเราได้เลยจริงๆ การเอาตัวเองเข้าไปอยู่ในความเสี่ยงต่างๆ ก็เป็นเรื่องที่เราควรหลีกเลี่ยง และพึงใช้ชีวิตอย่างมีสติมากขึ้น จากประสบการณ์ที่เล่ามาทั้งหมดนี้เป็นเพียงอุทาหรณ์และข้อเตือนใจสำหรับผู้อ่าน ขอขอบพระคุณครอบครัวที่ไม่เคยซ้ำเติมและอยู่เคียงข้างตลอดมา และขอขอบคุณกัลยาณมิตรรอบตัวที่ให้ความช่วยเหลือในทุกๆ ด้านเป็นอย่างดี อย่างน้อยในความโชคร้ายของเราก็คงเห็นว่าชีวิตมีความโชคดี



