



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ISSN 0858-110X

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ปีที่ 27 ฉบับที่ 2 มีนาคม - สิงหาคม 2559 Vol.27 No.2 March - August 2016



รายงานการวิจัย

- อายุ การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การย้ายถิ่น และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ในการกำหนดยการฟากครรภ์ในมารดาหลังคลอด: การศึกษาย้อนหลัง
- พลของโปรแกรมการประยุกตใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง
- พลของการส่งเสริมการพัฒนาตนเองเพื่อเตรียมความพร้อม ก่อนการฝึกภาคปฏิบัติต่อความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ในหอผู้ป่วยหนักของนักศึกษาพยาบาล
- ความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคของศูนย์เด็กเล็กที่อยู่ใน ความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี
- คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุดตัน ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง
- นวัตกรรมแผ่นเจลประติษฐ์เพื่อใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและบำบัดทางการพยาบาล
- แบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิง
- ยุทธศาสตร์การนำคุณค่าของผู้สูงอายุมาสู่สังคมอย่างสร้างสรรค์ บนพื้นฐานการสร้างหลักประกันคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชากรทุกวัย บทความวิชาการ
- รูปแบบการดูแลแบบใกล้: แนวคิด และการประยุกตใช้ในการดูแล ผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- บทบาทพยาบาลในการลดความวิตกกังวลจากการพรากจากของเด็กวัยก่อนเรียน
- โรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศ: บทบาทพยาบาล
- กระบวนการในการดูแลสุขภาพชุมชน: บทบาทพยาบาลชุมชน
- การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเด็กที่มีภาวะไตบาเจ็บบพลันที่ได้รับ การบำบัดทดแทนไตชนิด Continuous Venovenous Hemofiltration
- การปรับพฤติกรรมการดื่มสุราในชุมชน
- บทความพิเศษ
- ประสบการณ์การขึ้นตึกครั้งแรก

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ปีที่ 27 ฉบับที่ 2 มีนาคม - สิงหาคม 2559

Vol.27 No.2 March - August 2016

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
36 ถนนเลียบบเนิน ตำบลวัดใหม่ อำเภอเมือง
จังหวัดจันทบุรี 22000

ฝ่ายจัดการ

1. นายคณิง สัตร์รักษ์
2. นางสาวชลิตา วรภูมิพิศาล

ที่ปรึกษา

รศ. พ.ต.ต.หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุนหปราน
ข้าราชการบำนาญ (9/82 ข.ทองเกษร ลาตพร้าว 71 กรุงเทพฯ)

นางกาญจนา ร้อยนา

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา

รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ

บรรณาธิการ

นางสาวคณิสร์ แก้วแดง

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลศึกษา)

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการ
ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาพยาบาล
การบริหารการพยาบาล และการสาธารณสุข

กำหนดออกเผยแพร่

ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 กันยายน - กุมภาพันธ์

(รับบทความถึงสิ้นเดือนสิงหาคม)

ฉบับที่ 2 มีนาคม - สิงหาคม

(รับบทความถึงสิ้นเดือนกุมภาพันธ์)

กองบรรณาธิการ

ผู้ทรงคุณวุฒิ (ภายนอก)

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. ผศ. ดร.ลัษวี ปิยะบัณฑิตกุล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 2. ผศ. ดร.ทัศนาศ ทวีคุณ | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา |
| 4. ดร.พรรษา เศรษฐบุปผา | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 5. ผศ. ดร.อรพรรณ ไตสิงห์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. รศ. ดร.สมใจ พุทธิพิทักษ์ผล | สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช |
| 7. ผศ. ดร.นิตยา ตากวิริยะนันท์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 8. ผศ. ดร.พรชัย จุลเมตต์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |

กองบรรณาธิการ (ภายใน)

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. นางสุมาลี ราชนิยม | ภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล |
| 2. ดร.ชญาดา เนตร์กระจำ | ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ |
| 3. นางสาวรสสุคนธ์ เจริญสัตย์ศิริ | ภาควิชาการพยาบาลเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ |

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

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers)

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. ดร.กุลธิดา พานิชกุล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ |
| 2. ดร.มัทนา เหมชะญาติ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ |
| 3. ดร.เชษฐา แก้วพรม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ |
| 4. ดร.วิรัตน์ สุกุลสันติพร | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ |
| 5. ผศ. ดร.ถาวร มาด้น | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง |
| 6. รศ. ดร.ปรารธนา สถิตย์วิภาวี | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 8. ผศ. ดร.หทัยชนก บัวเจริญ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 9. ผศ. ดร.พิมสุภาว จันทนะโสตร์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 10. ผศ. ดร.ปราณี ชีโรสถ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 11. ดร.เพชรรัตน์ เจริญ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต |
| 12. ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 13. ดร.วรพล แวงนอก | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ |
| 14. ดร.ศรีสกุล เนียบแหลม | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 15. ดร.ชดช้อย วัฒนะ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 16. ดร.ทองสวย สีทานนท์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 17. ดร.พรฤดี นิธิรัตน์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 18. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 19. ดร.ธัสมน นามวงษ์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 20. ดร.ชญาดา เนตร์กระจำ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ISSN 0858-110X

ปีที่ 27 ฉบับ 2 มีนาคม - สิงหาคม 2559

Vol.27 No.2 March - August 2016

หน้า

รายงานการวิจัย

- อายุ การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การย้ายถิ่น และการเข้าถึงบริการสุขภาพ
ในการทำนายนการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอด: การศึกษาย้อนหลัง
บุหงา มะนาวหวาน ฉวีวรรณ อยู่สำราญ นันทนา ธนาโนวรรณ 1
- ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมป้องกัน
โรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง
รำไพ นอกตาจัน 16
- ผลของการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติต่อ
ความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักของนักศึกษาพยาบาล
ณงนภัทร รุ่งเนย จันทรจิรา สีสว่าง 29
- ความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคของศูนย์เด็กเล็กที่อยู่ในความรับผิดชอบ
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี
กาญจนาวรรณ บัวจันทร์ 39
- คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุดตันที่ได้รับการรักษา
ในหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง
นิ่มนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์ อรุณี ชาญชัย ปิ่นนเรศ กาศอุดม
คณิสสร แก้วแดง 54
- นวัตกรรมแผนผังประติมากรรมเพื่อใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและบำบัดทางการพยาบาล
ปราณี ธีรโสภณ นิตยา พันธงาม นริชชญา หาดแก้ว 65
- แบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมที่มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิง
สุติมา เทียนชัยทัศน์ เขมรดี มาสิงบุญ จันทนา วัชรสินธุ์ 78
- ยุทธศาสตร์การนำคุณค่าของผู้สูงอายุมาสู่สังคมอย่างสร้างสรรค์
บนพื้นฐานการสร้างหลักประกันคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชากรทุกวัย
ศิริกมลศรี วงศ์ทองดี สิริวิทย์ อัสโร ชูเกียรติ มุทธากาญจน์
สมชาย ปัญญาเจริญ วรพงศ์ แสงพัด 95



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ISSN 0858-110X

ปีที่ 27 ฉบับ 2 มีนาคม - สิงหาคม 2559

Vol.27 No.2 March - August 2016

หน้า

บทความวิชาการ

- รูปแบบการดูแลแบบไคด์: แนวคิด และการประยุกต์ใช้ในการดูแล
ผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ณัฐวรรณ สุวรรณ 111
- บทบาทพยาบาลในการลดความวิตกกังวลจากการพาราจากของเด็กวัยก่อนเรียน
ณิชนันท์ ชีวานนท์ 123
- โรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศ: บทบาทพยาบาล
ชัชวาล วงศ์สารี 133
- กระบวนการในการดูแลสุขภาพชุมชน: บทบาทพยาบาลชุมชน
กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม 140
- การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเด็กที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต
ชนิด Continuous Venovenous Hemofiltration
กัลยพัทธ์ นิยมวิทย์ จริญญา วรรณโชติ 149
- การปรับพฤติกรรมการดื่มสุราในชุมชน 160
ศุภกมลสิริ ยุทธวิสุทธิ อริญญา บุญธรรม มงคล ส่องสว่างธรรม
กมลนิชา อนันต์ ธัญพร บัวเหลือง ศรีสกุล เฉียบแหลม

บทความพิเศษ

- ประสบการณ์การขึ้นตึกครั้งแรก 169
ฉัตรทิพย์ รัตนธรรม

ส

า

ร

บ

ญ

บรรณาธิการ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 27 ฉบับที่ 2 นี้ นำเสนอรายงานการวิจัยทั้งในด้านการปฏิบัติการพยาบาลและด้านการศึกษาพยาบาล สำหรับบทความวิชาการได้นำเสนอสาระเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลแบบไคด์ การลดความวิตกกังวลจากการพรากจาก โรคห่อนสมรรถภาพทางเพศ กระบวนการในการดูแลสุขภาพชุมชน การบำบัดทดแทนไตชนิด continuous venovenous hemofiltration และการปรับพฤติกรรมการดื่มสุราในชุมชน ส่วนบทความพิเศษนั้น เป็นเรื่องเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติงานครั้งแรกของนักศึกษาพยาบาล คณะผู้จัดทำวารสารฯ มุ่งหวังว่าผู้อ่านทุกท่านจะได้รับประโยชน์ในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และมุมมองต่างๆ ในประเด็นดังกล่าวบ้างไม่มากก็น้อย อย่างไรก็ตามกองบรรณาธิการวารสารฯ ตระหนักดีว่าองค์ความรู้ในด้านต่างๆ นั้นยังมีอีกมาก วารสารฯ ฉบับนี้สามารถนำเสนอได้เพียงบางส่วนเท่านั้น

สำหรับวารสารฯ ฉบับหน้า จะเป็นการนำเสนอในสาระหลักเกี่ยวกับการพยาบาล การสาธารณสุข และสุขภาพอีกเช่นเคย ดังนั้น ถ้าท่านมีความประสงค์ที่จะลงตีพิมพ์รายงานการวิจัย บทความวิชาการหรือบทความพิเศษในวารสารฯ ขอให้ท่านส่งต้นฉบับมายังกองบรรณาธิการตามคำแนะนำที่อยู่ด้านหลังของวารสารฯ ฉบับนี้

คณิศร แก้วแดง
บรรณาธิการ

อายุ การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การย้ายถิ่น และการเข้าถึงบริการสุขภาพ
ในการทำนายการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอด: การศึกษาย้อนหลัง *

Age, Education, Social Support, Migration, and Access to Health Services
Predicting Antenatal Visits in Postpartum Mothers: Retrospective Study *

บุษภา มะนาวหวาน, พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง) **

Bu-nga Manowwhan, M.N.S. (Advanced Midwifery) **

ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, Ph.D. (Nursing) ***

Chaweewan Yusamran, Ph.D. (Nursing) ***

นันทนา ธนาโนวรรณ, Ph.D. (Nursing) ****

Nanthana Thananowan, Ph.D. (Nursing) ****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาอำนวยการทำนาย เพื่อศึกษาอำนวยการทำนายของอายุ การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การย้ายถิ่น และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ต่อการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่าง เป็นมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 295 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่มีค่าความเชื่อมั่น .92 และแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีค่าความเชื่อมั่น .90 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน 2557 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การศึกษา ($r = .205, p < .001$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = .372, p < .001$) และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($r = .326, p < .001$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การย้ายถิ่น ($r = -.335, p < .001$) และพบว่าการศึกษา การย้ายถิ่น และการเข้าถึงบริการสุขภาพ สามารถทำนายการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอดได้ร้อยละ 31.90 (Nagelkerke $R^2 = .319, p < .05$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลควรให้การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะในมารดาที่ย้ายถิ่นหรือที่มีปัญหาการสื่อสาร โดยใช้ล่ามมาช่วยในขั้นตอนการฝากครรภ์ และควรเปิดให้บริการรับฝากครรภ์นอกเวลารวมถึงการบริการรับฝากครรภ์เชิงรุกในแหล่งชุมชนที่ห่างไกลจากสถานบริการ

คำสำคัญ : อายุ การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การย้ายถิ่น การเข้าถึงบริการสุขภาพ การฝากครรภ์
มารดาหลังคลอด

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** มหาวัฒนิตสาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

Abstract

This predictive research aimed at investigating predictive power of age, education, social support, migration, and access to health services to predict antenatal services in postpartum mothers. The sample consisted of 295 postpartum mothers at Magarak hospital, Kanchanaburi province. Research instruments composed of a personal data interview protocol, a pregnancy and delivery record form, a social support questionnaire with the reliability of .92, and an access to health services questionnaire with the reliability of .90. Data were collected from March to June, 2014. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation coefficient, and logistic regression analysis.

The study findings revealed that there were statistically significantly positive relationships between antenatal visits in postpartum mothers and these following factors; education ($r = .205, p < .001$), social support ($r = .372, p < .001$), and access to health services ($r = .326, p < .001$). Also, there was statistically significantly negative relationship between antenatal visits in postpartum mothers and migration ($r = -.335, p < .001$). In addition, it was found that social support, migration, and access to health services could co-predict antenatal visits in postpartum mothers by 31.90% (Nagelkerke $R^2 = .319, p < .05$).

This study suggested that nurses should provide social support to pregnant women, especially those who have history of migration or who have communication problems, by using an interpreter to facilitate their access to antenatal services. In addition, there should be an after-hour antenatal services. Finally, nurses should have a proactive practice guideline by offering mobile antenatal services in the remote community.

Keywords : Age, Education, Social support, Migration, Access to health services, Antenatal visits, Postpartum mothers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฝากครรภ์เป็นการดูแลสุขภาพพื้นฐานที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ การฝากครรภ์ครอบคลุมการเข้าถึงการดูแลทางการแพทย์ และการสนับสนุนช่วยเหลือด้านจิตสังคม โดยเริ่มตั้งแต่วะก่อนตั้งครรภ์จนถึงระยะก่อนคลอด (จันทร์รัตน์ เจริญสันติ, 2554; Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, & Spong, 2010) การฝากครรภ์จะช่วยป้องกันและส่งเสริมให้มารดาและทารกในครรภ์มีสุขภาพแข็งแรงตลอดการตั้งครรภ์ และต่อเนื่องไปจนถึงหลังคลอด เนื่องจากจะได้รับการตรวจประเมินคัดกรองความผิดปกติ

หรือภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญตามอายุครรภ์ เช่น การประเมิน การเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารก การตรวจค้นหาสาเหตุของความผิดปกติแต่กำเนิด เพื่อวินิจฉัยและให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากบุคลากรทางสุขภาพ เช่น การปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ การเตรียมตัวเข้าสู่ระยะคลอด รวมถึงความรู้เกี่ยวกับการปรับตัวของสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว ให้มีความพร้อมสำหรับการคลอด ตลอดจนการปรับตัวเข้าสู่บทบาทใหม่ เป็นต้น (จันทร์รัตน์ เจริญสันติ, 2554; อติฉิน ศรีสมบุญ, เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร, จวีวรรณ อยู่สำราญ, และวรรณ พานูวัฒนกร, 2554; ปาริฉัตร

อารยะจารุ, 2555; Cunningham et al., 2010)

การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ทำให้สตรีตั้งครรภ์ขาดความรู้ ไม่ได้รับยาบำรุงเลือด ไม่ได้รับการตรวจประเมินคัดกรองความผิดปกติ ตลอดจนอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญตามอายุครรภ์ ซึ่งผลกระทบด้านมารดาที่พบบ่อยได้แก่ อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรม เช่น ภาวะโลหิตจาง การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ และอัตราตายของมารดา (ทัศนีย์ หล้าเนียม, 2553; เอื้อมพร ราชภูติ, 2553; จันทรรัตน์ เจริญสันติ, 2554; Cunningham et al., 2010; Baker & Rajasingam, 2012) ส่วนผลกระทบด้านทารกได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด การคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย คะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาทิตี่ 5 น้อยกว่า 7 คะแนน และการเพิ่มอัตราตายของทารกแรกเกิด (Chen, Wen, Yang, & Walker, 2007; Das, Dhulkotia, Brook, Amu, 2007; Raatikainen, Heiskanen, & Heinonen, 2007; Reime, Lindwedel, Ertl, Jacob, Schücking, & Wenzlaff, 2009; Debiec, Paul, Mitchell, & Hitti, 2010; Baker & Rajasingam, 2012; Vieira, Coeli, Pinheiro, Brandão, Camargo, & Aguiar, 2012; Coley & Aronson, 2013) สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดการฝากครรภ์คุณภาพ โดยให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแลระหว่าง การตั้งครรภ์ โดยการฝากครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้ง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คือ ในช่วง 6 เดือนแรก (24 สัปดาห์) ของการตั้งครรภ์ ควรมาตรวจอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยเน้น การมาตรวจครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ไม่เกิน 3 เดือน (12 สัปดาห์) ส่วนในช่วง 6-7 เดือน (25-28 สัปดาห์) ในช่วง 7-8 เดือน (29-32 สัปดาห์) และในช่วง 8-9 เดือน (33-36 สัปดาห์) ควรได้รับการตรวจครรภ์อย่างน้อยช่วงละ 1 ครั้ง (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2546) ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกที่ว่าสตรีตั้งครรภ์ควร ได้รับการดูแลในระยะแรกของการตั้งครรภ์ภายในไตรมาสแรก และมาฝากครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้ง โดยการฝากครรภ์ ครั้งแรกควรมาก่อนหรือเมื่ออายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ครั้งที่สองเมื่ออายุครรภ์ 26 สัปดาห์ ครั้งที่สามเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ และครั้งที่สี่เมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ (World

Health Organization: WHO, 2006 cited in Viegas Andrade, Noronha, Singh, Rodrigues, & Padmadas, 2012)

ถึงแม้ว่าการฝากครรภ์จะส่งผลดีและสามารถลด อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ แต่พบว่ามีสตรีตั้งครรภ์ จำนวนไม่น้อยที่มาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ดังจะเห็นได้จากผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของจังหวัด กาญจนบุรี ในช่วงปี พ.ศ. 2552-2555 พบว่ามารดา หลังคลอดที่เป็นคนไทยมีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ เพียงร้อยละ 79.07, 80.93, 82.23 และ 75.01 ตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้คือ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555) จากสถิติ ของโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี ในปี พ.ศ. 2555 พบว่ามีมารดาหลังคลอดที่มาฝากครรภ์ไม่ครบตาม เกณฑ์ร้อยละ 26.82 ในจำนวนนี้เป็นคนไทยร้อยละ 80 และเป็นคนต่างด้าวร้อยละ 20 ส่วนใหญ่มาฝากครรภ์ ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ ในมารดากลุ่มนี้ มีภาวะโลหิตจางร้อยละ 50.15 มีภาวะความดันโลหิตสูง ในขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 8.10 มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนดร้อยละ 5.36 ทารกแรกเกิดเข้ารับการรักษาในเด็ก ผู้ป่วยเด็กวิกฤตร้อยละ 25.23 พบภาวะทารกแรกเกิด น้ำหนักตัวน้อยร้อยละ 15.14 และพบภาวะตายคลอด ในทารกแรกเกิดร้อยละ 1 (หน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ จากการศึกษา ในสตรีตั้งครรภ์ชาวไนจีเรีย จำนวน 400 คน พบว่าสตรี ตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 25 ปี มีแนวโน้มฝากครรภ์ครบ ตามเกณฑ์เพิ่มขึ้น คิดเป็น 2.230 เท่า เมื่อเทียบกับสตรี ตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 25 ปี (OR = 2.230, 95% CI = 1.100-4.100, $p < .05$) (Dairo & Owoyokun, 2010) และพบว่าการศึกษามีอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ ของสตรีตั้งครรภ์ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาสูงกว่า มีโอกาสได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ ได้ดีกว่า ส่งผลให้มีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์สูงกว่า สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีการศึกษา สูงกว่าระดับพื้นฐานมีแนวโน้มต่อการฝากครรภ์ครบ

ตามเกณฑ์เพิ่มขึ้น คิดเป็น 1.630 เท่า ของสตรีที่ไม่ได้รับการศึกษา ($OR = 1.630, 95\% CI = 1.250-2.130, p < .01$) (Sagna & Sunil, 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .303, p < .01$) (มะลิวรรณ หมั่นแก้วลำวิจิต, 2551) และพบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอในมารดาหลังคลอด ประเทศอินโดนีเซีย จำนวน 177 คน พบว่ามารดาที่มีระยะการเดินทางน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 กิโลเมตร มีแนวโน้มต่อการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ลดลง คิดเป็น .280 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาที่มีระยะการเดินทางมากกว่า 5 กิโลเมตร ($OR = .280, 95\% CI = .120-.620, p < .01$) นอกจากนี้ มารดาที่มีระยะเวลาการรอคอยบริการน้อยกว่า 30 นาที มีแนวโน้มที่จะฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ลดลง คิดเป็น .270 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาที่มีระยะเวลาการรอคอยบริการมากกว่า 30 นาที ($OR = .270, 95\% CI = .120-.600, p < .001$) (Effendi, Isaranurug, & Chompikul, 2008) และพบว่าช่วงเวลาที่เปิดให้บริการเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ (Garcia & Duckett, 2009; Coker, Sareen, Chung, Kennedy, Weidmer, & Schuster, 2010) เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวตรงกับเวลาเรียนและเวลาทำงานปกติ ทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถมารับบริการได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการย้ายถิ่นเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ (Korinek & Smith, 2011) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพในกลุ่มมารดาที่มีการย้ายถิ่นและกลุ่มที่ไม่มีการย้ายถิ่นในประเทศอังกฤษ จำนวน 18,819 คน พบว่ามารดาที่มีการย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์มีแนวโน้มต่อการมาฝากครรภ์ล่าช้าเพิ่มขึ้น คิดเป็น 1.050 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาที่ไม่มีการย้ายถิ่น ($OR = 1.050, 95\% CI = .950-1.150, p < .05$) (Tunstall, Pickett, & Johnsen, 2010)

จากสถิติการย้ายถิ่นของจังหวัดกาญจนบุรีในช่วงปี พ.ศ. 2554-2556 พบว่ามีประชากรไทยย้ายถิ่นเข้ามาในจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 49,622 คน, 44,382 คน และ 41,837 คน ตามลำดับ (ศูนย์บริการการทะเบียนภาค 7 สาขาจังหวัดกาญจนบุรี, 2557) ซึ่งในกลุ่มนี้มีสตรีตั้งครรภ์รวมอยู่ด้วย และสตรีตั้งครรภ์บางคนไม่ได้รับการดูแลก่อนคลอดครบตามเกณฑ์ โดยอำเภอท่ามะกาเป็นเขตพื้นที่ภาคเกษตรกรรมการปลูกอ้อยและมีโรงงานอุตสาหกรรมค่อนข้างมาก จึงมีทั้งคนไทยและคนต่างด้าวย้ายถิ่นเข้ามาเพื่อรับจ้างทำงาน ประกอบกับพื้นที่แถบตะวันตกของจังหวัดมีอาณาเขตติดต่อกับประเทศสหภาพพม่า ทำให้มีคนพม่าย้ายถิ่นเข้ามาเพื่อหางานทำ ดังจะเห็นได้จากสถิติการคลอดของโรงพยาบาลมะการักษ์ อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการคลอดบุตรในช่วงปี พ.ศ. 2554-2556 เป็นคนต่างด้าวร้อยละ 18.82, 20.49 และ 22.73 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี และในจำนวนนี้เป็นคนพม่าร้อยละ 99 โดยในปัจจุบันพบว่ายังไม่มีข้อมูลที่ศึกษาปัญหาการฝากครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ทั้งในกลุ่มคนไทยและคนต่างด้าวของโรงพยาบาลมะการักษ์ จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรอายุ การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การย้ายถิ่น และการเข้าถึงบริการสุขภาพในการทำนายการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอดที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลมะการักษ์ ทั้งนี้ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมการดูแลสตรีตั้งครรภ์เพื่อให้มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของอายุ การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การย้ายถิ่น และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ต่อการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอด

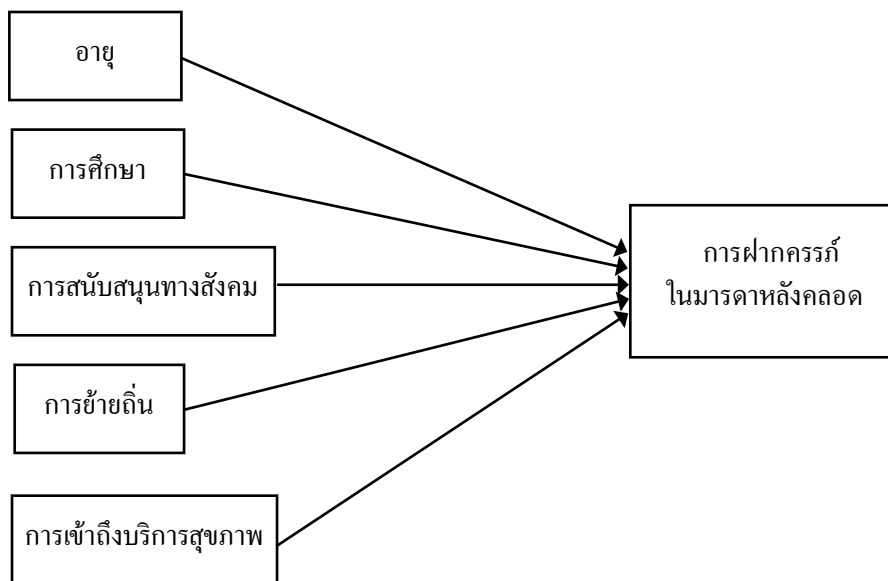
สมมติฐานการวิจัย

อายุ การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การย้ายถิ่น และการเข้าถึงบริการสุขภาพ สามารถทำนายการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอดได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาการฝากครรภ์ในมารดา
หลังคลอด โดยคัดสรรตัวแปรที่ใช้ในการทำนายการฝากครรภ์

รวมทั้งสิ้น 5 ตัว ได้แก่ อายุ การศึกษา การสนับสนุน
ทางสังคม การย้ายถิ่น และการเข้าถึงบริการสุขภาพ สรุปเป็น
กรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาอำนาจ
การทำนาย (predictive research) โดยงานวิจัยได้รับ
การพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นมารดา
หลังคลอดในโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี
ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน 2557 จำนวน
538 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ
1) ผ่านการฝากครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง 2) มีสุขภาพแข็งแรง
ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด 3) สามารถสื่อสารภาษาไทย
ได้ หรือสื่อสารผ่านล่ามที่ใช้ภาษาพม่า มอญ หรือกะเหรี่ยง
และ 4)ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวนขนาดตัวอย่าง
โดยใช้สูตรของ Lemeshow, Hosmer, Klar & Lwanga
(1990) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 295 คน เลือก

กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการจับสลากมารดาหลังคลอดที่มี
เลขที่ภายใน (AN) เป็นเลขคี่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัย
สร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ การศึกษา
สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ครอบครัว ความพึงพอใจ
ของรายได้ เชื้อชาติ สัญชาติ สิทธิการรักษาพยาบาล
การวางแผนการมีบุตร ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ที่อยู่ปัจจุบัน
การย้ายถิ่นที่อยู่พร้อมเหตุผล ระยะทางจากบ้านมา
โรงพยาบาล ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายที่ใช้
ในการเดินทาง ระยะเวลาที่ใช้ในการฝากครรภ์ ความคิดเห็น
ต่อระยะเวลาที่ใช้ในการฝากครรภ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการฝาก
ครรภ์ที่คิดว่าเหมาะสม และช่วงเวลาที่สะดวกมาฝากครรภ์
จำนวนทั้งสิ้น 19 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ
และแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครุฑและการคลอ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนครั้งของการตั้งครุฑ ประเภทของการฝากครุฑ อายุครุฑที่เริ่มฝากครุฑ สถานที่ฝากครุฑ เหตุผลในการเลือกสถานที่ฝากครุฑ และเหตุผลของการฝากครุฑ ไม่ครบตามเกณฑ์ จำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (Personal Resource Questionnaire-PRQ 85 Part 2) ซึ่งสร้างโดย Weinert and Brandt ในปี ค.ศ. 1981 จากนั้นมีการปรับปรุงเป็น PRQ 85 (Weinert, 1987) โดยเป็นแบบสอบถามที่ครอบคลุมการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และด้านการได้ช่วยเหลือทำประโยชน์ให้ผู้อื่น แปลเป็นภาษาไทยโดยพิศนา ชูวรรณะปรกรณ์ ในปี ค.ศ. 1998 ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 21 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 7 ระดับ จากคะแนน 1-7 ของข้อคำถามทางบวก ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย (66-127 คะแนน) และได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก (128-175 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครุฑ ของทัศนีย์ หล้าเนียม (2553) ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ และผู้วิจัยได้เพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครุฑ จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 22 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความเพียงพอของสถานบริการ จำนวน 3 ข้อ ด้านความสามารถในการเข้าถึงบริการ จำนวน 3 ข้อ ด้านความสะดวกในการใช้บริการ

จำนวน 6 ข้อ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ จำนวน 3 ข้อ และด้านการยอมรับในบริการ จำนวน 7 ข้อ แบ่งออกเป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 17 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เป็นจริง เป็นจริงเล็กน้อย เป็นจริงมาก และเป็นจริงมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ มีการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับไม่ดี (34-65 คะแนน) และมีการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับดี (66-87 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ และได้นำไปแปลเป็นภาษาพม่า ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จากนั้นนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพไปทดลองใช้กับมารดาที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .92 และ .90 ตามลำดับ เมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 295 คน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 เท่ากัน และเมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคนพม่า จำนวน 56 คน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 และ .87 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะการักษ์ จากนั้นพบหัวหน้าหอผู้ป่วยหลังคลอดและพยาบาลประจำการเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ จากนั้นพยาบาลประจำการสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างในการให้ผู้วิจัยเข้าพบ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในมารดาหลังคลอดวันที่ 2 โดยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิที่จะถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ

และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม กรณีกลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำกว่า 18 ปี จะให้ผู้ปกครองลงนามแทน ส่วนกรณีไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ จะใช้ล่ามเป็นผู้สื่อสารกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เก็บรวบรวมข้อมูลการตั้งครุฑและการคลอดโดยคัดลอกจากเวชระเบียนและสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง แจกแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำใช้เวลาทั้งสิ้น 20-30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการตั้งครุฑและการคลอด วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การย้ายถิ่น และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ด้วยการฝากครรภ์ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ส่วนการหาอำนาจการทำนายของอายุ การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การย้ายถิ่น และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ต่อการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอด วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.79 จำนวนปีที่ศึกษาอยู่ในช่วง 1-6 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.24 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 89.50 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.09 มีรายได้ครอบครัวอยู่ในช่วง 3,000-60,000 บาท ความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 73.90 มีเชื้อชาติไทย คิดเป็นร้อยละ 81.04 มีสัญชาติไทย คิดเป็นร้อยละ 81.04 สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นบัตรทอง คิดเป็นร้อยละ 71.20 มีการวางแผนการมีบุตร คิดเป็นร้อยละ 74.24 ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ที่อยู่ปัจจุบันส่วนใหญ่คือมากกว่า 12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 83.06 การย้ายถิ่นที่อยู่

พร้อมเหตุผล มีการย้ายถิ่นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 12.54 ซึ่งส่วนใหญ่มีเหตุผลด้านเศรษฐกิจคือประกอบอาชีพรับจ้าง จึงเปลี่ยนที่อยู่บ่อยครั้ง คิดเป็นร้อยละ 67.57 ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 6-10 กิโลเมตร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.12 ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางส่วนใหญ่คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 87.13 ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเดินทางส่วนใหญ่คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 บาท คิดเป็นร้อยละ 69.17 ระยะเวลาที่ใช้ในการฝากครรภ์อยู่ในช่วง 15-480 นาที โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 144 นาที (SD = 95.62) ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลามากกว่า 60 นาที คิดเป็นร้อยละ 67.13 มีความคิดเห็นต่อระยะเวลาที่ใช้ในการฝากครรภ์ว่านานไป คิดเป็นร้อยละ 38.30 ระยะเวลาที่ใช้ในการฝากครรภ์ที่คิดว่าเหมาะสมคือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.04 และช่วงเวลาที่สะดวกมาฝากครรภ์คือ 16:00-20:00 น. คิดเป็นร้อยละ 25.08

2. ข้อมูลการตั้งครุฑและการคลอดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าจำนวนครั้งของการตั้งครุฑอยู่ในช่วง 1-6 ครั้ง โดยเป็นการตั้งครุฑหลังมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.94 ประเภทของการฝากครรภ์ พบว่าฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 29.83 อายุครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ส่วนใหญ่คือ ซ้ำกว่า 12 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 64.41 สถานที่ฝากครรภ์คือ คลินิกเอกชน คิดเป็นร้อยละ 24.06 เหตุผลในการเลือกสถานที่ฝากครรภ์ ส่วนใหญ่เลือกสถานที่ที่อยู่ใกล้บ้าน คิดเป็นร้อยละ 60.36 และเหตุผลของการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คือ ไม่มีคนพามาฝากครรภ์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.20 รองลงมาคือ มีปัญหาครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 31.81 และติดภารกิจด้านการเรียนหรือทำงาน คิดเป็นร้อยละ 12.50 เนื่องจากบางคนต้องปิดปิดการตั้งครุฑ เพราะนโยบายของโรงงานบางแห่งไม่รับสตรีตั้งครุฑเข้าทำงาน ทำให้ไม่สามารถลงนามมาฝากครรภ์ในช่วงเวลา 8:00-16:00 น. ได้

3. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การย้ายถิ่น และการเข้าถึงบริการสุขภาพกับการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอด พบว่าปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การศึกษา ($r = .205, p < .001$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = .372, p < .001$) และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($r = .326, p < .001$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการฝากครรภ์ใน

มารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การย้ายถิ่น ($r = -.335, p < .001$) สำหรับอายุ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การย้ายถิ่น และการเข้าถึงบริการสุขภาพ กับการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอด ($n = 295$)

ตัวแปร	การฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอด	
	r	p
อายุ	-.017	.777
การศึกษา	.205	< .001
การสนับสนุนทางสังคม	.372	< .001
การย้ายถิ่น	-.335	< .001
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	.326	< .001

4. อำนาจการทำนายของอายุ การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การย้ายถิ่น และการเข้าถึงบริการสุขภาพต่อการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอด พบว่าการสนับสนุนทางสังคม การย้ายถิ่น และการเข้าถึงบริการสุขภาพ

สามารถทำนายการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอดได้ ร้อยละ 31.90 (Nagelkerke $R^2 = .319, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์โลจิสติกของตัวแปรทำนาย (อายุ การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การย้ายถิ่น และการเข้าถึงบริการสุขภาพ) ในการทำนายการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอด ($n = 295$)

	ตัวแปร	B	p	Exp (B)	95% CI
Step 1 ^a	การสนับสนุนทางสังคม	.048	< .001	1.049	1.032-1.066
	ค่าคงที่	-5.160	< .001	.006	
Step 2 ^b	การสนับสนุนทางสังคม	.048	< .001	1.050	1.032-1.068
	การย้ายถิ่น	-1.990	< .001	.137	.060-.313
	ค่าคงที่	-4.926	< .001	.007	
Step 3 ^c	การสนับสนุนทางสังคม	.038	< .001	1.039	1.020-1.058
	การย้ายถิ่น	-1.895	< .001	.150	.064-.350
	การเข้าถึงบริการสุขภาพ	.051	.007	1.052	1.014-1.092
	ค่าคงที่	-7.018	< .001	.001	

หมายเหตุ : a = variable(s) entered on step 1: การสนับสนุนทางสังคม
b = variable(s) entered on step 2: การย้ายถิ่น
c = variable(s) entered on step 3: การเข้าถึงบริการสุขภาพ
 $p < .05$, Nagelkerke $R^2 = .319$, overall percentage = 78.60

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฝากครรภ์และสามารถทำนายการฝากครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีโอกาสมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ คิดเป็น 1.039 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ($OR = 1.039$, 95% $CI = 1.020-1.058$, $p < .001$) ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม ประกอบด้วยการมีความสนใจร่วมกัน ความรักใคร่ผูกพัน การมีโอกาสดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนซึ่งกันและกัน กล่าวคือ การที่มารดาได้รับการยอมรับในความสามารถของตน ได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูล คำแนะนำต่างๆ หรือได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน ด้านสิ่งของเครื่องใช้ ได้มี

โอกาสแลกเปลี่ยนความรู้สึก หรือได้ช่วยเหลือ ทำประโยชน์ให้ผู้อื่น สิ่งเหล่านี้ทำให้มารดารู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการของสังคม รวมถึงทำให้มารดารับรู้ว่าคุณค่าของตนเองเป็นที่รัก และรู้สึกมั่นใจในคุณค่าของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้มารดาปรับพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น การฝากครรภ์ อันเป็นตัวทำนายผลลัพธ์ของการคลอดที่ดี (Schetter, Sagrestano, Feldman, & Killingsworth, 1996) โดยการวิจัยครั้งนี้ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุดคือ ด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ ทั้งการช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และการได้รับคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับสถานที่ฝากครรภ์ เป็นต้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของมะลิวรรณ หมีนแก้วกล้าวิจิตร (2551) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์ และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์

วัยรุ่น พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .303, p < .01$) และจากการศึกษาการฝากครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ ประเทศแทนซาเนีย จำนวน 440 คน พบว่าสตรีที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจากสามีมีแนวโน้มมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์น้อยกว่า คิดเป็น .690 เท่า ของสตรีที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = .690, 95\% CI = .050-1.330, p < .05$) (Gross, Alba, Glass, Schellenberg, & Obrist, 2012)

ผลการวิจัยพบว่าการย้ายถิ่นมีความสัมพันธ์ทางลบกับการฝากครรภ์และสามารถทำนายการฝากครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการย้ายถิ่นจะมีโอกาสมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ลดลง คิดเป็นร้อยละ 15 ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการย้ายถิ่น ($OR = .150, 95\% CI = .064-.350, p < .001$) ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าการย้ายถิ่นทำให้บุคคลต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม สถานภาพ และบทบาทของตนเอง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์จากความเครียดในการปรับตัวกับสภาพแวดล้อม (Blanquart & Gandon, 2011; Smith-Greenaway & Thomas, 2014; Johnsson, Zolkowska, & McNeil, 2015) ส่งผลให้มารดามาลาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ โดยการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 12.54 มีการย้ายถิ่นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.57) มีเหตุผลด้านเศรษฐกิจคือ ประกอบอาชีพรับจ้าง จึงเปลี่ยนที่อยู่บ่อยครั้ง หรือย้ายตามสามีซึ่งมีอาชีพรับเหมาก่อสร้าง ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง ทำให้ไม่สามารถมาฝากครรภ์ตามนัดได้ ส่งผลให้การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาต่างด้าวเกือบครึ่งหนึ่งมาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ เนื่องจากร้อยละ 29.54 มีการย้ายถิ่น ซึ่งส่งผลถึงการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม รวมถึงมีปัญหาเรื่องภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร ทำให้ไม่สามารถเดินทางมาฝากครรภ์ตามลำพังได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพในมารดาในกลุ่มที่มีการย้ายถิ่น

และกลุ่มที่ไม่มีการย้ายถิ่น ประเทศอังกฤษ จำนวน 18,819 คน พบว่าสตรีในกลุ่มที่มีการย้ายถิ่นขณะตั้งครรภ์มีแนวโน้มที่จะไม่มาฝากครรภ์สูงกว่า คิดเป็น 1.100 เท่า เมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีการย้ายถิ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 1.100, 95\% CI = .960-1.250, p < .05$) (Tunstall et al., 2010) ซึ่งตรงกับผลการศึกษาระบบการดูแลทางสูติกรรมในประชากรที่มีการย้ายถิ่นในประเทศโปรตุเกส ที่พบว่าสตรีที่มีการย้ายถิ่นขณะตั้งครรภ์มีแนวโน้มที่จะมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้ากว่า 12 สัปดาห์ (27% VS 14.40%, $p < .01$) และมีแนวโน้มที่จะมาฝากครรภ์น้อยกว่า 3 ครั้ง (2.20% VS 0%, $p < .01$) เมื่อเทียบกับสตรีที่ไม่มีการย้ายถิ่น (Almeida, Santos, Caldas, Ayres-de-Campos, & Dias, 2014) นอกจากนี้จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ของมารดาที่มีการย้ายถิ่นในเมืองเดลี ประเทศอินเดีย จำนวน 809 คน พบว่ามารดาที่เพิ่งมีการย้ายถิ่นมาใหม่จะมีแนวโน้มมาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์สูงกว่า คิดเป็น 1.980 เท่า ของมารดาที่มีการย้ายถิ่นมานานกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 1.980, 95\% CI = 1.240-3.180, p < .01$) (Kusuma, Kumari, & Kaushal, 2013)

ผลการวิจัยพบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฝากครรภ์และสามารถทำนายการฝากครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพดีจะมีโอกาสมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ คิดเป็น 1.052 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพไม่ดี ($OR = 1.052, 95\% CI = 1.014-1.092, p < .01$) ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นปัจจัยที่ช่วยทำให้มารดาสามารถมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ การที่มารดาสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย สถานบริการมีความเพียงพอ มีความสะดวกในการใช้บริการ ระยะเวลารอคอยบริการใช้เวลาน้อย รวมถึงช่วงเวลาที่เปิดให้บริการเป็นช่วงที่มารดาสะดวกในการมาใช้บริการ ปัจจัยเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้มารดามีโอกาสที่จะมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ โดยการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 60.36)

มีเหตุผลในการเลือกสถานที่ฝากครรภ์คือ เป็นสถานที่ที่อยู่ใกล้บ้าน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38.30 มีความคิดเห็นว่าระยะเวลาที่ใช้ในการฝากครรภ์แต่ละครั้งนานไป และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 12.50 ไม่มีเวลามาฝากครรภ์เนื่องจากติดภารกิจด้านการเรียนหรือทำงาน ทำให้ไม่สามารถมาฝากครรภ์ในเวลาปกติได้ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 25.08) สะดวกที่จะมาฝากครรภ์ในช่วงเวลา 16:00-20:00 น. จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 24.06 เลือกไปฝากครรภ์ที่คลินิกเอกชนในช่วงเวลา 16:00-20:00 น. ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Effendi et al. (2008) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอในมารดาหลังคลอด ประเทศอินโดนีเซีย พบว่ามารดาหลังคลอดที่มีระยะการเดินทางน้อยกว่า 5 กิโลเมตร มีแนวโน้มมาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์น้อยกว่า คิดเป็น .280 เท่า ของมารดาหลังคลอดที่มีระยะการเดินทางมากกว่า 5 กิโลเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = .280, 95\% CI = .120-.620, p < .01$) และพบว่ามารดาหลังคลอดที่มีระยะเวลารอคอยบริการน้อยกว่า 30 นาที มีแนวโน้มมาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์น้อยกว่า คิดเป็น .270 เท่า ของมารดาที่มีระยะเวลารอคอยบริการมากกว่า 30 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = .270, 95\% CI = .120-.600, p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sagna and Sunil (2012) ที่ศึกษาข้อมูลประชากรย้อนหลังในสตรีชาวแกมพูชา จำนวน 17,256 คน พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีระยะการเดินทางมากกว่ามีแนวโน้มต่อการมารับบริการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์น้อยกว่า คิดเป็น .640 เท่า ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีระยะการเดินทางน้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = .640, 95\% CI = .470-.870, p < .001$)

ผลการวิจัยพบว่าการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฝากครรภ์ แต่ไม่สามารถทำนายการฝากครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ เนื่องมาจากในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนปีที่ศึกษาใกล้เคียงกันคือ 1-6 ปี (ร้อยละ 33.24) ทำให้ความสามารถของกลุ่มตัวอย่างในการหาข้อมูลสนับสนุนการดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์

ไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่มีเวลามาฝากครรภ์เนื่องจากต้องทำงานหรือเรียนหนังสือ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 44.09) มีอาชีพรับจ้างมีรายได้เป็นรายวัน ไม่สามารถหยุดงานมาฝากครรภ์ได้ตามนัด ในขณะที่กลุ่มที่ตั้งครรภ์ในวัยเรียน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีจำนวนปีที่ศึกษามากกว่า 6 ปี ก็ไม่สามารถมาฝากครรภ์ในเวลาราชการได้ ซึ่งทั้งสองกลุ่มนี้ต่างก็ไม่สะดวกมาฝากครรภ์ในช่วงเวลาปกติ ส่งผลให้การศึกษาไม่สามารถทำนายการฝากครรภ์ได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของมะลิวรรณ หมั่นแก้วกล่าวจิต (2551) ที่พบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอดชาวบราซิล จำนวน 611 คน ที่พบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Bassani, Surkan, & Olinto, 2009)

ผลการวิจัยพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์และไม่สามารถทำนายการฝากครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ เนื่องมาจากในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-34 ปี (ร้อยละ 66.79) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีวุฒิภาวะซึ่งเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจและความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในระยะตั้งครรภ์ไม่แตกต่างกัน ส่งผลให้อายุไม่สามารถทำนายการฝากครรภ์ได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการฝากครรภ์ในมารดาวัยรุ่นที่มีอายุอยู่ในช่วง 15-19 ปี ในชนบทของประเทศอินเดีย จำนวน 23,955 คน พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ในมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Singh, Rai, Alagarajan, & Singh, 2012) และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ในสตรีตั้งครรภ์ ประเทศเวียดนาม จำนวน 814 คน พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Tran, Gottvall, Nguyen, Ascher, & Petzold, 2012)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการสนับสนุนทางสังคม โดยอาจนำล้ามเข้ามาช่วยเหลือในการสื่อสารหรือมีการณรงค์การฝากครรภ์ด้วยสื่อภาษาอื่น เช่น ภาษาพม่า เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ต่างด้าวสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายขึ้น บุคลากรทางสุขภาพก็สามารถเข้าถึงปัญหาสุขภาพที่แท้จริงของสตรีตั้งครรภ์ได้ ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์

1.2 จากผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์เนื่องจากต้องทำงานหรือเรียนหนังสือ และมีอาชีพรับจ้าง ทำให้ไม่สามารถมาฝากครรภ์ในช่วงเวลาปกติได้ หากไปฝากครรภ์ที่คลินิกก็มีค่าใช้จ่ายสูงกว่า ดังนั้น ผู้บริหารงานอนามัยแม่และเด็กควรมีนโยบายเชิงรุกเป็นแนวทางปฏิบัติให้กับโรงพยาบาลของรัฐ เช่น โครงการคลินิกฝากครรภ์นอกเวลา ในช่วงเวลา 16:00-20:00 น.

1.3 จากผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ เนื่องจากนโยบายของโรงงานบางแห่งไม่รับสตรีตั้งครรภ์เข้าทำงาน ทำให้ไม่สามารถมาฝากครรภ์ได้ ดังนั้น ผู้บริหารงานด้านสาธารณสุขควรมีนโยบายร่วมกับกระทรวงแรงงานในการออกข้อบังคับให้สถานประกอบการทุกแห่งมีมาตรการให้ความช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ให้สามารถทำงานได้ และมีแนวทางช่วยเหลือสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์สามารถลาหยุดเพื่อมาฝากครรภ์ได้

1.4 จากผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกสถานบริการรับฝากครรภ์ที่อยู่ใกล้บ้าน และส่วนหนึ่งที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์เนื่องจากไม่มีคนพามาฝากครรภ์ ดังนั้น บุคลากรทางสาธารณสุขควรมีนโยบายปฏิบัติการเชิงรุก โดยให้โรงพยาบาลออกหน่วยบริการฝากครรภ์เคลื่อนที่ โดยเข้าไปให้บริการในแหล่งชุมชนหรือโรงงานที่ตั้งอยู่ห่างไกลจากสถานบริการ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาตัวแปรต่างๆ ที่หลากหลาย ในกลุ่มสตรีแรงงานข้ามชาติ เพื่อนำผลมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพในการเข้าถึงกลุ่มประชากรได้มากขึ้น

2.2 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาล โดยให้ญาติหรือล้ามเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยสนับสนุนสตรีตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในผู้ที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เพื่อส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี และเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย เพื่อให้สามารถมาฝากครรภ์ได้ครบตามเกณฑ์

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2546). *ระเบียบการประเมินผลการดำเนินงานประชากรกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ปีงบประมาณ 2546*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *สถิติผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดกาญจนบุรี: ระบบข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญ*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- จันทร์รัตน์ เจริญสันติ. (2554). การประเมินภาวะสุขภาพของสตรีในระยะตั้งครรภ์และครอบครัว. ใน *อำไพ จารวัชรพาณิชย์กุล. (บ.ก.). ความรู้เบื้องต้นการพยาบาลผดุงครรภ์ เล่ม 1*. หน้า 221-238. เชียงใหม่: กองช่างพิมพ์.
- ทัศนีย์ หล้าเนียม. (2553). *การศึกษาความชุกของการไม่มาฝากครรภ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ ของมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปาริฉัตร อารยะจารุ. (2555). *ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาวัยรุ่นครั้งแรก (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิจิต. (2551). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์ และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ศูนย์บริการการทะเบียนภาค 7 สาขาจังหวัดกาญจนบุรี. (2557). *ข้อมูลประชากร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย*. กาญจนบุรี: ผู้แต่ง.
- หน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี. (2555). *สถิติข้อมูลการคลอด หน่วยงานห้องคลอด แผนกสูติ-นรีเวช*. กาญจนบุรี: ผู้แต่ง.
- อดิศา ศรีสมบุรณ์, เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร, จวีวรรณ อยู่สำราญ, และวรรณ พาทูวัฒนกร. (2554). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมบทบาทการเป็น มารดาต่อความสำเร็จในบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาวัยรุ่นที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(suppl. 1), 74-81.
- เอี่ยมพร ราชภูติ. (2553). *การวิเคราะห์สถานการณ์ การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลระนอง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Almeida, L. M., Santos, C. C., Caldas, J. P., Ayres-de-Campos, D., & Dias, S. (2014). Obstetric care in a migrant population with free access to health care. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 126(3), 244-247.
- Baker, E. C., & Rajasingam, D. (2012). Using trust databases to identify predictors of late booking for antenatal care within the UK. *Public Health*, 126(2), 112-116.
- Bassani, D. G., Surkan, P. J., & Olinto, M. T. A. (2009). Inadequate use of prenatal services among Brazilian women: The role of maternal characteristics. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35(1), 15-20.
- Blanquart, F., & Gandon, S. (2011). Evolution of migration in a periodically changing environment. *The American Naturalist*, 177(2), 188-201.
- Chen, X. K., Wen, S. W., Yang, Q., & Walker, M. C. (2007). Adequacy of prenatal care and neonatal mortality in infants born to mothers with and without antenatal high-risk conditions. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 47(2), 122-127.
- Coker, T. R., Sareen, H. G., Chung, P. J., Kennedy, D. P., Weidmer, B. A., & Schuster, M. A. (2010). Improving access to and utilization of adolescent preventive health care: The perspectives of adolescents and parents. *Journal of Adolescent Health*, 47(2), 133-142.
- Coley, S. L., & Aronson, R. E. (2013). Exploring birth outcome disparities and the impact of prenatal care utilization among North Carolina teen mothers. *Women's Health Issues*, 23(5), e287-e294.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2010). *Williams Obstetrics* (23rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Dairo, M. D., & Owoyokun, K. E. (2010). Factors affecting the utilization of antenatal care services in Ibadan, Nigeria. *Benin Journal of Postgraduate Medicine*, 12(1), 3-13.
- Das, S., Dhulkotia, J. S., Brook, J., & Amu, O. (2007). The impact of a dedicated antenatal clinic on the obstetric and neonatal outcomes in adolescent pregnant women. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 27(5), 464-466.

- Debiec, K. E., Paul, K. J., Mitchell, C. M., & Hitti, J. E. (2010). Inadequate prenatal care and risk of preterm delivery among adolescents: A retrospective study over 10 years. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 203(2), 122.e1-122.e6.
- Effendi, R., Isaranurug, S., & Chompikul, J. (2008). Factors related to regular utilization of antenatal care service among postpartum mothers in Pasar Rebo general hospital, Jakarta, Indonesia. *Journal of Public Health and Development*, 6(1), 113-122.
- Garcia, C. M., & Duckett, L. J. (2009). No te entiendo y tú no me entiendes: Language barriers among immigrant Latino adolescents seeking health care. *Journal of Cultural Diversity*, 16(3), 120-126.
- Gross, K., Alba, S., Glass, T. R., Schellenberg, J. A., & Obrist, B. (2012). Timing of antenatal care for adolescent and adult pregnant women in south-eastern Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12, 16.
- Johnsson, E., Zolkowska, K., & McNeil, T. F. (2015). Prediction of adaptation difficulties by country of origin, cumulate psychosocial stressors and attitude toward integrating: A Swedish study of first-generation immigrants from Somalia, Vietnam and China. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(2), 174-182.
- Korinek, K., & Smith, K. R. (2011). Prenatal care among immigrant and racial-ethnic minority women in a new immigrant destination: Exploring the impact of immigrant legal status. *Social Science & Medicine*, 72(10), 1695-1703.
- Kusuma, Y. S., Kumari, R., & Kaushal, S. (2013). Migration and access to maternal healthcare: Determinants of adequate antenatal care and institutional delivery among socio-economically disadvantaged migrants in Delhi, India. *Tropical Medicine & International Health*, 18(10), 1202-1210.
- Lemeshow, S., Hosmer Jr, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Raatikainen, K., Heiskanen, N., & Heinonen, S. (2007). Under-attending free antenatal care is associated with adverse pregnancy outcomes. *BMC Public Health*, 7, 268.
- Reime, B., Lindwedel, U., Ertl, K. M., Jacob, C., Schücking, B., & Wenzlaff, P. (2009). Does underutilization of prenatal care explain the excess risk for stillbirth among women with migration background in Germany?. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88(11), 1276-1283.
- Sagna, M. L., & Sunil, T. S. (2012). Effects of individual and neighborhood factors on maternal care in Cambodia. *Health & Place*, 18(2), 415-423.
- Schetter, D. C., Sagrestano, L. M., Feldman, P., & Killingsworth, C. (1996). Social support and pregnancy: A comprehensive review focusing on ethnicity and culture. In Pierce, G. R., Sarason, B. R., & Sarason, I. G. (Eds.). *Handbook of social support and the family*. pp. 375-412. New York: Plenum Press.

- Singh, P. K., Rai, R. K., Alagarajan, M., & Singh, L. (2012). Determinants of maternity care services utilization among married adolescents in rural India. *PLOS ONE*, 7(2), e31666.
- Smith-Greenaway, E., Thomas, K. J. A. (2014). Exploring child mortality risks associated with diverse patterns of maternal migration in Haiti. *Population Research and Policy Review*, 33(6), 873-895.
- Tran, T. K., Gottvall, K., Nguyen, H. D., Ascher, H., & Petzold, M. (2012). Factors associated with antenatal care adequacy in rural and urban contexts-results from two health and demographic surveillance sites in Vietnam. *BMC Health Services Research*, 12, 40.
- Tunstall, H., Pickett, K., & Johnsen, S. (2010). Residential mobility in the UK during pregnancy and infancy: Are pregnant women, new mothers and infants 'unhealthy migrants'? *Social Science & Medicine*, 71(4), 786-798.
- Viegas Andrade, M., Noronha, K., Singh, A., Rodrigues, C. G., & Padmadas, S. S. (2012). Antenatal care use in Brazil and India: Scale, outreach and socioeconomic inequality. *Health & Place*, 18(5), 942-950.
- Vieira, C. L., Coeli, C. M., Pinheiro, R. S., Brandão, E. R., Camargo, K. R., & Aguiar, F. P. (2012). Modifying effect of prenatal care on the association between young maternal age and adverse birth outcomes. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 25(3), 185-189.
- Weinert, C. (1987). A social support measure: PRQ85. *Nursing Research*, 36(5), 273-277.

ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง *

The Effects of Protection Motivation Theory Application Program for Hypertension Prevention Behaviors of the Population at Risk *

ร่ำไพ นอกตาจัน, ส.ม. (การจัดการสุขภาพ) **

Rumpai Noktajun, M.P.H. (Health Management) **

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในตำบลผ่านศึก อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 70 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค แบบทดสอบที่มีค่าความเชื่อมั่น .74 และแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นในช่วง .73-.87 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรนำโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อื่น ๆ

คำสำคัญ : ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค พฤติกรรมการป้องกันโรค โรคความดันโลหิตสูง
ประชาชนกลุ่มเสี่ยง

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์

** มหาวินิจฉัยสาขาการจัดการสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of Protection Motivation Theory Application Program for hypertension prevention behaviors of the population at risk. Subjects consisted of 70 hypertensive population at risk in Phan Suk subdistrict, Aranyaprathet district, Sakaeo province. They were equally divided into an experimental group and a comparison group. The research instruments composed of the Protection Motivation Theory Application Program, a test with the reliability of .74, and the questionnaires with the reliability within the range of .73-.87. The implementation and data collection were conducted from January to March, 2015. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, paired *t*-test, and independent *t*-test.

Research results revealed that: 1) after the experiment, the experimental group had statistically significantly higher scores of knowledge concerning hypertension, perceived severity of hypertension, perceived susceptibility of hypertension, expectation in responses efficacy regarding hypertension prevention, self-efficacy expectation in hypertension prevention, and hypertension prevention practices than before the experiment ($p < .001$); and 2) after the experiment, the experimental group had statistically significantly higher scores of knowledge concerning hypertension, perceived severity of hypertension, perceived susceptibility of hypertension, expectation in responses efficacy regarding hypertension prevention, self-efficacy expectation in hypertension prevention, and hypertension prevention practices than those in the comparison group ($p < .001$).

This study suggested that the Protection Motivation Theory Application Program should be applied for modifying health behaviors among hypertensive population at risk in other areas.

Keywords : Protection Motivation Theory, Prevention behaviors, Hypertension, Population at risk

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของประชาชนทั่วโลก ทั้งประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าประชาชนมีภาวะความดันโลหิตสูงมากถึงพันล้านคน ซึ่งสองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยประชาชนวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก 1 คน ใน 3 คน มีภาวะความดันโลหิตสูง และประชาชนวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ก็พบว่า 1 คน ใน 3 คน มีภาวะความดันโลหิตสูงเช่นกัน รวมทั้งได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประชาชนวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

1.56 พันล้านคน ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยในแต่ละปี ประชาชนวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคนี้ถึงเกือบ 8 ล้านคน ส่วนประชาชนในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.5 ล้านคน ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเกือบร้อยละ 50 ด้วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคหัวใจ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

สำหรับในประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รายใหม่ในอัตรา 591.38 ต่อประชากรแสนคน และผู้ป่วย

สะสม 3,112.60 ต่อประชากรแสนคน อัตราส่วนเพศชาย ต่อเพศหญิงเท่ากับ 1 : 1.55 พบว่ากลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราป่วยสูงสุดเท่ากับ 2,649.79 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 50-59 ปี ซึ่งมีอัตราป่วย 1,311.22 ต่อประชากรแสนคน กลุ่มอายุ 40-49 ปี ซึ่งมีอัตราป่วย 499.86 ต่อประชากรแสนคน และกลุ่มอายุต่ำกว่า 40 ปี ซึ่งมีอัตราป่วย 41.44 ต่อประชากรแสนคน โดยพบผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ที่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 5,634 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.48 ทั้งนี้ ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 62.42 รองลงมาคือ ภาวะแทรกซ้อนทางไต คิดเป็นร้อยละ 28.43 ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสะสมรายใหม่และ รายเก่ามีจำนวนทั้งสิ้น 1,997,700 ราย มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 45,119 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.26 ทั้งนี้ ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 63.18 รองลงมาคือ ภาวะแทรกซ้อนทางไต คิดเป็นร้อยละ 19.08 โดยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราป่วยสูงสุดเท่ากับ 1,118.59 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 50-59 ปี ซึ่งมีอัตราป่วย 680.17 ต่อประชากรแสนคน กลุ่มอายุ 40-49 ปี ซึ่งมีอัตราป่วย 271.86 ต่อประชากรแสนคน และกลุ่มอายุต่ำกว่า 40 ปี ซึ่งมีอัตราป่วย 24.48 ต่อประชากรแสนคน (อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิ, และภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์, 2556)

จากการศึกษาสถานการณ์อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดสระแก้ว ในช่วงปี พ.ศ. 2552-2556 พบอัตราป่วยเท่ากับ 136.30, 151.96, 162.17, 173.30 และ 192.34 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และมีอัตราป่วยตายเท่ากับ 32.07, 38.45, 43.71, 46.55 และ 58.11 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต 10 อันดับแรก ซึ่งอัตราป่วยและอัตราป่วยตายดังกล่าวสูงเกินกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 10 ซึ่งกำหนดให้อัตราป่วยไม่เกิน 103.40 ต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยตายไม่เกิน 52.20 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว, 2556)

จากผลการดำเนินงานคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ในหมู่ 12 บ้านสันติสุข ตำบลผ่านศึก อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ตามกรอบนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ความสำคัญกับการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงใน ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ 2556 มีประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 723 คน ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 686 คน คิดเป็นร้อยละ 94.88 พบความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 12.39 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงสะสม จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 8.16 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองปรือ อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว, 2556) จะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงอาจเป็นปัญหาสำคัญ ในอนาคตของประชาชนหมู่ 12 บ้านสันติสุข หากประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคความดันโลหิตสูงยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ขาดทักษะ และขาดการสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรค เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคได้ โดยการวัดความดันโลหิตเพื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และปรับวิถีชีวิตที่ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม และไขมันชนิดอิ่มตัวสูง การผ่อนคลายความเครียด การเลิกสูบบุหรี่ การบริโภคแอลกอฮอล์ในปริมาณที่ไม่เสี่ยงต่อสุขภาพ และการควบคุมน้ำหนักตัว (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการนำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของ Rogers (1975) มาประยุกต์ใช้และทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคได้นั้น ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย โดยเฉพาะการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ให้มีการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคอย่างต่อเนื่องจนเป็นความเคยชิน โดยส่งเสริม

ให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้รับรู้ภาวะสุขภาพ ตระหนักถึงภัยคุกคามสุขภาพ รับรู้ถึงโทษและความรุนแรง ของโรคต่อวิถีชีวิตที่ถูกต้อง รวมทั้งให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ในการสนับสนุน ให้กำลังใจ และช่วยเหลือ นอกจากนี้ยัง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสารและกระตุ้นเตือนในการดูแลสุขภาพ ดังเช่น การศึกษาของวีณา เทียงธรรม, อาภาพร เฟอร์วัฒนา, และอรนุช พงษ์สมบุรณ์ (2553) ที่ศึกษา เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในระดับปฐมภูมิ สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน จังหวัด นครปฐม โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าโปรแกรมมีส่วนช่วยพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและสร้างความคาดหวัง ในความสามารถตนเอง รวมทั้งการได้รับแรงสนับสนุนทาง สังคมจากบุคคลในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข ทำให้มีการปฏิบัติตัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกับบริบทของพื้นที่ และกลุ่มเป้าหมาย จึงเห็นความเหมาะสมที่จะนำทฤษฎี แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมาประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อช่วยให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคในทางที่ ดีขึ้น โดยเลือกหมู่บ้านกรณีศึกษาคือ หมู่ 12 บ้านสันติสุข เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิต สูงมากกว่าหมู่บ้านอื่นในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปรือ เพื่อที่จะได้นำ ผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการวางแผนการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ต่อ โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวัง ในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิด โรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในความสามารถของ ตนเองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ต่อ โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวัง ในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิด โรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในความสามารถของ ตนเองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

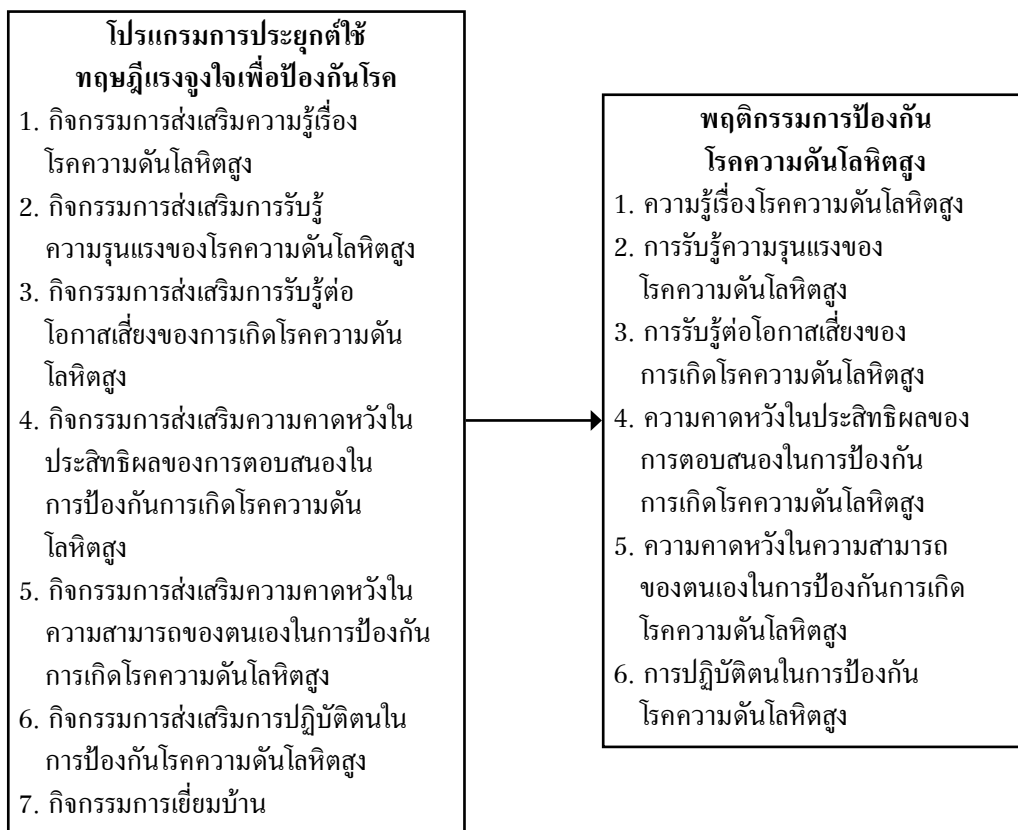
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดัน โลหิตสูง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดัน โลหิตสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวัง ในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรค ความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค ความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดัน โลหิตสูง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดัน โลหิตสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวัง ในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรค ความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค ความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของทฤษฎี แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers (1975) มาเป็น แนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้เกิด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดัน โลหิตสูง สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มีผลการคัดกรองเบื้องต้นว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในตำบลผ่านศึก อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 246 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) มีประวัติการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว 2) มีระดับ

ความดันโลหิตตั้งแต่ 120/80 mmHg ขึ้นไป แต่ไม่เกิน 139/89 mmHg 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี 4) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ สำหรับเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัยคือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบทุกขั้นตอนของการวิจัย และขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้หลักของวรัชช์ วรพงศธร (2543) ที่ว่าขนาดตัวอย่างแต่ละกลุ่มในการวิจัยแบบทดลองไม่ควรน้อยกว่า 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการจับคู่ตามเพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับความดันโลหิต และประวัติการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 70 คน โดยประชาชน

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจากหมู่ 12 บ้านสันติสุข เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน และประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจากหมู่ 7 บ้านหนองปรือ เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรค ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งสิ้น 7 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การส่งเสริมความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 1) การบรรยายเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค อาการของโรค อันตรายของโรค และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค โดยใช้ภาพพลิกและเอกสารแผ่นพับ 2) การฉายวิดีโอเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค อาการของโรค และอันตรายของโรค และ 3) การนำเสนอ PowerPoint เรื่องการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 1) การเสนอตัวแบบด้านบวก โดยให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิต ถ่ายทอดประสบการณ์ และ 2) การเสนอตัวแบบด้านลบจากวิดีโอเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 1) การเสนอตัวแบบด้านบวก โดยให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิตมาถ่ายทอดประสบการณ์ และ 2) การเสนอตัวแบบด้านลบจากวิดีโอเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรมที่ 4 การส่งเสริมความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 1) การนำเสนอ PowerPoint และฉายวิดีโอเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 2) การฝึกปฏิบัติการเลือกซื้ออาหารจากชุดโมเดลอาหาร และ 3) การประเมินความเหมาะสมของอาหารที่รับประทานเป็นประจำ

กิจกรรมที่ 5 การส่งเสริมความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 1) การบรรยายเรื่องการจัดการความเครียด 2) การฝึกปฏิบัติการนวดผ่อนคลาย 3) การฝึกนั่งสมาธิ 4) การฉายวิดีโอเกี่ยวกับเรื่องการลด-เลิกสูบบุหรี่ และการลด-เลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 5) การสาธิตการออกกำลังกายแบบง่ายตามวีซีดีเพลง

กิจกรรมที่ 6 การส่งเสริมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 1) การบรรยายเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ PowerPoint 2) การฉายวิดีโอเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และ 3) การให้ตัวแบบที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ถ่ายทอดประสบการณ์ก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรมที่ 7 การเยี่ยมบ้าน เพื่อสังเกตและติดตามผล โดยให้เล่าถึงการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงหลังเข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรม พร้อมปัญหา อุปสรรค

1.2 แบบบันทึกระดับความดันโลหิต ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำอธิบายระดับความดันโลหิตและความรุนแรง

1.3 เครื่องวัดความดันโลหิต สายวัดรอบเอว และเครื่องชั่งน้ำหนัก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 7 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ประวัติการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว การออกกำลังกาย รสชาติอาหารที่ชอบ และการนอนหลับ จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง จำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่า ถูก หรือ ผิด เกณฑ์การให้คะแนนคือ ถ้าตอบว่า ถูก จะได้ 1 คะแนน และถ้าตอบว่า ผิด จะได้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น

3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับต่ำ (0-11 คะแนน) มีความรู้ในระดับปานกลาง (12-15 คะแนน) และมีความรู้ในระดับสูง (16-20 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และเห็นด้วย ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับต่ำ (1-1.66 คะแนน) มีการรับรู้ในระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) และมีการรับรู้ในระดับสูง (2.34-3.00 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จำนวนทั้งสิ้น 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และเห็นด้วย ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับต่ำ (1.00-1.66 คะแนน) มีการรับรู้ในระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) และมีการรับรู้ในระดับสูง (2.34-3.00 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และเห็นด้วย ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความคาดหวังในระดับต่ำ (1.00-1.66 คะแนน) มีความคาดหวังในระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) และมีความคาดหวังในระดับสูง (2.34-3.00 คะแนน)

ชุดที่ 6 แบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จำนวนทั้งสิ้น 13 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และเห็นด้วย ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความคาดหวังในระดับต่ำ (1.00-1.66 คะแนน) มีความคาดหวังในระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) และมีความคาดหวังในระดับสูง (2.34-3.00 คะแนน)

ชุดที่ 7 แบบสอบถามการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการปฏิบัติตนในระดับต่ำ (1.00-2.00 คะแนน) มีการปฏิบัติตนในระดับปานกลาง (2.01-3.00 คะแนน) และมีการปฏิบัติตนในระดับสูง (3.01-4.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หมู่ 7 บ้านเขาหิน ตำบลคลองทับจันทร์ อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .74 หาค่าอำนาจจำแนกได้ค่าอยู่ในช่วง .29-.79 และหาค่าความยากง่าย ได้ค่าอยู่ในช่วง .23-.77 ส่วนแบบสอบถามชุดที่ 3-7 หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .74, .73, .87, .74 และ .74 ตามลำดับ

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปรือ
2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม
3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มตอบแบบทดสอบและแบบสอบถาม รวมทั้งสิ้น 7 ชุด ก่อนการทดลอง (pre-test) ให้เวลา 40 นาที
4. ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มทดลองเกี่ยวกับวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้ง

5. ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค โดยให้เข้าร่วมกิจกรรมที่ 1-6 ใช้เวลากิจกรรมละ 2½ ชั่วโมง โดยแต่ละกิจกรรมต่างกัน 1 สัปดาห์ ส่วนในช่วงสัปดาห์ที่ 7-12 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมการเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลอง จำนวน 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 3 ชั่วโมง ทั้งนี้ ในกิจกรรมที่ 1-6 และการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง มีการวัดระดับความดันโลหิตและบันทึกลงในแบบบันทึกระดับความดันโลหิต รวมเวลาในการดำเนินการทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามปกติจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เดือนละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง ในระยะเวลา 12 สัปดาห์

6. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มตอบแบบทดสอบและแบบสอบถาม รวมทั้งสิ้น 6 ชุด (ยกเว้นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป) หลังการทดลอง (post-test) ให้เวลา 40 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ และ 3) การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดัน

โลหิตสูง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 54.30 และ 68.60 ตามลำดับ มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.40 และ 34.30 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ คิดเป็นร้อยละ 65.70 และ 68.60 ตามลำดับ มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.10 และ 48.60 ตามลำดับ ประกอบอาชีพทำไร่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.90 และ 37.10 ตามลำดับ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 และ 48.60 ตามลำดับ มีประวัติการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 51.40 และ 42.90 ตามลำดับ มีการออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วันขึ้นไป และไม่ออกกำลังกายเลย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.30 และ 37.10 ตามลำดับ รับประทานอาหารที่ชอบคือ รสเค็ม และไม่ชอบทุกรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 เท่ากัน และการนอนหลับคือ นอนหลับได้ดีทุกวัน และนอนไม่หลับเป็นบางครั้ง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.60 และ 54.30 ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่อง

โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวัง

ในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ตัวแปรตาม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		<i>t</i>	<i>p</i>
	(n = 35)		(n = 35)			
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง	13.97	2.13	18.68	1.64	10.516	< .001
การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง	14.11	2.34	26.94	2.30	18.585	< .001
การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	15.88	3.52	28.80	2.22	15.843	< .001
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	12.00	2.95	28.14	2.17	19.233	< .001
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	16.25	4.55	34.97	3.49	15.186	< .001
การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	40.91	4.72	73.42	2.30	30.012	< .001

3. การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคความดัน

โลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

ตัวแปรตาม	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)		<i>t</i>	<i>p</i>
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง	18.68	1.64	15.11	1.90	8.401	< .001
การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง	26.94	2.30	19.42	3.75	10.102	< .001
การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	28.80	2.22	19.20	1.81	19.819	< .001
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	28.14	2.17	15.48	3.12	19.664	< .001
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	34.97	3.49	17.02	3.21	22.365	< .001
การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	73.42	2.30	43.48	4.03	38.144	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ต่อโอกาส เสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังใน ประสิทธิภาพของการตอบสนองในการป้องกันการเกิด โรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในความสามารถของ ตนเองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็น ไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ทั้งนี้ เนื่องมาจากก่อน การทดลอง กลุ่มทดลองยังไม่ได้รับโปรแกรมการประยุกต์ ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ทำให้มีค่าเฉลี่ยคะแนน ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิต สูงอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งเมื่อผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรม ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิด โรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมส่งเสริมความคาดหวังใน ประสิทธิภาพของการตอบสนองในการป้องกันการเกิด โรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมส่งเสริมความคาดหวังใน ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคความดัน โลหิตสูง และกิจกรรมส่งเสริมการปฏิบัติตนในการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งกิจกรรมการเยี่ยมบ้านประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร เจือจันทิก (2552) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ทฤษฎี แรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคและการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัด หนองคาย โดยจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้กลุ่มทดลอง ซึ่งประกอบด้วยการบรรยายประกอบสื่อการเรียน การอภิปราย กลุ่ม การประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การใช้ตัวแบบ การฝึกปฏิบัติ การให้คำแนะนำ และการกระตุ้นเตือนโรค

พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โอกาส เสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง ความคาดหวังในความสามารถ ของตนเอง และความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการป้องกัน โรค เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง และมีพฤติกรรมป้องกันการ โรคดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้อง กับการศึกษาของสุวรรณ สุทรวีภาต (2553) ที่ศึกษา เกี่ยวกับผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจร่วมกับการ สนับสนุนทางสังคมในการควบคุมความดันโลหิตใน ผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลสระกระโจม อำเภอดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าระดับความดันโลหิตของ กลุ่มทดลองลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของวาศนา มากผาสุข (2551) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจูงใจเพื่อ ป้องกันต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน ผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองใน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรง ของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของ การเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในประสิทธิภาพ ของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิต สูง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกัน การเกิดโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ทั้งนี้ เนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการประยุกต์ ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ซึ่งเป็นโปรแกรมที่มี ประสิทธิภาพ สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันการ โรคความดันโลหิตสูงได้ ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบนั้น ได้รับเพียงความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามปกติ จึงส่งผลให้หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับ การศึกษาของบุญชู เหลิมทอง (2553) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ

ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กองทัพอากาศ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวัง ในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผล ของการปฏิบัติ และความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดีกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ อื่นๆ เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิผล สามารถ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามความเปลี่ยนแปลงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

- ธวัชชัย วรพงษ์ธร. (2543). *หลักการวิจัยทางสาธารณสุข ศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญชู เหลิมทอง. (2553). *ผลของโปรแกรมการประยุกต์ ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ต่อพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กองทัพอากาศ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปรือ อำเภอร้อยพระเทศ จังหวัดสระแก้ว. (2556). *สรุปรายงานประจำปี*. สระแก้ว: ผู้แต่ง.

วาสนา มากผาสุข. (2551). *ผลของโปรแกรมการจูงใจเพื่อ ป้องกันต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิภา เทียงธรรม, อาภาพร เผ่าวัฒนา, และอรนุช พงษ์สมบูรณ์. (2553). *โปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในระดับปฐมภูมิ สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยงใน ชุมชน จังหวัดนครปฐม*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 22(1-3), 11-28.

สมพร เจือจันทิก. (2552). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อการป้องกันโรคและการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. (2556). *รายงาน การเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. สระแก้ว: ผู้แต่ง.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *แนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการ จัดบริการคัดกรองและเสริมทักษะการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อใน สถานบริการและในชุมชน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สุวรรณ สุนทรวิภาต. (2553). *ผลของการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมใน การควบคุมความดันโลหิตในผู้สูงอายุ เทศบาล ตำบลสระกระโจม อำเภอดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัย มหาสารคาม.

อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิ์า, และภาคภูมิ
จงพิริยะอนันต์. (2556). รายงานการเฝ้าระวังโรค
ไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2555. *รายงานการเฝ้าระวัง
ทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์*, 44(51), 801-808.

Rogers, R. W. (1975). A Protection Motivation
Theory of fear appeals and attitude change.
*The Journal of Psychology: Interdisciplinary
and Applied*, 91(1), 93-114.

ผลของการส่งเสริมการพัฒนาตนเองเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ ต่อความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักของนักศึกษาพยาบาล Effects of Self-development Supportive for the Pre-practicum Preparation at Intensive Care Unit on Knowledge and Skills among Nursing Students

นางนภัทร รุ่งเนย, ก.ด. (อุดมศึกษา) *

Nongnaphat Rungnoei, Ph.D. (Higher Education) *

จันจิรา สีสว่าง, M.S. (Caring Science with Specialization in Nursing) **

Junjira Seesawang, M.S. (Caring Science with Specialization in Nursing) **

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมการพัฒนาตนเองเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ ต่อความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 48 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแนวทางการส่งเสริมการพัฒนาตนเองเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ แบบบันทึกการวางแผนการพัฒนาตนเอง และแบบประเมินตนเองด้านความรู้และด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักที่มีค่าความเชื่อมั่น .96 และ .97 ตามลำดับ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2554 ถึงเดือนมีนาคม 2555 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired *t*-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับการส่งเสริมการพัฒนาตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองด้านความรู้และด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต สูงกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการพัฒนาตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.730, p < .001$ และ $t = 15.051, p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรจัดกิจกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อให้ผู้เรียนมีความพร้อมด้านความรู้ และเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น

คำสำคัญ : การพัฒนาตนเอง การเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ

ความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล หอผู้ป่วยหนัก นักศึกษาพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ภาควิชาการพยาบาลเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Abstract

This quasi-experimental research was to examine the effects of self-development supportive for the pre-practicum preparation at intensive care unit on knowledge and skills among nursing students. The samples consisted of 48 third year nursing students studying at Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi. The research instruments consisted of the instructional method of self-development supportive for the pre-practicum preparation, self-development record, and nursing students' self-assessment of knowledge and nursing practice skills at intensive care unit with the reliability of .96 and .97, respectively. The implementation and data collection were conducted from November, 2011 to March, 2012. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, paired *t*-test, and content analysis.

The results of the study revealed that the average scores of knowledge and skills following the perception of nursing students after trial were statistically significantly higher than those before trial ($t = 15.730, p < .001$ and $t = 15.051, p < .001$, respectively).

This study suggested that pre-practicum preparation helps nursing students improve their knowledge and be confident in nursing practice.

Keywords : Self-development, Pre-practicum preparation,

Knowledge and skills for nursing practice, Intensive care unit, Nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิชาชีพการพยาบาลเป็นศาสตร์ของการปฏิบัติ การพัฒนาสู่ความเป็นวิชาชีพ (professionalism) ต้องใช้เวลาในการฝึกฝนและเรียนรู้เพื่อให้สามารถให้บริการสุขภาพแก่สังคมได้อย่างมีคุณภาพ (Chitty & Black, 2007; Huston, 2014) การพัฒนาให้นักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพและเป็นผู้ใฝ่เรียนรู้ตลอดชีวิต ถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง (Patterson, Crooks, Lunyk-Child, 2002; Bolhuis, 2003) เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพตามเป้าหมายที่ต้องการ การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติควบคู่กัน โดยจัดให้มีการฝึกภาคปฏิบัติทั้งในหอผู้ป่วยและในชุมชน สำหรับการฝึกภาคปฏิบัติในหอผู้ป่วยโดยเฉพาะหอผู้ป่วยหนัก นักศึกษาพยาบาลจะต้องเผชิญกับความเครียดหลายด้าน ทั้งด้านการดูแล

ผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนซึ่งได้รับการรักษาด้วยเครื่องมือและหัตถการที่หลากหลาย และการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เมื่อพิจารณาผลการประเมินการจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ในปีการศึกษา 2553 ซึ่งนักศึกษาพยาบาลผ่านการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักแล้ว พบว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความเครียด ไม่ค่อยมั่นใจในการฝึกปฏิบัติ มีความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติน้อยทั้งในด้านความรู้และทักษะที่จำเป็น ผลการประเมินความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเมื่อสิ้นสุดการฝึก พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง แม้ว่าอาจารย์จะได้จัดกิจกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ (pre-clinic) แล้วก็ตาม (ภาควิชาการพยาบาลเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และ

ผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 2553) ผู้รับผิดชอบรายวิชาและอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ จึงประชุมร่วมกันเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาการเรียน การสอน และเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาพยาบาล ทั้งด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ที่มีภาวะวิกฤต ซึ่งจะส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลสามารถ ให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิด ความปลอดภัยต่อผู้ป่วยมากที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ายังไม่มีการศึกษา วิจัยเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ ในหอผู้ป่วยหนักของนักศึกษาพยาบาล แต่มีการวิจัย บางส่วนที่ศึกษาในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วย และในห้องคลอด พบว่าการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึก ภาคปฏิบัติอย่างเหมาะสมจะช่วยลดความเครียดและเพิ่ม ความมั่นใจในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลได้ (มณฑา ลิ้มทองกุล และสุภาพ อารีเอื้อ, 2552; สุมาลี จูมทอง, ดุษฎี โยเหลา, งามดา วานิชานนท์, และสฤษฎ์ ภู่ง, 2552; ลำเจียก คำธร์, มณีนุช ปรีสุทธิคุณากร, สุนทรีภรณ์ ทองไสย, และจิณัฐดา ศุภศรี, 2554) จากการศึกษาของ นงนภัทร รุ่งเนย, จันทร์จิรา สีสว่าง, นิตยา ทองมา, จินตนา ทองเพชร, รัชฎา รัตนภาค, และกฤษฎณา หงษ์ทอง (2554) ที่ได้พัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อน สำเร็จการศึกษา และทดลองใช้โปรแกรม รวมทั้งประเมิน ประสิทธิภาพ โดยใช้แบบแผนการวิจัยแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง ในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 แบ่งนักศึกษาพยาบาลออกเป็นกลุ่มย่อย และมีอาจารย์ ประจำกลุ่มเป็นผู้เสริมสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาตนเอง ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลวางแผนการพัฒนาดตนเอง สนับสนุนการเรียนรู้ และให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้ง ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลนำแผนไปปฏิบัติและติดตาม ผลการนำแผนไปปฏิบัติภายในระยะเวลา 8 เดือน พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะด้านการพัฒนาตนเองและ มีความพร้อมในการประกอบวิชาชีพเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ จากการศึกษาแนวคิดการเรียนรู้แบบนำตนเอง (self-directed learning) ของ Knowles (1990) พบว่าการเรียนรู้จะเกิด

ได้มากที่สุดเมื่อมีวิธีการและเทคนิคการสอนที่ทำให้ผู้เรียน มีส่วนเกี่ยวข้องในการเรียนรู้ สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาค ตนเอง (self-development) ของ Megginson and Pedler (1992) ที่กล่าวว่าจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริม ให้ผู้เรียนพัฒนาตนเอง จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ ดีขึ้น ซึ่งผู้เรียนต้องคิดริเริ่มในการเรียน กำหนดจุดประสงค์ หรือเป้าหมายของการเรียนด้วยตนเอง

คณะผู้วิจัยในฐานะอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ ประจำหอผู้ป่วยหนัก ตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียม ความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ และการส่งเสริมการพัฒนาดตนเอง จึงได้ประยุกต์ใช้แนวคิด การพัฒนาดตนเอง โดยจัดกิจกรรมให้นักศึกษาพยาบาล ประเมินและวิเคราะห์ตนเองเกี่ยวกับความรู้และทักษะ การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต เพื่อทราบความต้องการ ในการเรียนรู้ก่อนเป็นอันดับแรก และส่งเสริมให้วางแผน การพัฒนาดตนเอง เพื่อเตรียมความพร้อมในการฝึก ภาคปฏิบัติในหอผู้ป่วยหนัก โดยอาจารย์ผู้สอนทำหน้าที่ เป็นผู้อำนวยการเรียนรู้ที่เป็นกัลยาณมิตร สนใจ เข้าใจ รับฟัง ชื่นแนะ ให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง และให้นักศึกษาพยาบาล ประเมินผลตนเองเป็นระยะ เพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนาดตนเอง รวมทั้งเสริมสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาดตนเองของนักศึกษา พยาบาล ซึ่งแรงจูงใจจากภายในจะทำให้เกิดการเรียนรู้ ที่ลึกซึ้ง และช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีความมั่นใจและ ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาวิกฤตได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการพยาบาล ผู้ป่วยวิกฤตของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลัง ได้รับการส่งเสริมการพัฒนาดตนเองเพื่อเตรียมความพร้อม ก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยวิกฤตของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลัง ได้รับการส่งเสริมการพัฒนาดตนเองเพื่อเตรียมความพร้อม ก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ

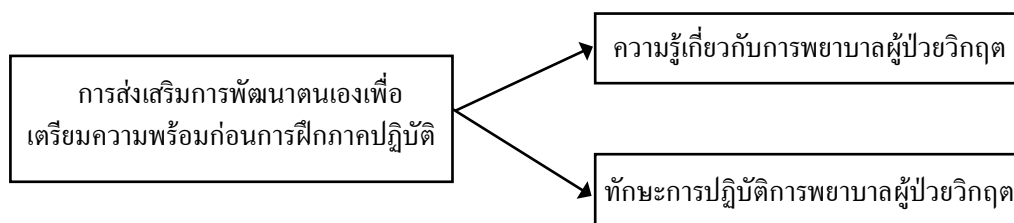
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับการส่งเสริมการพัฒนาตนเองเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ นักศึกษาพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตสูงกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการพัฒนาตนเอง

2. หลังได้รับการส่งเสริมการพัฒนาตนเองเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ นักศึกษาพยาบาลมีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตสูงกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการพัฒนาตนเอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้แนวคิดการพัฒนาตนเองของ Megginson and Pedler (1992) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยการพัฒนาตนเองเป็นกระบวนการ



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ภาคเรียนที่ 2-3 ปีการศึกษา 2554 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 87 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นนักศึกษาพยาบาลที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2) มั่นใจว่าจะสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วนตามที่กำหนด และ 3) ยินยอมเข้าร่วม

ที่ผู้เรียนต้องการเปลี่ยนแปลงสภาพของตนเองไปสู่สิ่งใหม่ เริ่มจากการที่ผู้เรียนมีความต้องการเรียนรู้ วินิจฉัยตนเอง รับผิดชอบเลือกสิ่งที่ต้องการเรียน กำหนดเวลาและวิธีเรียนรู้ ควบคุมการเรียนรู้ด้วยตนเอง และพยายามพัฒนาตนเองไปสู่เป้าหมายที่กำหนด (Megginson & Pedler, 1992) ดังนั้น ในการจัดการเรียนการสอนเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ จึงมุ่งจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาตนเอง ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ โดยให้วิเคราะห์และประเมินตนเอง วางแผนการพัฒนาตนเองก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ และควบคุมกำกับตนเองในการพัฒนาความรู้ และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้

การวิจัย ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดและเปิดโอกาสให้ทุกคนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 48 คน ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ เป็นนักศึกษาพยาบาลที่เคยศึกษารายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 มาแล้ว เนื่องจากเรียนซ้ำชั้นในชั้นปีที่ 3 สำหรับเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัยคือ ขอลถอนตัวจากการวิจัย สำหรับนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 39 คน ซึ่งลงทะเบียนเรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 ในปีการศึกษาเดียวกันนั้น คณะผู้วิจัยเปิดโอกาสให้เข้าร่วมกิจกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติได้ ซึ่งหากมีข้อสงสัยหรือต้องการความช่วยเหลือ สามารถขอคำปรึกษาจากคณะผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 แนวทางการส่งเสริมการพัฒนาตนเอง เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการพัฒนาตนเองของ Megginson and Pedler (1992) และปรับปรุงจาก โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนสำเร็จการศึกษาสู่ การประกอบวิชาชีพการพยาบาล ของนางฉัตร รุ่งเนย และคณะ (2554) โดยนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาหลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ภาคเรียนที่ 3 ปีการศึกษา 2554 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งฝึกภาคปฏิบัติในหอผู้ป่วย หนัก โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 39 คน

1.2 แบบบันทึกการวางแผนการพัฒนาตนเอง สำหรับให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกเกี่ยวกับการประเมิน ตนเอง การวางแผนการพัฒนาตนเอง และผลการเตรียม ความพร้อมในการฝึกภาคปฏิบัติ คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ทั้งนี้ การประเมินความตรงตามเนื้อหาใช้แบบประเมินดัชนี ความสอดคล้องของความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมี ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ไม่เหมาะสม (ให้คะแนน -1) ไม่น่าสนใจ (ให้คะแนน 0) และเหมาะสม (ให้คะแนน +1) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence: IOC) เท่ากับ .90 ทั้งนี้ ใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความสอดคล้องที่ยอมรับได้คือ ตั้งแต่ .75 ขึ้นไป (Waltz, Strickland, & Lenz, 2016)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินตนเองด้านความรู้และด้านทักษะ การปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก คณะผู้วิจัยพัฒนา ขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาของนางฉัตร รุ่งเนย และคณะ (2554) สำหรับให้กลุ่มตัวอย่างประเมิน ตนเอง จำนวนทั้งสิ้น 17 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ มาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยมาก น้อย ปานกลาง ดี และดีมาก ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน นั้นแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความรู้/ทักษะในระดับ น้อยมาก (1.00-1.50 คะแนน) มีความรู้/ทักษะในระดับ น้อย (1.51-2.50 คะแนน) มีความรู้/ทักษะในระดับ

ปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) มีความรู้/ทักษะในระดับ ดี (3.51-4.50 คะแนน) และมีความรู้/ทักษะในระดับดีมาก (4.51-5.00 คะแนน) นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาหลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2554 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน ด้านความรู้และด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาล เท่ากับ .96 และ .97 ตามลำดับ

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
คณะผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มย่อย จำนวน 6 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน ตามตารางการฝึกภาคปฏิบัติที่ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มละ 3 สัปดาห์ และประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการฝึก ภาคปฏิบัติ โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. คณะผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

2. คณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอน การทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ โดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มี ผลกระทบใดๆ ต่อวิชาที่กำลังศึกษา รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูล จะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัย ครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

3. คณะผู้วิจัยแจกแบบประเมินตนเองด้านความรู้ และด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก ก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเอง ก่อนการฝึกภาคปฏิบัติเป็นเวลา 2 สัปดาห์

4. คณะผู้วิจัยจัดกิจกรรมการเตรียมความพร้อม ให้กลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง เป็นเวลา 3 ชั่วโมง โดยให้ ความรู้และเสริมสร้างแรงจูงใจในการวางแผนการพัฒนา ตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การเรียนรู้รายวิชา มอบหมาย ให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์จุดแข็งและจุดที่ควรพัฒนาของ ตนเอง กำหนดประเด็นความรู้และทักษะที่ต้องการพัฒนา เพื่อเตรียมความพร้อมในการฝึกภาคปฏิบัติ และวางแผน การพัฒนาตนเองโดยกำหนดเป้าหมาย กิจกรรม และระยะ เวลาดำเนินการที่ชัดเจนในแบบบันทึกการวางแผนการพัฒนา ตนเอง

5. คณะผู้วิจัยตรวจสอบการบันทึกการวางแผน การพัฒนาตนเอง ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา และส่งเสริม ให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาค้นคว้าความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็น เพิ่มเติมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ

6. คณะผู้วิจัยเสริมสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ ในลักษณะกัลยาณมิตร สนใจ ตั้งใจรับฟังปัญหา และให้ ข้อเสนอแนะที่เหมาะสม รวมทั้งติดตามผลการพัฒนา ตนเองและให้คำปรึกษาขณะฝึกภาคปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยให้กลุ่มตัวอย่างส่งแบบบันทึกการวางแผนการพัฒนา ตนเอง ประเมินตนเอง และคณะผู้วิจัยให้ข้อมูลป้อนกลับ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที เป็นเวลา 3 สัปดาห์

7. คณะผู้วิจัยแจกแบบประเมินตนเองด้านความรู้ และด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองเมื่อสิ้นสุดการฝึกภาคปฏิบัติ

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2554 ถึงเดือนมีนาคม 2555

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน การเปรียบเทียบการประเมินตนเองด้านความรู้ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและด้านทักษะการปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตของนักศึกษาพยาบาล ระหว่าง ก่อนกับหลังได้รับการส่งเสริมการพัฒนาตนเองเพื่อเตรียม ความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการบันทึก การวางแผนการพัฒนาตนเอง วิเคราะห์เนื้อหาด้วยวิธี การจัดหมวดหมู่ข้อมูล แล้วนำมาหาแก่นของสาระเพื่อ สังเคราะห์ประเด็นหลักที่สำคัญ (Krippendorff, 2013)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 97.92 และมีอายุอยู่ในช่วง 20-22 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 20.71 ปี (SD = .69)

2. การประเมินตนเองด้านความรู้เกี่ยวกับการพยาบาล ผู้ป่วยวิกฤตและด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย วิกฤตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าก่อนได้รับการส่งเสริม การพัฒนาตนเองเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการฝึก ภาคปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมิน

ตนเองด้านความรู้โดยรวมในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.43$, SD = .46) โดยรายการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การบริการ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ($\bar{X} = 3.13$, SD = .67) และ รายการที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การเตรียมและช่วยแพทย์ ในการใส่ท่อช่วยหายใจ ($\bar{X} = 2.13$, SD = .67) ส่วนทักษะ การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตนั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองด้านทักษะโดยรวม ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.31$, SD = .43) โดยรายการที่มี ค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ($\bar{X} = 3$, SD = .58) และรายการที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การดูแลผู้ป่วยที่หยาเครื่องช่วยหายใจ ($\bar{X} = 2.04$, SD = .68) และการดูแลผู้ป่วยระยะหลังเกิดภาวะหัวใจ หยุดเต้น ($\bar{X} = 2.04$, SD = .74)

สำหรับหลังได้รับการส่งเสริมการพัฒนาตนเอง เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองด้าน ความรู้โดยรวมในระดับดี ($\bar{X} = 3.51$, SD = .47) โดยรายการ ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ($\bar{X} = 3.71$, SD = .46) และการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วย หายใจ ($\bar{X} = 3.71$, SD = .46) และรายการที่มีค่าเฉลี่ย ต่ำสุดคือ การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหา สุขภาพที่ซับซ้อน ($\bar{X} = 3.29$, SD = .54) และการช่วยฟื้น กื่นชีพขั้นสูง ($\bar{X} = 3.29$, SD = .68) ส่วนทักษะการปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตนั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย คะแนนการประเมินตนเองด้านทักษะโดยรวมในระดับ ปานกลาง ($\bar{X} = 3.47$, SD = .48) โดยรายการที่มีค่าเฉลี่ย สูงสุดคือ การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ($\bar{X} = 3.71$, SD = .46) และรายการที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การช่วย ฟื้นคืนชีพขั้นสูง ($\bar{X} = 3.21$, SD = .71)

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าหลังได้รับการส่งเสริม การพัฒนาตนเองเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองด้านความรู้ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและด้านทักษะการปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มขึ้นในทุกข้อ

ข้อมูลการประเมินตนเองด้านความรู้เกี่ยวกับการ พยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและด้านทักษะการปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตของกลุ่มตัวอย่าง แสดงใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการประเมินตนเองด้านความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการพัฒนาตนเองเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ (n = 48)

รายการประเมิน	ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลฯ		ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลฯ	
	ก่อนได้รับ	หลังได้รับ	ก่อนได้รับ	หลังได้รับ
	การส่งเสริมฯ	การส่งเสริมฯ	การส่งเสริมฯ	การส่งเสริมฯ
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)
1. การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	3.13 (.67)	3.71 (.46)	3.00 (.58)	3.67 (.48)
2. การประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน	2.33 (.56)	3.42 (.58)	2.42 (.58)	3.67 (.48)
3. การใช้ทฤษฎีการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม	2.71 (.68)	3.58 (.58)	2.54 (.58)	3.58 (.65)
4. การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน	2.38 (.64)	3.29 (.54)	2.33 (.63)	3.42 (.58)
5. การเลือกทรัพยากร เทคโนโลยี ภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการดูแลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ	2.42 (.65)	3.33 (.48)	2.50 (.58)	3.42 (.50)
6. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	2.33 (.69)	3.71 (.46)	2.29 (.68)	3.71 (.46)
7. การเตรียมและช่วยแพทย์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ	2.13 (.67)	3.33 (.69)	2.13 (.67)	3.25 (.73)
8. การดูแลผู้ป่วยที่หยาเครื่องช่วยหายใจ	2.33 (.75)	3.58 (.50)	2.04 (.68)	3.33 (.69)
9. การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง	2.42 (.71)	3.29 (.68)	2.08 (.65)	3.21 (.71)
10. การดูแลผู้ป่วยระยะหลังเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น	2.25 (.79)	3.38 (.64)	2.04 (.74)	3.29 (.62)
11. การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและการจำหน่ายผู้ป่วยหนัก	2.46 (.65)	3.58 (.71)	2.42 (.65)	3.46 (.71)
12. การเตรียมผู้ป่วยตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	2.38 (.71)	3.50 (.65)	2.29 (.80)	3.33 (.75)
13. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวิกฤต	2.25 (.60)	3.46 (.65)	2.21 (.71)	3.58 (.65)
14. การวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดงและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสมดุลกรดและด่างในเลือด	2.50 (.58)	3.58 (.71)	2.25 (.60)	3.54 (.71)
15. การดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของทางเดินหายใจ	2.58 (.58)	3.67 (.63)	2.29 (.54)	3.67 (.63)
16. การดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสมองและไขสันหลัง	2.38 (.70)	3.50 (.88)	2.17 (.63)	3.46 (.77)
17. การดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเลือด การไหลเวียนเลือดและน้ำเหลือง	2.38 (.70)	3.54 (.65)	2.25 (.73)	3.46 (.58)
โดยรวม	2.43 (.46)	3.51 (.47)	2.31 (.43)	3.47 (.48)

3. การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนกับหลังได้รับการส่งเสริมการพัฒนาตนเองเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ พบว่าหลังได้รับการส่งเสริมการพัฒนาตนเองฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองด้าน

ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต และค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต สูงกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการพัฒนาตนเองฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.730, p < .001$ และ $t = 15.051, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองด้านความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนกับหลังได้รับการส่งเสริมการพัฒนาตนเองเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ (n = 48)

สมรรถนะ	ก่อนได้รับการส่งเสริมฯ		หลังได้รับการส่งเสริมฯ		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต	2.43	.46	3.51	.47	15.730	< .001
ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต	2.31	.43	3.47	.48	15.051	< .001

4. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการบันทึกการวางแผนการพัฒนาตนเอง พบว่าการจัดกิจกรรมส่งเสริมการพัฒนาตนเองช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการฝึกภาคปฏิบัติเพิ่มขึ้น ทั้งด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าการวิเคราะห์และประเมินตนเองทำให้ทราบจุดที่ควรพัฒนา และสามารถเตรียมตัวได้ดีขึ้น ทำให้ตนเองมีความรู้และทักษะการปฏิบัติเพิ่มขึ้น

“การร่วมกิจกรรมเตรียมพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ ทำให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น มีความมั่นใจเพิ่มขึ้นมาก”

“ก่อนฝึกภาคปฏิบัติ ICU เครียดมากค่ะ กลัวทุกอย่าง การที่อาจารย์จัดให้มีการเตรียมความพร้อมได้ทบทวน วางแผนก่อนขึ้นฝึก ทำให้ทราบว่าต้องเตรียมตัวอย่างไร เครียดน้อยลงค่ะ อยากให้ทำแบบนี้กับรุ่นน้องบ้าง”

การส่งเสริมการพัฒนาตนเองเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีความเครียดลดลง และสามารถปฏิบัติทักษะการพยาบาลได้ดีขึ้น

“การที่อาจารย์ให้เตรียมพร้อมก่อนขึ้นฝึก ทำให้เครียดและกังวลน้อยลง สามารถปฏิบัติหัตถการได้ดีขึ้นดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจได้ กล้าปฏิบัติมากขึ้น”

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองด้านความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้แนวคิดการส่งเสริมการพัฒนาตนเอง โดยวางแผนจัดกิจกรรมเสริมสร้างแรงจูงใจ และให้นักศึกษาพยาบาลประเมินและวิเคราะห์ตนเองก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ แล้ววางแผนการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งก่อนและขณะฝึกภาคปฏิบัติ ทำให้นักศึกษาพยาบาลทราบประเด็นที่ควรพัฒนาและได้ทบทวนบทเรียน ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มขึ้น ช่วยให้นักศึกษา

พยาบาลมีความเครียดลดลง และมีความมั่นใจในการปฏิบัติ การพยาบาลเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า การเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติที่ดี จะช่วยลดความเครียดและเพิ่มความมั่นใจในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลได้ (สมาลี จุมทอง และคณะ, 2552; ลำเจียก กำร และคณะ, 2554)

2. การเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวางแผน การพัฒนาตนเองโดยการวิเคราะห์และประเมินตนเอง จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลทราบจุดแข็งและจุดที่ควรพัฒนา กำหนดเป้าหมายการเรียนรู้ที่ชัดเจน สามารถวางแผนการพัฒนาตนเองได้ก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ ทำให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะการพยาบาลเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ เนื่องจากการกำหนดเป้าหมายและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน จะช่วยให้บุคคลมีความพร้อมในการดำเนินกิจกรรม และบรรลุผลสำเร็จที่ต้องการได้เพิ่มขึ้น (Megginson & Pedler, 1992) สอดคล้องกับแนวคิดการวางแผนชีวิตวิชาชีพ คือ การกำหนดภาพอนาคตหรือเป้าหมายที่ชัดเจน เป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาตนเองให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ (Donner & Wheeler, 2009) นอกจากนี้ การที่คณะผู้วิจัยเสริมสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาตนเอง และสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เป็นกัลยาณมิตร รวมทั้งให้มีอิสระในการคิดวางแผนการพัฒนาตนเอง ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความต้องการในการเรียนรู้ และเกิดแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองให้ประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า การจูงใจให้บุคคลมีอิสระในการกำหนดสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง การที่มีแรงจูงใจจากภายในทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ลึกซึ้งเพิ่มขึ้น (Guay, Ratelle, & Chanal, 2008)

เมื่อพิจารณาผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐาน คุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ จะเห็นได้ว่าการส่งเสริม การพัฒนาตนเองเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ นอกจากจะช่วยพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติ

การพยาบาลแล้ว ยังเป็นกลวิธีการสอนที่ช่วยพัฒนาทักษะทางปัญญาและทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างดี เนื่องจาก กระบวนการเรียนการสอนมุ่งเน้นการเรียนรู้แบบนำตนเอง มีการวิเคราะห์ประเมินตนเอง ทำให้นักศึกษาพยาบาลตระหนักรู้ในศักยภาพของตนเอง มีการสืบค้น ศึกษา ค้นคว้าด้วยตนเอง และมีความรับผิดชอบในการกำกับ การเรียนรู้ของตนเองเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้รับผิดชอบรายวิชาและอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติควรวางแผนร่วมกันเพื่อหาแนวทางในการพัฒนา การเรียนการสอน โดยจัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้ นักศึกษาพยาบาลได้ทบทวนความรู้และทักษะก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ และส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลวางแผน การพัฒนาตนเองให้สอดคล้องกับการวิเคราะห์ตนเอง และวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในรายวิชา

1.2 ภาควิชาและอาจารย์ผู้สอนควรส่งเสริม การวางแผนการพัฒนาตนเองในรายวิชาต่างๆ เพิ่มขึ้น เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ ทักษะ และมีความพร้อม ในการฝึกภาคปฏิบัติเพิ่มขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการเตรียมความพร้อมในการฝึกภาคปฏิบัติในรายวิชาอื่น เช่น ปฏิบัติหลักการและเทคนิค การพยาบาล ซึ่งเป็นรายวิชาที่นักศึกษาพยาบาลฝึกปฏิบัติงานครั้งแรก และศึกษาตัวแปรอื่นเพิ่มขึ้น เช่น ความพร้อม หรือความมั่นใจในการฝึกภาคปฏิบัติ

เอกสารอ้างอิง

นงนภัทร รุ่งเนย, จันทรีจิรา สีสว่าง, นิตยา ทองมา, จินตนา ทองเพชร, รัชฎา รัตนภาค, และกฤษฎา หงษ์ทอง. (2554). *การพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนสำเร็จการศึกษาสู่การประกอบวิชาชีพการพยาบาล* (รายงานผลการวิจัย). วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.

- ภาควิชาการพยาบาลเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.
(2553). *มคอ.5 วิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคล
ที่มีปัญหาสุขภาพ 3 ปีการศึกษา 2553*. เพชรบุรี:
ผู้แต่ง.
- มณฑา ล้อมทองกุล, และสุภาพ อารีเอื้อ. (2552).
แหล่งความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด
และผลลัพธ์การเผชิญความเครียดของนักศึกษา
พยาบาลในการฝึกภาคปฏิบัติครั้งแรก. *รวมาริบดี
พยาบาลสาร*, 15(2), 192-205.
- ลำเจียก กำธร, มณีนุช ปรีสุทธิคุณากร, สุนทรีภรณ์ ทองไสย,
และจิณัฐตา สุภศรี. (2554). *ความเครียดและ
วิธีการปรับแก้ความเครียดในการฝึกภาคปฏิบัติ
ทางคลินิก รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มี
ปัญหาทางจิต ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง* (รายงานผล
การวิจัย). วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง.
- สุมาลี จูมทอง, ดุษฎี โยเหลา, งามตา วนินทานนท์,
และสรณ ภู่ง. (2552). ประสพการณ์ความเครียด
และวิธีการเผชิญความเครียดของนักศึกษาพยาบาล
จากการเรียนภาคปฏิบัติในห้องคลอด. *วารสาร
พฤติกรรมศาสตร์*, 15(1), 39-56.
- Bolhuis, S. (2003). Towards process-oriented
teaching for self-directed lifelong learning:
A multidimensional perspective. *Learning
and Instruction*, 13(3), 327-347.
- Chitty, K. K., & Black, B. P. (2007). *Professional
nursing: Concepts and challenges* (5th ed.).
St. Louis, MO: Saunders/Elsevier.
- Donner, G. J., & Wheeler, M. M. (2009). *Taking
control of your career: A handbook for
health professionals*. Toronto: Mosby/Elsevier.
- Guay, F., Ratelle, C. F., & Chanal, J. (2008).
Optimal learning in optimal contexts: The role
of self-determination in education. *Canadian
Psychology*, 49(3), 233-240.
- Huston, C. J. (2014). *Professional issues in
nursing: Challenges & opportunities* (3rd ed.).
Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Knowles, M. (1990). *The adult learner: A neglected
species* (4th ed.). Houston: Gulf Publishing.
- Krippendorff, K. (2013). *Content analysis:
An introduction to its methodology* (3rd ed).
Los Angeles: SAGE publications.
- Meggison, D., & Pedler, M. (1992). *Self-development:
A facilitator's guide*. London: McGraw Hill.
- Patterson, C., Crooks, D., & Lunyk-Child, O.
(2002). A new perspective on competencies
for self-directed learning. *Journal of Nursing
Education*, 41(1), 25-31.
- Waltz, C. F., Strickland, O. L., & Lenz, E. R.
(2016). *Measurement in nursing and health
research* (5th ed.). New York: Springer.

ความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคของศูนย์เด็กเล็กที่อยู่ใน
ความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี *

Success in Implementation of Disease Free Child Care Center under
the Local Administrative Organization in Pathumthani Province *

กาญจนาวรรณ บัวจันทร์, ส.ม. (การจัดการบริการสาธารณสุข) **
Karnjanawan Buachan, M.P.H. (Public Health Services Management) **

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการศึกษาแบบผสม เพื่อศึกษาความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค ประชากรเป็นตัวแทนคณะกรรมการศูนย์เด็กเล็กที่อยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี ประกอบด้วยนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 56 คน และหัวหน้าศูนย์เด็กเล็ก 113 คน รวมจำนวน 169 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่น .95 และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน 2557 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จของศูนย์เด็กเล็กสู่การเป็นศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมากที่สุด 2) ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคของตัวแทนคณะกรรมการศูนย์เด็กเล็ก อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 44.65 3) การมีส่วนร่วมของศูนย์เด็กเล็กเพื่อให้ผ่านเกณฑ์ศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.88$, $SD = .89$) และ 4) รูปแบบการปกครองขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของหน่วยงานที่สังกัด ปัจจัยสนับสนุนด้านแรงจูงใจ และความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค มีความสัมพันธ์กับระดับความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรระดับความสำเร็จ ได้ถูกต้องร้อยละ 85.80

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าผู้บริหารควรส่งเสริมและพัฒนาความรู้ให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุม สนับสนุนและมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน สร้างแรงจูงใจให้กับผู้ปฏิบัติและกระตุ้นให้ปฏิบัติตามนโยบายในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก

คำสำคัญ : ความสำเร็จ ศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการบริการสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** มหบัณฑิตสาขาการจัดการบริการสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Abstract

This mixed methods research aimed to examine the success in implementation of disease free child care center. Population were 169 representatives worked under the local administrative organization in Pathumthani province, consisted of 56 chief executives of the local administrative organization and 113 heads of child care center. Research instruments composed of a questionnaire with the reliability of .95 and an in-depth interview guide. Data were collected from January to June, 2014. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, logistic regression analysis, and content analysis.

The results revealed that: 1) the overall score of supporting factors for disease free child care center was between a moderate and highest level; 2) 44.65% of the representatives had score of knowledge concerning implementation of disease free child care center at a good level; 3) the overall score of child care center participation was at a high level ($\bar{X}$ = 3.88, SD = .89); and 4) the factors statistically significantly related to the success in implementation of disease free child care center consisted of administrative characteristics, motivation, and knowledge concerning implementation of disease free child care center ($p < .05$), which jointly explain the variance of success level by 85.80%.

This study suggested that administrators should continuously promote and enhance knowledge concerning implementation of disease free child care center for personnel. In addition, they should encourage and participate in implementation of disease free child care center. Finally, motivating personnel to follow child care center policies should be promoted.

Keywords : Success, Disease free child care center, The local administrative organization

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันพบว่าผู้ปกครองนำบุตรหลานมาฝากไว้กับศูนย์เด็กเล็กเป็นจำนวนมาก ปัญหาส่วนหนึ่งเนื่องจากในอดีต ครอบครัวไทยเป็นลักษณะครอบครัวที่มีคนหลายรุ่นอยู่รวมกัน และเด็ก ๆ ได้รับการเลี้ยงดูจากครอบครัว แต่ในปัจจุบัน สังคมไทยเปลี่ยนเป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยว อยู่กันเฉพาะบิดา มารดา และบุตร อีกทั้งสภาพเศรษฐกิจที่ทำให้ทั้งบิดาและมารดาต้องออกไปประกอบอาชีพนอกบ้าน ทำให้บิดา มารดาจำนวนมากไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องนำบุตรไปฝากเลี้ยงในสถานรับเลี้ยงเด็ก (กุศลสุนทรธาดา และจิตตินันท์ เชเชคุปต์, 2544) จากข้อมูล

ประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุทั่วราชอาณาจักร พบว่าเด็กก่อนวัยเรียนที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี มีจำนวนเกือบ 4 ล้านคน และเกือบร้อยละ 50 ของเด็กกลุ่มนี้ ผู้ปกครองจะนำไปฝากเลี้ยงในศูนย์เด็กเล็กหรือให้เข้าโรงเรียนอนุบาล เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าโรงเรียน ดังนั้น ศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลจึงเป็นสถานที่ที่เด็กอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก ทำให้เชื้อโรคสามารถแพร่กระจายและติดต่อกันได้ง่ายเมื่อมีเด็กป่วย และเนื่องจากเด็กเล็กมีภูมิคุ้มกันต่ำ จึงมีโอกาสป่วยได้บ่อย (สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) โดยโรคที่พบบ่อยได้แก่ โรคติดต่อในทางเดินหายใจ โรคมือ เท้า ปาก โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

และโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น คางทูม สุกใส หัด ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการและสุขภาพโดยรวมของเด็ก การระบาดของโรคอาจทำให้ต้องปิดศูนย์เด็กเล็กหรือโรงเรียน เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้ปกครองต้องหยุดงานเพื่อดูแลเด็กที่บ้าน ทำให้ขาดรายได้

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 กำหนดให้การศึกษาเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาคน โดยมีสาระสำคัญคือ มุ่งเน้นให้มีการปฏิรูประบบการศึกษาให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล มีการกระจายอำนาจไปสู่เขตพื้นที่การศึกษา สถานศึกษา และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีอิสระในการบริหารจัดการภายใต้การกำกับดูแลของรัฐ ในการจัดการศึกษาท้องถิ่นมีวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาปฐมวัย โดยกำหนดให้เด็กปฐมวัยได้รับการส่งเสริมพัฒนาการและเตรียมความพร้อมทางร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา และลักษณะนิสัย ให้เป็นไปอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ เต็มศักยภาพ มีคุณธรรม จริยธรรม ระเบียบวินัย และมีความพร้อมที่จะเข้ารับการศึกษาในระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานต่อไป (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2550) และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 80 ก็มีสาระสำคัญในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาปฐมวัย โดยกล่าวว่ารัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายการศึกษา ต้องสนับสนุนการอบรมเลี้ยงดูและให้การศึกษาปฐมวัยแก่เด็กและเยาวชน ส่งเสริมและสนับสนุนการกระจายอำนาจ เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดและมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษา ดังนั้น การดำเนินการป้องกันการควบคุมโรคในศูนย์เด็กเล็กให้มีประสิทธิภาพ จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยลดการเกิดและการแพร่กระจายของโรคติดต่อ โดยครูผู้ดูแลเด็กเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะพัฒนาให้ศูนย์เด็กเล็กปลอดภัยจากโรคต่างๆ เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุดในช่วงที่เด็กอยู่ในศูนย์เด็กเล็ก อีกทั้งยังเป็นผู้มีอิทธิพลต่อการดูแลและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็กมากที่สุด

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เริ่มดำเนินโครงการศูนย์เด็กเล็กนอกระบบในปี 2546 และได้จัดทำเกณฑ์มาตรฐานในการประเมินศูนย์เด็กเล็กร่วมกับหลายหน่วยงาน

ได้แก่ ศูนย์อนามัย กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งได้มีการอบรมผู้ดูแลศูนย์เด็กเล็กที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ของกรมอนามัย โดยเน้นในเรื่องการเลี้ยงดูเด็กให้มีความสมบูรณ์ทางกาย จิต สังคม และสติปัญญา สภาพแวดล้อมสะอาด ปลอดภัย ส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการอย่างเหมาะสม สำหรับกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้เห็นความสำคัญของเด็กในศูนย์เด็กเล็ก จึงดำเนินการสานต่อ เชื่อมโยงในเรื่องการเฝ้าระวังโรค การป้องกัน ควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่กระจาย และลดการป่วยของเด็ก โดยได้ทำการศึกษาพัฒนารูปแบบการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก โรคมือ เท้า ปาก และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียน ซึ่งการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคในศูนย์เด็กเล็กเปรียบเสมือนปราการสำคัญที่จะช่วยลดการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นในเด็ก (บงกช เชื้อชาญยนต์, 2551) กรมควบคุมโรคจึงได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็กขึ้น เพื่อให้สามารถช่วยเสริมสร้างคุณภาพการดำเนินงานของศูนย์เด็กเล็กให้เป็นที่ยอมรับและไว้วางใจจากบิดา มารดา ผู้ปกครองอีกด้วย

ในอดีต การป้องกัน ควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพนั้น เป็นบทบาทที่สำคัญของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม นอกเหนือจากการดำเนินงานตามบทบาทภารกิจที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรด้านสาธารณสุขแล้ว สิ่งที่ทำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนางานป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็กให้เป็นไปอย่างดี จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน และชุมชน เมื่อเกิดการระบาดของโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็กซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็กประสบความสำเร็จได้ เกิดจากความตระหนักและความร่วมมือของบุคลากรทุกภาคส่วนและทุกระดับ ทั้งบิดา มารดา ผู้ปกครอง และครูผู้ดูแลเด็ก ในการส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงานอย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง รวมทั้งจากผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะช่วยผลักดัน ส่งเสริม สนับสนุนศูนย์เด็กเล็กอย่างเป็นทางการ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป็น

ผู้สนับสนุนความรู้ วิธีการในการดำเนินงาน เพื่อให้ได้รับการรับรองเป็นศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย

ศูนย์เด็กเล็กที่อยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี มีจำนวนทั้งสิ้น 113 แห่ง ได้ดำเนินการขอรับการประเมินเป็นศูนย์เด็กเล็กปลอดภัยตั้งแต่ปี 2554 จนถึงปี 2557 โดยในช่วงปีแรกๆ พบว่าศูนย์เด็กเล็กบางแห่งไม่ผ่านเกณฑ์ และบางแห่งไม่ขอรับการประเมินเนื่องจากปัญหาต่างๆ โดยกรมควบคุมโรค กำหนดว่าศูนย์เด็กเล็กต้องผ่านเกณฑ์ศูนย์เด็กเล็กปลอดภัยครบทุกแห่งภายในปี 2556 ซึ่งศูนย์เด็กเล็กของจังหวัดปทุมธานียังไม่สามารถดำเนินการได้ตามที่กำหนด รวมถึงปัญหาเรื่องโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็ก ที่พบว่าศูนย์เด็กเล็กแจ้งเหตุการณ์ล่าช้า บางศูนย์แจ้งเมื่อผู้ป่วยไปรับการรักษาแล้ว หรือแจ้งเมื่อพบผู้ป่วยรายอื่นต่อไป และบางศูนย์ไม่มีการแจ้งเหตุการณ์เมื่อมีการระบาดของโรค ทำให้การระบาดแพร่อย่างรวดเร็ว เนื่องจากไม่สามารถควบคุมการระบาดได้ทันเวลา

จากปัญหาข้างต้น ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคในศูนย์เด็กเล็ก จึงได้ศึกษาความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดภัยของศูนย์เด็กเล็กที่อยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี โดยศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จของศูนย์เด็กเล็กสู่การเป็นศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยด้านภาวะ

ผู้นำในการจัดการองค์กร ด้านการสื่อสาร ด้านแรงจูงใจ ด้านความตระหนัก และด้านการจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย และการมีส่วนร่วมของศูนย์เด็กเล็กเพื่อให้ผ่านเกณฑ์ศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย ซึ่งเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญของการเกิดระบบการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็กที่อยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี ผลการวิจัยจะช่วยให้ทราบถึงความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดภัยของศูนย์เด็กเล็กดังกล่าว รวมทั้งทราบปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการผ่านการประเมินเป็นศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานด้านการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อของศูนย์เด็กเล็กต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

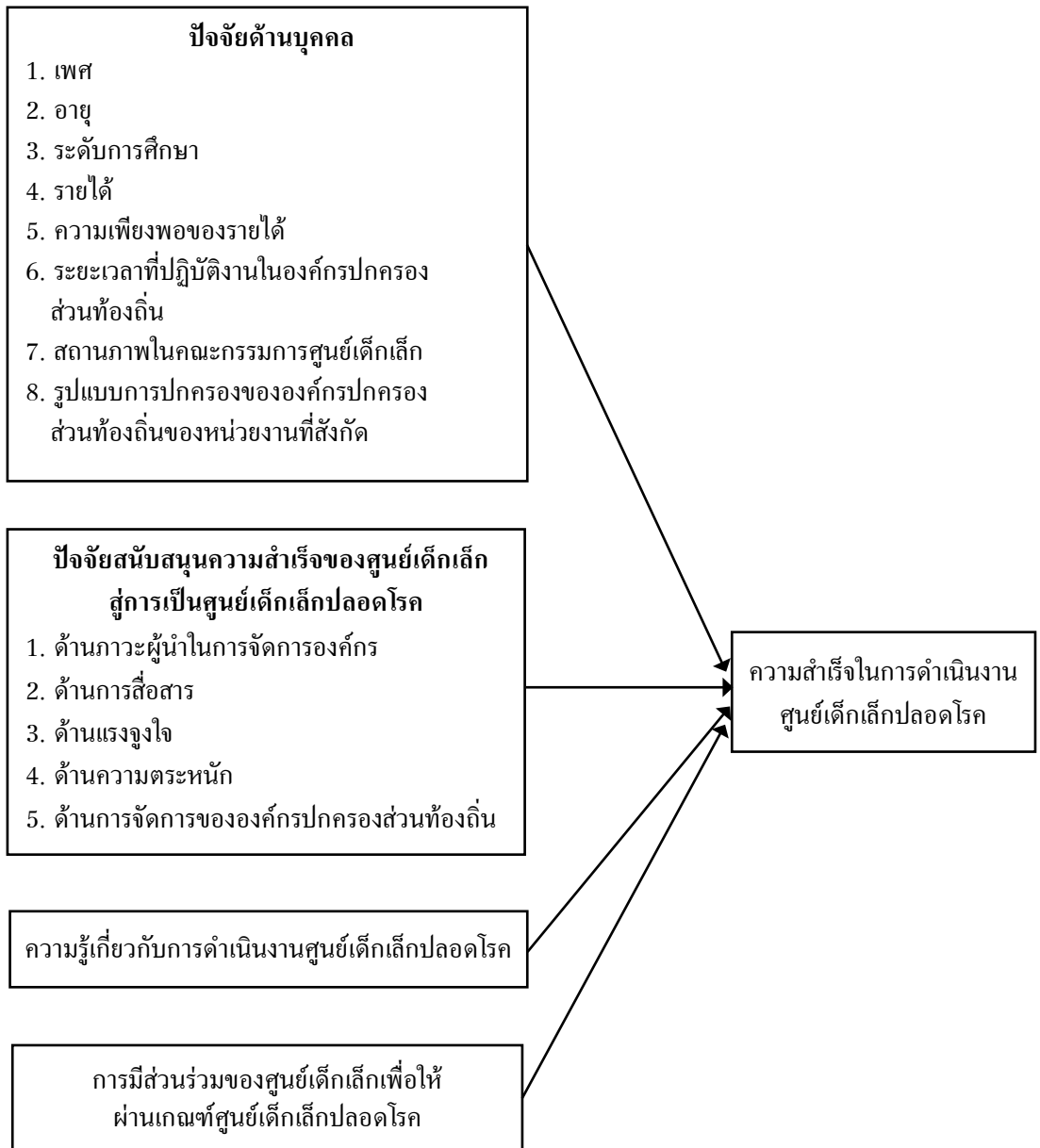
1. เพื่อศึกษาความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย และปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย ของศูนย์เด็กเล็กที่อยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี

2. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย ของศูนย์เด็กเล็กที่อยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการศึกษาแบบผสม (mixed methods research) ทำการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional survey) โดยวิธีการสำรวจเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (descriptive study) ร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นตัวแทนคณะกรรมการศูนย์เด็กเล็กที่อยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี ประกอบด้วยนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 56 คน และหัวหน้าศูนย์เด็กเล็ก จำนวน 113 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 169 คน โดยการวิจัยครั้งนี้ศึกษาประชากรทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สำหรับให้นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหัวหน้าศูนย์เด็กเล็กตอบ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานภาพในคณะกรรมการศูนย์เด็กเล็ก และรูปแบบการปกครองขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของหน่วยงานที่สังกัด จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

2. ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จของศูนย์เด็กเล็ก ผู้การเป็นศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านภาวะผู้นำในการจัดการองค์กร ด้านการสื่อสาร ด้านแรงจูงใจ ด้านความตระหนัก และด้านการจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนทั้งสิ้น 36 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีปัจจัยสนับสนุนในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน) มีปัจจัยสนับสนุนในระดับน้อย (1.50-2.49

คะแนน) มีปัจจัยสนับสนุนในระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) มีปัจจัยสนับสนุนในระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน) และมีปัจจัยสนับสนุนในระดับมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน)

3. ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่า ถูก หรือ ผิด เกณฑ์การให้คะแนนคือ ถ้าตอบว่า ถูก จะได้ 1 คะแนน และถ้าตอบว่า ผิด จะได้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับน้อย (0-5 คะแนน) มีความรู้ในระดับปานกลาง (6-7 คะแนน) มีความรู้ในระดับดี (8-9 คะแนน) และมีความรู้ในระดับดีมาก (10 คะแนน)

4. การมีส่วนร่วมของศูนย์เด็กเล็กเพื่อให้ผ่านเกณฑ์ศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย จำนวนทั้งสิ้น 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีส่วนร่วมในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน) มีส่วนร่วมในระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน) มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) มีส่วนร่วมในระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน) และมีส่วนร่วมในระดับมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน)

5. ปัญหา อุปสรรค และเงื่อนไขความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดภัยของศูนย์เด็กเล็ก มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด โดยให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นจากมุมมองหรือประสบการณ์ของตนเองในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ มีดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview guide) ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยประเด็นหลัก 3 ประเด็น ได้แก่ 1) ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดภัยของศูนย์เด็กเล็ก 2) แนวทางในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้เป็นศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย ตามข้อกำหนดของศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย และ 3) ประเด็นที่น่าสนใจที่รวบรวมและปรากฏในการศึกษาเชิงปริมาณจากการทบทวน

วรรณกรรม เช่น ปัจจัยหรือโอกาสที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคของศูนย์เด็กเล็ก

2. เครื่องบันทึกเสียง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลผลการประเมินมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เพื่อแสดงถึงความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค จากการประเมินศูนย์เด็กเล็กที่อยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี จำนวน 113 แห่ง ในช่วงปี พ.ศ. 2554-2557 โดยใช้แบบประเมินศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคของกรมควบคุมโรค ทั้งนี้ ผลการประเมินคือ ผ่าน/ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยใช้สูตรของ Rovinelli and Hambleton (1977) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ .50 ขึ้นไป ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับตัวแทนคณะกรรมการศูนย์เด็กเล็กที่อยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดนนทบุรี จำนวน 24 แห่ง ประกอบด้วยนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 6 คน และหัวหน้าศูนย์เด็กเล็ก จำนวน 24 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นในส่วนปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จของศูนย์เด็กเล็กผู้การเป็นศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค ด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .95 ด้านภาวะผู้นำในการจัดการองค์กร เท่ากับ .87 ด้านการสื่อสาร เท่ากับ .90 ด้านแรงจูงใจ เท่ากับ .93 ด้านความตระหนัก เท่ากับ .91 และด้านการจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เท่ากับ .90 หาค่าความเชื่อมั่นในส่วนการมีส่วนร่วมของศูนย์เด็กเล็กเพื่อให้ผ่านเกณฑ์ศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค ด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .95 และหาค่าความเชื่อมั่นในส่วนความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .94

การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการพิทักษ์สิทธิ์ มีการชี้แจงถึงสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยดำเนินการ 2 รูปแบบ ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยจัดส่งแบบสอบถามและหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลที่ออกโดยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พร้อมทั้งเอกสารคำชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย ทางไปรษณีย์ไปยังศูนย์เด็กเล็กที่อยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี จำนวน 10 แห่ง โดยกำหนดวันในการส่งแบบสอบถามกลับ

1.2 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ร่วมกับผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ โดยนำแบบสอบถามและหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลที่ออกโดยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พร้อมทั้งเอกสารคำชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย ไปให้นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 56 คน และหัวหน้าศูนย์เด็กเล็ก จำนวน 103 คน โดยกำหนดวันและเวลาในการรับแบบสอบถามกลับ

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกทำไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อค้นหาข้อมูลเชิงลึกในประเด็นที่ต้องการ และสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

2.1 กำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informants) ซึ่งได้แก่ นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 4 คน และหัวหน้าศูนย์เด็กเล็ก จำนวน 11 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 15 คน

2.2 ประสานงานกับผู้รับผิดชอบในพื้นที่เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รายละเอียด และขั้นตอนการดำเนินการ

2.3 นัดหมายวันและเวลากับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ รวมทั้งเลือกสถานที่ที่เหมาะสมสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยพิจารณาจากความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นหลัก

2.4 ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคนละประมาณ 30 นาที โดยมีการบันทึกเสียงร่วมด้วย

ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จของศูนย์เด็กเล็ก ผู้การเป็นศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค และข้อมูลการมีส่วนร่วมของศูนย์เด็กเล็กเพื่อให้ผ่านเกณฑ์ศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จของศูนย์เด็กเล็ก ผู้การเป็นศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค และการมีส่วนร่วมของศูนย์เด็กเล็ก เพื่อให้ผ่านเกณฑ์ศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค กับความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค และการพยากรณ์ตัวแปรตาม วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ทั้งนี้ ได้รับแบบสอบถามกลับจากนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 46 ฉบับ และจากหัวหน้าศูนย์เด็กเล็ก จำนวน 113 ฉบับ รวมจำนวนทั้งสิ้น 159 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 94.08

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยด้านบุคคลของนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหัวหน้าศูนย์เด็กเล็ก พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.10 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.73 โดยมีอายุเฉลี่ย 41.53 ปี ($SD = 8.35$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 70.40 มีรายได้อยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.65 ความเพียงพอของรายได้

ครึ่งหนึ่งมีรายได้พอใช้ ไม่มีหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 50.94 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่ในช่วง 6-10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.71 โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 7.33 ปี ($SD = 3.63$) สถานภาพในคณะกรรมการศูนย์เด็กเล็ก ส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าศูนย์เด็กเล็ก คิดเป็นร้อยละ 71.07 และรูปแบบการปกครองขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของหน่วยงานที่สังกัด พบว่าเป็นรูปแบบองค์การบริหารส่วนตำบลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.05

2. ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จของศูนย์เด็กเล็ก ผู้การเป็นศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค พบว่านายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหัวหน้าศูนย์เด็กเล็กมีภาวะผู้นำในการจัดการองค์กรในระดับมาก ($\bar{X} = 4.13$, $SD = .41$) มีการสื่อสารในระดับมาก ($\bar{X} = 3.89$, $SD = .54$) มีแรงจูงใจในระดับมาก ($\bar{X} = 4.12$, $SD = .46$) มีความตระหนักในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.51$, $SD = .55$) และมีการจัดการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.31$, $SD = .59$)

3. ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค พบว่านายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหัวหน้าศูนย์เด็กเล็กมีความรู้ในระดับดี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.65 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.62

4. การมีส่วนร่วมของศูนย์เด็กเล็กเพื่อให้ผ่านเกณฑ์ศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค พบว่าศูนย์เด็กเล็กฯ มีส่วนร่วมในระดับมาก ($\bar{X} = 3.88$, $SD = .89$)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จของศูนย์เด็กเล็ก ผู้การเป็นศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค และการมีส่วนร่วมของศูนย์เด็กเล็กเพื่อให้ผ่านเกณฑ์ศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค กับความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค พบว่ารูปแบบการปกครองขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของหน่วยงานที่สังกัด ปัจจัยสนับสนุนด้านแรงจูงใจ และความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค มีความสัมพันธ์กับระดับความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จของศูนย์เด็กเล็กสู่การเป็น ศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค และการมีส่วนร่วม ของศูนย์เด็กเล็กฯ กับระดับความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค ของศูนย์เด็กเล็ก ที่อยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี (N = 159)

ตัวแปร	B	p	Exp (B)	95% CI
ปัจจัยด้านบุคคล				
เพศ (หญิง)	1.177	.392	3.246	.855-11.789
อายุ	.397	.351	.382	.036-6.220
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าปริญญาตรี				referent
ปริญญาตรี	-.431	.510	.650	.631-2.528
ปริญญาโท	.495	.657	1.640	.069-20.869
สูงกว่าปริญญาโท	-1.509	.699	1.510	.029-5.312
รายได้	.674	.344	1.961	.823-4.768
ความเพียงพอของรายได้				
พอใช้ เหลือเก็บ				referent
พอใช้ ไม่มีหนี้สิน	-.018	.961	.983	.035-15.280
ไม่พอใช้ ไม่มีหนี้สิน	.839	.436	.741	.236-6.821
ไม่พอใช้ มีหนี้สิน	.418	.645	1.519	.476-3.212
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	.198	.677	.672	.529-3.578
สถานภาพในคณะกรรมการศูนย์เด็กเล็ก (หัวหน้าศูนย์เด็กเล็ก)	-1.878	.165	.153	.046-2.102
รูปแบบการปกครองขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของหน่วยงานที่สังกัด				
เทศบาลนคร				referent
เทศบาลเมือง	1.277	.373	.435	.230-5.165
เทศบาลตำบล	1.190	.396	.567	.489-3.462
องค์การบริหารส่วนตำบล	-1.565	.030	1.209	1.127-10.263
ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จ				
ด้านภาวะผู้นำในการจัดการองค์กร	.510	.318	1.665	.712-3.952
ด้านการสื่อสาร	-.115	.823	.892	.256-4.116
ด้านแรงจูงใจ	.599	.037	.258	1.387-3.213
ด้านความตระหนัก	-1.461	.060	.232	.127-2.221
ด้านการจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	-.641	.132	.527	.811-2.746
ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค	.484	.046	1.622	1.059-16.962
การมีส่วนร่วมของศูนย์เด็กเล็กเพื่อให้ผ่านเกณฑ์ศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค	.303	.441	1.354	.026-10.028

6. การทำนายระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน ศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค พบว่ามีตัวแปรอิสระ 3 ตัว ได้แก่ รูปแบบการปกครองขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของหน่วยงานที่สังกัด (politic) ปัจจัยสนับสนุนด้าน

แรงจูงใจ (levelmot) และความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน ศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค (levelknow) เป็นตัวแปรที่ส่งผล ต่อระดับความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค ได้สมการ logistic regression ดังนี้

$$\text{สมการ Log (odds ratio) เท่ากับ } \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_p X_p$$

แทนค่า Log (odds ratio) เท่ากับ 27.932 - 1.565 (politic) + .599 (levelmot) + .484 (levelknow) จากค่า odds ratio หรือ Exp (B) ของรูปแบบการปกครอง ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของหน่วยงานที่สังกัด (politic) มีค่า 1.209 โดยค่า B มีค่า -1.565 อธิบายได้ว่า ความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคของ รูปแบบการปกครองขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ๆ เมื่อเทียบกับเทศบาลนคร ซึ่งเป็นกลุ่มอ้างอิง จะลดลง 1.209 เท่า ส่วนแรงจูงใจ (levelmot) มีค่า .258 โดยค่า B มีค่า .599 อธิบายได้ว่าแรงจูงใจของนายกองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นและหัวหน้าศูนย์เด็กเล็ก มีโอกาสส่งผลต่อ ความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคเพิ่มขึ้น .258 เท่า สำหรับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็ก ปลอดโรค (levelknow) มีค่า 1.622 โดยค่า B มีค่า .484 อธิบายได้ว่าความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็ก ปลอดโรคของนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ หัวหน้าศูนย์เด็กเล็ก มีโอกาสส่งผลต่อความสำเร็จใน การดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคเพิ่มขึ้น 1.622 เท่า และจากการประเมินความเหมาะสมของตัวแบบสมการ ที่ใช้ในการพยากรณ์โดยรวม พบว่าพยากรณ์ได้ถูกต้อง ร้อยละ 85.80

7. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้านภาวะผู้นำในการจัดการ องค์กร พบว่าผู้บังคับบัญชาให้อิสระในด้านความคิดและ การตัดสินใจในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคแก่ ผู้ปฏิบัติ เนื่องจากผู้ไปรับนโยบายหรือไปรับทราบเกณฑ์ การประเมิน ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ปฏิบัติ มีบางครั้งที่มีผู้บังคับ บัญชาไม่ได้ใจงานศูนย์เด็กเล็ก ปลดปล่อยให้ผู้ปฏิบัติทำหน้าที่ กันเอง ผู้บังคับบัญชายึดความคิดเห็นของตนเองเป็นหลัก

ในบางเรื่อง แต่ก็เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน ด้านการสื่อสาร ผู้ปฏิบัติได้รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ การประเมินศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งปัญหาด้านการสื่อสารคือ ขาดการสื่อสารหรือประชาสัมพันธ์ ลงสู่ชุมชนและผู้ปกครองเด็ก โดยผู้ปฏิบัติต้องการให้มี การจัดประชุมของหน่วยงานสาธารณสุขในเรื่องที่เกี่ยวกับ โรคติดต่อที่เกิดขึ้นภายในศูนย์เด็กเล็ก ด้านแรงจูงใจ พบว่า แรงจูงใจเกิดจากการที่ผู้บังคับบัญชาที่อยู่เหนือขึ้นไป ให้การสนับสนุนในทุก ๆ เรื่อง ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา งานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค รวมทั้งเกิดจากการสนับสนุน จากผู้ปกครองเด็ก บางแห่งผู้ปฏิบัติเกิดแรงจูงใจจาก สถานการณ์จริงที่ศูนย์เด็กเล็กของตนเกิดโรคระบาดในศูนย์ ด้านความตระหนัก พบว่าการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็ก ปลอดโรคนั้น เป็นเรื่องที่มีประโยชน์ต่อศูนย์เด็กเล็ก และผู้ปฏิบัติตระหนักถึงปัญหาเมื่อเกิดโรคติดต่อใน ศูนย์เด็กเล็ก รวมทั้งตระหนักในความกังวลของผู้ปกครอง เมื่อเกิดปัญหาขึ้น ส่วนด้านการจัดการขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น พบว่าด้านนี้เป็นปัญหาต่อการประเมินศูนย์เด็กเล็ก ปลอดโรคมาก บางแห่งผู้บริหารให้ความสำคัญกับงาน โครงสร้างพื้นฐานมากกว่างานพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก ทำให้ งบประมาณในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กไม่เพียงพอ อีกทั้งขนาด ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังส่งผลต่อการสนับสนุน งบประมาณในการพัฒนางานศูนย์เด็กเล็กด้วย ส่วนความรู้ เกี่ยวกับการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค ในการจัดการ กับปัญหาเมื่อเกิดโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็กนั้น ในช่วงแรก บางศูนย์มีการพึ่งพาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก เพราะคิดว่ เป็นงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงมองข้ามการบริหารจัดการเรื่องนี้ภายในองค์กร สำหรับ

การมีส่วนร่วมของศูนย์เด็กเล็กเพื่อให้ผ่านเกณฑ์ศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค พบว่าศูนย์เด็กเล็กให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีซึ่งจะมีผู้รับผิดชอบหลักที่ต้องเข้าร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน ตั้งแต่การสำรวจปัญหา การเก็บรวบรวมข้อมูล การประชุมวางแผน การดำเนินงาน ในประเด็นของชุมชนก็เป็นส่วนสำคัญ ซึ่งส่วนใหญ่ยังขาดการแลกเปลี่ยนกัน และไม่มีการแจ้งปัญหา อุปสรรคให้ชุมชนหรือผู้ปกครองร่วมรับทราบ เนื่องจากผู้ปกครองต้องทำงาน ไม่มีเวลาเข้าร่วมการประชุม

8. ข้อมูลผลการประเมินมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคของกรมควบคุมโรค ในช่วงปี พ.ศ. 2554-2557 โดยมีศูนย์เด็กเล็กที่ได้รับการประเมินทั้งสิ้น 113 แห่ง พบว่าผ่านเกณฑ์การประเมิน จำนวน 93 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 82.30 และไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน จำนวน 20 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 17.70

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

จากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค พบว่าปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัย ได้แก่ รูปแบบการปกครองขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของหน่วยงานที่สังกัด ปัจจัยสนับสนุนด้านแรงจูงใจ และความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค เป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อระดับความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค และได้ทำการศึกษาแนวทางการพัฒนาสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค โดยผู้วิจัยเห็นว่าสามารถนำตัวแปรเหล่านี้ไปพัฒนาหรือปรับปรุง เพื่อให้ส่งผลต่อความสำเร็จของการเป็นศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค ดังนี้ รูปแบบการปกครองขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของหน่วยงานที่สังกัด ปัจจัยสนับสนุนด้านแรงจูงใจ และความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค ผู้วิจัยพบว่ารูปแบบและขนาดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นส่วนสำคัญที่ส่งผลในเรื่องงบประมาณที่จะนำมาพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก เพราะขนาด

ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขึ้นอยู่กับรายได้ขององค์กรจากการประเมินมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กส่วนใหญ่ของจังหวัดปทุมธานี พบว่ามีปัญหาในเรื่องโครงสร้างอาคาร ห้องน้ำ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนแต่ต้องใช้งบประมาณในการบูรณะ ก่อสร้างเป็นอุปสรรคต่อการผ่านการประเมิน แต่ด้วยงบประมาณที่จำกัดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่ง จึงอาจไม่เพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของสุชาติ สมสวนจิต (2547) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและปัจจัยในการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา พบว่าศูนย์เด็กเล็กได้รับงบประมาณไม่เพียงพอ เนื่องจากเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดเล็ก ทำให้ไม่สามารถพัฒนาส่วนที่ขาดของการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กให้ผ่านเกณฑ์ได้

ส่วนปัจจัยสนับสนุนด้านแรงจูงใจ พบว่าการที่ผู้บริหารให้การสนับสนุน เป็นการกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานนโยบายไปใช้ในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค บางแห่งขาดแคลนบุคลากร ทำให้บุคลากรทำหน้าที่หลายอย่าง ไม่มีเวลาที่จะศึกษาเกณฑ์การประเมินหรือแนวทางการดำเนินงานในการพัฒนาด้านแรงจูงใจนั้น สิ่งสำคัญคือ การมีส่วนร่วมของผู้บริหารและของชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษฎา สวัสดิ์ชัย (2551) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลต้นธง จังหวัดลำพูน พบว่าชุมชนมีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาในการจัดการศูนย์เด็กเล็ก ติดตามการดำเนินงานร่วมบริจาคสื่อ อุปกรณ์ และให้ขวัญกำลังใจครูพี่เลี้ยง การที่ผู้บริหารให้การสนับสนุนจึงเป็นการกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติเกิดแรงจูงใจที่จะนำนโยบายไปใช้ในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะพัฒนางานต่อไป และจากสถานการณ์จริงที่ศูนย์เด็กเล็กของตนเกิดโรคระบาด และเกิดการร้องเรียนของผู้ปกครองเด็ก จึงทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะพัฒนางานด้านการป้องกัน ควบคุมโรคในศูนย์เด็กเล็กให้ประสบผลสำเร็จ เพื่อเป็นการรักษาชื่อเสียงและให้เกิดการยอมรับจากผู้ปกครองและชุมชน จากการศึกษาของเนตรดาว มัชฌิมา (2549) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์

ระหว่างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานกับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของครูที่เลี้ยง ศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ ในวัด จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าความสำเร็จในการปฏิบัติงานส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในระดับมาก ทั้งนี้ ย่อมเป็นที่แน่ชัดว่าการที่คนทำงานแล้วประสบผลสำเร็จย่อมเกิดความภาคภูมิใจและได้รับการยกย่องนับถือ ทำให้เกิดพลังผลักดันให้มีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายได้มากยิ่งขึ้น

สำหรับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค จากการวิจัยพบว่าผู้ที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี ทั้งนี้ ข้อคำถามที่ใช้ประเมินความรู้นั้นเกี่ยวข้องกับเกณฑ์การประเมิน การที่มีความรู้ ความเข้าใจในเกณฑ์การประเมิน ส่งผลต่อการที่จะพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้ผ่านเกณฑ์ โดยผู้ประเมินควรชี้แจงเกณฑ์การประเมินให้ผู้รับการประเมินเข้าใจและสามารถนำไปใช้ได้ถูกต้อง อุปสรรคที่ทำให้ศูนย์เด็กเล็กไม่ผ่านการประเมินคือ ผู้รับการประเมินส่วนหนึ่งไม่เข้าใจเกณฑ์การประเมิน สอดคล้องกับการศึกษาของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2552) ที่ศึกษาเกี่ยวกับเส้นทางสู่ความสำเร็จของศูนย์เด็กเล็กน่ายุในจังหวัดอยุธยา ลพบุรี กำแพงเพชร อุดรดิตถ์ นครราชสีมา ร้อยเอ็ด ชุมพร และสุราษฎร์ธานี พบว่าปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จของศูนย์เด็กเล็กน่ายุระดับดีถึงดีมากคือ การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานในศูนย์เด็กเล็กของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย ทราบวัตถุประสงค์และเกณฑ์การประเมิน การที่ผู้บริหารไม่มีนโยบายและผู้ปฏิบัติไม่มีความรู้เรื่องศูนย์เด็กเล็ก นับเป็นอุปสรรคสำคัญประการหนึ่งในการพัฒนาสู่ความสำเร็จ ศูนย์เด็กเล็กบางแห่งที่ผู้บริหารขาดการอบรม ทำให้ไม่ทราบเกณฑ์การประเมิน ส่งผลให้ศูนย์เด็กเล็กไม่ต้องการเข้าร่วมโครงการ เพราะขาดความเข้าใจ กล่าวว่าการประเมินแล้วไม่ผ่าน ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคคือ การที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เข้ามาให้ข้อเสนอแนะและคำปรึกษาที่เหมาะสมกับศูนย์เด็กเล็ก

ในส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคของศูนย์เด็กเล็ก

นั้น พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานภาพในคณะกรรมการศูนย์เด็กเล็ก ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคของศูนย์เด็กเล็ก ทั้งนี้ อธิบายตามลำดับได้ดังนี้ ปัจจัยเรื่องเพศ ในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคนั้น เพศชายกับเพศหญิงมีบทบาทในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ไม่แตกต่างกัน ปัจจัยเรื่องอายุ อาจเป็นเพราะการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคมีรูปแบบและแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ไม่ว่ากลุ่มอายุใดก็สามารถดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคได้ใกล้เคียงกัน จากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติที่มีอายุมากและผู้ปฏิบัติที่มีอายุน้อย พบว่าทุกคนต้องมาเรียนรู้แนวทางการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคร่วมกัน เนื่องจากเพิ่งเริ่มมีการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคในปี 2554 ปัจจัยเรื่องระดับการศึกษา เนื่องจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคมีเกณฑ์การประเมินที่เป็นแนวทางเดียวกัน ผู้ปฏิบัติจึงสามารถศึกษาเพื่อทำความเข้าใจได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนิพนพร วรรณมงคล (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กน่ายุ พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานเพื่อเป็นศูนย์เด็กเล็กน่ายุ ปัจจัยเรื่องรายได้ และความเพียงพอของรายได้ แม้ว่าผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคจะมีรายได้ที่แตกต่างกัน ก็ไม่ส่งผลต่อระดับความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค สอดคล้องกับการศึกษาของนิพนพร วรรณมงคล (2550) ที่พบว่ารายได้ประจำและรายได้เสริมไม่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานเพื่อเป็นศูนย์เด็กเล็กน่ายุ ปัจจัยเรื่องระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคมีรูปแบบที่ชัดเจน มีแนวทางในการปฏิบัติที่สามารถศึกษาและเรียนรู้ได้ รวมทั้งมีการถ่ายทอดจากผู้ปฏิบัติคนเก่า และปัจจัยเรื่องสถานภาพในคณะกรรมการศูนย์เด็กเล็ก ในการวิจัยครั้งนี้ สถานภาพใน

คณะกรรมการศูนย์เด็กเล็กมี 2 สถานภาพ คือ นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหัวหน้าศูนย์เด็กเล็ก เนื่องจากบุคคลทั้ง 2 สถานภาพ เป็นผู้ที่มิชอบทบทวนในการบริหารจัดการศูนย์เด็กเล็ก และรับรู้การดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กในทุกขั้นตอนไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศิริศิลป์ บุตรจันทร์ (2554) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้การกำกับดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบลเป้า อำเภอดงหลวง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าสถานภาพที่เกี่ยวข้องกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่แตกต่างกัน ทำให้มีความคิดเห็นในการดำเนินงานตามมาตรฐานด้านการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแตกต่างกัน

ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จของศูนย์เด็กเล็กสู่การเป็นศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคด้านภาวะผู้นำในการจัดการองค์กร ด้านการสื่อสาร ด้านความตระหนัก และด้านการจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคของศูนย์เด็กเล็ก ทั้งนี้ อธิบายตามลำดับได้ดังนี้ ปัจจัยด้านภาวะผู้นำในการจัดการองค์กร เนื่องจากส่วนใหญ่มีการให้อิสระในด้านความคิดและการตัดสินใจในการดำเนินงานแก่ผู้ปฏิบัติ ปัจจัยด้านการสื่อสาร เนื่องจากพบปัญหาในลักษณะคล้ายกันคือ ขาดการสื่อสารหรือประชาสัมพันธ์ลงสู่ชุมชนและผู้ปกครองเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาพร อิมเอบ (2552) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กนอกระบบ ตำบลโป่งแพร่ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย พบว่าผู้นำบางคนไม่ทราบผลการประเมินการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กนอกระบบ เนื่องจากบางครั้งขาดการประชุม และขาดการประสานงานในการนำหัวข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินมาทบทวนในที่ประชุม ไม่มีการสื่อสารต่อไปยังผู้ที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยด้านความตระหนัก เนื่องจากการเกิดโรคระบาดในศูนย์เด็กเล็กทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายตระหนักในปัญหาที่เกิดขึ้นและเห็นความสำคัญของการดำเนินการตามมาตรการการป้องกัน ควบคุมโรค ส่วนปัจจัยด้านการจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพบปัญหาและมีการจัดการเกี่ยวกับงบประมาณ

ในลักษณะคล้ายกัน

การมีส่วนร่วมของศูนย์เด็กเล็กเพื่อให้ผ่านเกณฑ์ศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคของศูนย์เด็กเล็ก ทั้งนี้ เนื่องจากศูนย์เด็กเล็กมีส่วนร่วมเพื่อให้ผ่านเกณฑ์ศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคโดยรวมในระดับมาก และอาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกักระดับความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรให้ความสำคัญกับการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค เนื่องจากผู้ปกครองนิยมนำบุตรหลานมาฝากเลี้ยงในศูนย์เด็กเล็กมากขึ้น เมื่อมีเด็กป่วยจะสามารถแพร่เชื้อและติดต่อสู่กันได้ง่าย หากศูนย์เด็กเล็กเห็นความสำคัญของการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค จะช่วยลดปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็กได้

1.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรให้การสนับสนุนบุคลากรในเรื่องการศึกษาอบรม เพื่อพัฒนาความรู้ ความเข้าใจในแนวทางการประเมินศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อที่อาจเกิดขึ้นในศูนย์เด็กเล็ก และเมื่อผู้ปฏิบัติคนเก่าย้าย ควรให้ผู้ปฏิบัติคนใหม่เข้ารับการอบรม เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนา มีความต่อเนื่อง

1.3 ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรเป็นผู้นำในการนำนโยบายเกี่ยวกับศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคมาปฏิบัติ และให้ความสำคัญกับการพัฒนางานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจ รวมทั้งควรให้การยอมรับยกย่อง ให้งานวัด เมื่อการดำเนินงานประสบผลสำเร็จซึ่งทำให้บุคลากรมีแรงจูงใจที่จะพัฒนางานศูนย์เด็กเล็กต่อไป

1.4 จากการที่พบปัญหาเรื่องโครงสร้างอาคารห้องน้ำ สัดส่วนของครูที่เลี้ยงต่อเด็ก การขาดการอบรมของครูที่เลี้ยง และการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อที่พบบ่อยในศูนย์เด็กเล็ก ซึ่งบางปัญหาต้องใช้เวลาและงบประมาณ

จำนวนมาก ผู้ประเมินของระดับจังหวัดจึงควรปรับเกณฑ์การประเมินให้เหมาะสมกับบริบทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละขนาด โดยคำนึงถึงความสำคัญหลักของการป้องกัน ควบคุมโรคในศูนย์เด็กเล็กมากกว่า คือ ศูนย์เด็กเล็กสามารถจัดการปัญหาเมื่อมีโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็กได้อย่างมีประสิทธิภาพภายใต้ข้อจำกัดของศูนย์เด็กเล็กของตนเอง ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดเล็กที่มีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณ อาจขอรับการอุดหนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เห็นความสำคัญของศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 เนื่องจากในปีงบประมาณ 2557 กรมควบคุมโรคได้บูรณาการเกณฑ์การประเมินร่วมกับกรมอนามัย โดยใช้เกณฑ์ศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลคุณภาพปลอดโรค และขยายเป้าหมายไปในโรงเรียนอนุบาลสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ในปีงบประมาณ 2558 อีกด้วย จึงควรมีการทำวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลคุณภาพปลอดโรคตามกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการพัฒนาด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลของภาคเอกชน

2.2 ควรศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการเป็นศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลคุณภาพปลอดโรค โดยศึกษาในระดับผู้ปฏิบัติ ครูพี่เลี้ยง

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2552). คู่มือการดำเนินงานโครงการศูนย์เด็กเล็กน่ายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กฤษณา สวัสดิ์ชัย. (2551). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลต้นธง จังหวัดลำพูน (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโท). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กุศล สุนทรธาดา, และจิตตินันท์ เดชะคุปต์. (2544).

รูปแบบและระบบการจัดบริการสถานเลี้ยงเด็กที่มีคุณภาพในประเทศไทย: กรณีพินิจศึกษา (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิพนธ์พร วรมงคล. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กน่ายุ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

เนตรดาว มัชฌิมา. (2549). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงงูใจในการปฏิบัติงานกับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของครูพี่เลี้ยง ศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ในวัดจังหวัดอุบลราชธานี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.

บงกช เชื้อชาญยนต์. (2551). รูปแบบการลดโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจในศูนย์เด็กเล็ก จังหวัดสงขลา. วารสารกรมควบคุมโรค, 34, 47-52.

เบญจมาพร อิมเอบ. (2552). การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กน่ายุ ตำบลโป่งแพร่ อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโท). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศิริศิลป์ บุตรจันทร์. (2554). การดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้กำกับการดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: กรณีศึกษาขององค์การบริหารส่วนตำบลเป้า อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี (การค้นคว้าอิสระปริญญาโท). มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2550). การวิจัยเพื่อพัฒนานโยบายส่งเสริมการจัดการศึกษาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา.

สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554). แนวทางการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็ก (สำหรับครูผู้ดูแลเด็ก). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

สุชาดา สมสวนจิต. (2547). การศึกษาปัญหาอุปสรรคและปัจจัยในการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research*, 2(2), 49-60.

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุดตัน ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง Quality of Life of Acute Ischemic Stroke Patients in the Stroke Unit, Rayong Hospital

นิมมวล ชูยingsakultip, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) * อรุณี ชากุชัย, พย.บ. **
Nimnual Chuyingsakultip, M.N.S. (Adult Nursing) * Arunee Chanchai, B.N.S. **
ปิ่นเรศ กาศอดม, ป.ศ. (การศึกษาและการพัฒนาสังคม) ***
Pinnarate Gadudom, Ph.D. (Education and Social Development) ***
กนิสร แก้วแดง, พย.ม. (การพยาบาลศึกษา) ****
Kanisorn Kaewdang, M.N.S. (Nursing Education) ****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามปัจจัยคัดสรรบางประการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุดตันที่เข้ารับการรักษาในหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง จำนวน 110 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มีค่าความเชื่อมั่น .96 และแบบวัดคุณภาพชีวิตที่มีค่าความเชื่อมั่น .86 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 1 มิถุนายน ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2556 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน independent t -test และ one-way ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีแอลเอสดี

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.80 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต 52.30 (SD = 12.60) 2) กลุ่มตัวอย่างที่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.370, p < .05$) และ 3) กลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 3.151, p < .05$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับปานกลาง ระดับน้อย และระดับน้อยมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (MD = 6.15, $p < .05$; MD = 10.96, $p < .05$ และ MD = 18.38, $p < .01$ ตามลำดับ) และกลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถ

- * พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยรุ่มสุข 2 โรงพยาบาลระยอง
- ** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหอผู้ป่วยรุ่มสุข 2 โรงพยาบาลระยอง
- *** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
- **** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับน้อยมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD = 13.58, p < .05$)
จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าบุคลากรทีมสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกาย
ได้เอง และเพิ่มระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คุณภาพชีวิต ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

Abstract

This descriptive research aimed to examine and compare quality of life of acute ischemic stroke patients according to selected factors. The sample consisted of 110 acute ischemic stroke patients in stroke unit, Rayong hospital. Research instruments composed of a personal data questionnaire, an assessment form which applied from the Barthel index of activities of daily living, with the reliability of .96, and a scale of quality of life with the reliability of .86. Data were collected from June 1, 2013 to November 30, 2013. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, independent *t*-test, one-way ANOVA, and multiple comparison by LSD method.

The results revealed that: 1) 41.80% of patients had score of quality of life at a moderate level ($\bar{X} = 52.30, SD = 12.60$); 2) the movable patients had statistically significantly higher score of quality of life than that of the unmovable patients ($t = 2.370, p < .05$); and 3) patients with different ADL had statistically significantly different score of quality of life ($F = 3.151, p < .05$);-- patients with normal level ADL had statistically significantly higher score of quality of life than patients with moderate level ADL, low level ADL, and very low level ADL ($MD = 6.15, p < .05$; $MD = 10.96, p < .05$; and $MD = 18.38, p < .01$, respectively). In addition, it was found that patients with high level ADL had statistically significantly higher score of quality of life than patients with very low level ADL ($MD = 13.58, p < .05$).

This study suggested that health care providers should promote the mobility and ADL of acute ischemic stroke patients, so as to get better quality of life.

Keywords : Stroke patients, Quality of life, Activities of daily living

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ
ปัญหาหนึ่งของประชากรโลก องค์การอนามัยโลก (World
Stroke Organization: WSO) รายงานว่าสถานการณ์
ทั่วโลก โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2
ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปี และเป็นสาเหตุการตาย

อันดับ 5 ของประชากรอายุ 15-59 ปี โดยในแต่ละปีมี
ผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณ 6 ล้านคน ดังนั้น โรคหลอดเลือด
สมองจึงเป็นภัยเงียบที่คุกคามชีวิตของคนทั่วโลก (World
Stroke Organization, 2011) สำหรับประเทศไทย พบว่า
อัตราการตายต่อประชากรแสนคนมีแนวโน้มสูงขึ้นคือ 330.60,
354.54 และ 366.81 ในปี พ.ศ. 2554-2556 ตามลำดับ

โดยในปี พ.ศ. 2552 โรคนี้เป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 และในปี พ.ศ. 2556 อัตราตายเลื่อนขึ้นมาอยู่ในอันดับ 3 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) โดยข้อมูลในปี 2552 พบว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 176,342 คน หรือคิดเป็น 3 คน ในทุกๆ 2 ชั่วโมง และเมื่อพิจารณาข้อมูลสถานการณ์อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จากสถิติสาธารณสุขของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี 2547-2552 สรุปได้ว่าแนวโน้มภาระโรคหลอดเลือดสมองในคนไทยเพิ่มขึ้นตามลำดับ จากอัตราป่วยทั่วประเทศ 152.59 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2547 เพิ่มขึ้นเป็น 277.67 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2552 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

การพิจารณาความรุนแรงและความสำคัญของปัญหาโรคหลอดเลือดสมองนั้น นอกจากจะต้องคำนึงถึงอัตราป่วยและอัตราตายตามข้อมูลข้างต้นแล้ว โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นโรคที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year: DALYs) โดยพบว่าในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียอันดับ 3 ในผู้ชาย รองจากโรคเอดส์และอุบัติเหตุการจราจร และอันดับ 2 ในผู้หญิง รองจากโรคเอดส์ เนื่องจากผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองนั้น มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ไม่มากนัก และต้องใช้ชีวิตอย่างคนพิการตลอดช่วงชีวิตที่เหลือ ซึ่งความพิการดังกล่าวส่งผลกระทบไม่เพียงแต่ตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติอีกด้วย (สถาบันประสาทวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, 2552) สำหรับโรงพยาบาลระยอง พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีอัตราป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นอันดับ 3 รองจากโรคเอดส์และโรคเบาหวาน โดยมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาในช่วงปี 2552-2554 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วยจำนวน 1,252 คน, 1,365 คน และ 1,665 คน ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร โรงพยาบาลระยอง, 2554) ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความพิการ เป็นภาระด้านค่าใช้จ่ายของครอบครัวและประเทศชาติโดยรวม

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเริ่มปรากฏเมื่อปี ค.ศ. 1947 เมื่อองค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า หมายถึง การปราศจากโรคและความพิการ เป็นความผาสุกทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคล (Orley & Kuyken, 1994) ดังนั้น คุณภาพชีวิตจึงมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต ทั้งในภาวะปกติและในภาวะเจ็บป่วย คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันตามปัจจัยต่างๆ ที่มากระทบ การศึกษาคุณภาพชีวิตจึงจำเป็นต้องศึกษาให้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่คุกคามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมสูง สำหรับงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น อรุณี ศิริกังวาลกุล (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในแผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 150 คน โดยให้แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต SF-36 พบว่าระดับภาวะซึมเศร้ามีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทุกมิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนปัจจัยด้านสถานภาพสมรส ประเภทการรักษา ปัญหาการเงิน รายได้ ความเพียงพอของรายได้ อาการป่วย การเคลื่อนไหว ชนิดของยา สาเหตุอายุ จำนวนบุตร รายการยาต่อวัน และจำนวนเม็ดยาต่อวัน มีผลต่อคุณภาพชีวิตในบางมิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนอาการ รัตน์วิจิตร และวัลภา คุณทรงเกียรติ (2541) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 390 คน พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแบบหลายมิติและแบบองค์รวมอยู่ในระดับปานกลาง และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านเพศ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว สถานที่พักอาศัย โรคแทรกซ้อน ชนิดของอุปกรณ์ที่ใช้ขณะเคลื่อนไหว การพึ่งพาสังคม และชนิดของผู้ดูแล โดยกลุ่มที่มีแนวโน้มมีคุณภาพชีวิตต่ำได้แก่ เพศหญิง สถานภาพสมรสหม้าย หย่า และแยก มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวต่ำ ไม่มีที่พักอาศัยเป็นของตนเอง มีโรคแทรกซ้อน มีการพึ่งพาสังคมสูง และมีผู้ดูแลที่ไม่ใช่คู่สมรส นอกจากนี้ รัตนา

จันทร์แจ่ม, ธนยศ มูลละ, ฤดีฉวี อินทจักร, และศรีวรรณ วาศ์เจริญ (2555) ได้ศึกษาสุขภาพของผู้ป่วยหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองในภาคเหนือ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 215 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับ WHOQOL-BREF-THAI พบว่าผู้ป่วยในระยะ 6 เดือนหลังจำหน่าย มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง และพบว่าสถานภาพสมรส และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิต

การดูแลรักษาในหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการในช่วงระยะเวลา 7 วัน หลังเกิดอาการ ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤต โดยอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการได้ตลอดเวลา เป็นการดูแลผู้ป่วยโดยบุคลากรทีมสุขภาพตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้และคำแนะนำ รวมถึงการฝึกทักษะด้านต่างๆ ตามสภาพผู้ป่วยจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนากร และทีมเวชกรรมสังคม ส่วนหลังการจำหน่าย ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไปยังชุมชนหรือหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง และมีการนัดตรวจติดตามที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ มีการพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะสำหรับการดูแลผู้ป่วย มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมบุคลากร รวมทั้งมีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันเป็นทีมในการดูแลรักษา โดยให้ญาติหรือผู้ดูแลได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

จากแนวคิดและเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ประกอบกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมา เป็นการศึกษาหลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนแล้ว ยังไม่มีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระหว่างที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นช่วงเฉียบพลันหลังการเกิดโรค ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุดตันที่เข้ารับการรักษาในหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีปัจจัยคัดสรรบางประการแตกต่างกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุดตันที่เข้ารับการรักษาในหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุดตันที่เข้ารับการรักษาในหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง ตามปัจจัยคัดสรรบางประการ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุดตันที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสโสด/ม่าย/หย่า/แยก
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุดตันที่มีคู่สมรสเป็นผู้ดูแล มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีคู่สมรสเป็นผู้ดูแล
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุดตันที่มีรายได้ มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีรายได้
4. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุดตันที่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง
5. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุดตันที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

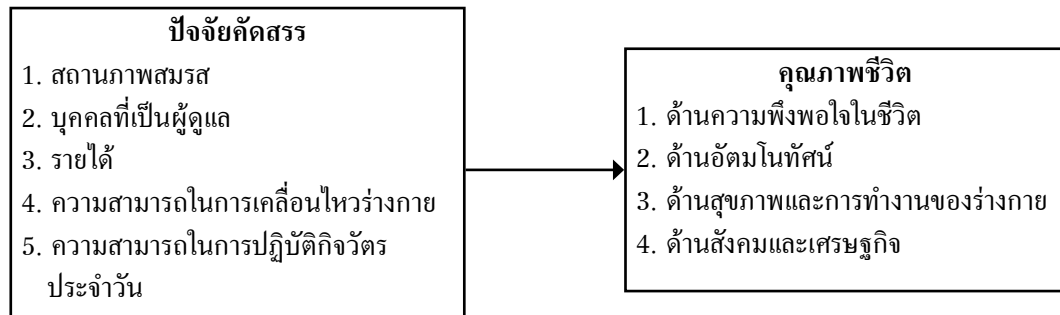
การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของ Zhan (1992) ที่ว่าคุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ โดยบุคคลสามารถรับรู้และประเมินได้ด้วยตนเอง ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) เป็นการรับรู้ในสิ่งที่ตนเองเป็นอยู่ ได้แก่ ความพึงพอใจในสภาพความเป็นอยู่ สภาพแวดล้อม และการดำเนินชีวิต
2. ด้านอัตมโนทัศน์ (self concept) เป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่มีต่อตนเอง การยอมรับ และการรับรู้คุณค่าของตนเอง รวมถึงภาพลักษณ์ของตน

3. ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (health and function) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถด้านร่างกาย สุขภาพ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic) เป็นการรับรู้ความพึงพอใจด้านสังคมทั่วไป รวมถึงรายได้ อาชีพ และการศึกษา

สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระยอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันหรืออุดตัน ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ทฤษฎีการกำหนดขนาดตัวอย่างของวาร์เพิงส์ (2551) โดยใช้เกณฑ์จำนวนประชากรหลักร้อยละ 15-30 โดยในการวิจัยครั้งนี้ใช้ขนาดตัวอย่างร้อยละ 15 ทั้งนี้ จำนวนประชากรในปีที่ผ่านมาเท่ากับ 661 คน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 100 คน และเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 10 เพื่อทดแทนในกรณีข้อมูลไม่สมบูรณ์ ดังนั้นจึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 110 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) เข้ารับการรักษาภายในระยะเวลา 7 วัน หลังเกิดอาการ 2) รู้สึกรู้สีก่อนมีคะแนน Glasgow Coma Score (GCS) เมื่อแรกรับตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไป 3) มีอาการอัมพาตครึ่งซีก หรือมีอาการอ่อนแรงของแขนขา 4) ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ 5) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส การมีผู้ดูแล บุคคลที่เป็นผู้ดูแล การมีที่พักอาศัย เป็นของตนเอง รายได้ และความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คณะผู้วิจัยดัดแปลงจาก the Barthel index of activities of daily living ของสถาบันประสาทวิทยา กระทรวงสาธารณสุข (2550) จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนนได้ 3 ค่า คือ 0, 5 หรือ 10 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความสามารถในการระดับน้อยมาก (0-20 คะแนน) มีความสามารถในการระดับน้อย (25-45 คะแนน) มีความสามารถในการระดับปานกลาง (50-70 คะแนน) มีความสามารถในการระดับมาก (75-95 คะแนน) และมีความสามารถในการระดับปกติ (100 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คณะผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของอารักษ์รัตนวิจิตร และวัลภา คุณทรงเกียรติ (2541) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Zhan (1992) จำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ

มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด ก่อนข้างน้อย ปานกลาง ก่อนข้างมาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ (15-44 คะแนน) มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (45-59 คะแนน) และมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง (60-75 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ คณะผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลระยอง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .96 และ .86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยอง จากนั้นพบหัวหน้าหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพินิจสิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามเครื่องมือวิจัยทั้ง 3 ชุด ในวันที่จำหน่ายผู้ป่วย ใช้เวลาคนละ 20-30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 1 มิถุนายน ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2556

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างตามสถานภาพสมรส บุคคลที่เป็นผู้ดูแล รายได้ และความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ

ส่วนการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างกัน วิเคราะห์ด้วยสถิติ one-way ANOVA เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีแอลเอสดี (LSD)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 67.30 มีอายุน้อยที่สุดคือ 27 ปี และมากที่สุดคือ 89 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 60.40 ปี ($SD = 12.80$) มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 66.40 มีผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 95.50 บุคคลที่เป็นผู้ดูแลคือ คู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 67.62 มีที่พักอาศัยเป็นของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 90.90 มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 47.30 และส่วนใหญ่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง ต้องอาศัยผู้ดูแลหรือใช้อุปกรณ์ช่วย คิดเป็นร้อยละ 69.10

2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับปกติ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.50 รองลงมาคือ ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 31.70 และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 24.50 ตามลำดับ

3. คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.80 รองลงมาคือ ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 32.70 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต 52.30 ($SD = 12.60$)

4. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างตามสถานภาพสมรส บุคคลที่เป็นผู้ดูแล รายได้ และความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.370, p < .05$) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรส บุคคลที่เป็นผู้ดูแล และรายได้ แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ตามสถานภาพสมรส บุคคลที่เป็นผู้ดูแล รายได้ และความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	SD	t	p
สถานภาพสมรส					
คู่	73	53.80	11.20	1.720	.900
โสด/ม่าย/หย่า/แยก	37	49.40	14.70		
บุคคลที่เป็นผู้ดูแล					
คู่สมรส	71	53.65	11.38	1.392	.169
ไม่ใช่คู่สมรส	39	49.92	14.42		
รายได้					
มี	52	54.50	11.10	1.736	.080
ไม่มี	58	50.38	13.60		
ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย					
สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง	34	56.50	11.20	2.370	.019
ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง	76	50.45	12.90		

5. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างกัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 3.165, p < .017$) ดังแสดงในตารางที่ 2 เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีแอลเอสดี พบว่ามีความแตกต่าง 4 คู่ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่า

กลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับปานกลาง ระดับน้อย และระดับน้อยมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD = 6.15, p < .05$; $MD = 10.96, p < .05$ และ $MD = 18.38, p < .01$ ตามลำดับ) และกลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับน้อยมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD = 13.58, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างกัน (n = 110)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	n	$\bar{X}$	SD
ระดับน้อยมาก	4	38.25	16.92
ระดับน้อย	6	45.67	11.62
ระดับปานกลาง	28	50.61	13.54
ระดับมาก	34	51.76	11.42
ระดับปกติ	38	56.63	11.25

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	1856.50	4	464.12	3.151	.017
ภายในกลุ่ม	15465.72	105	147.29		
รวมทั้งหมด	17322.22	109			

ตารางที่ 3 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (n = 110)

ความแตกต่างรายคู่	mean difference (MD)	std. error (SE)	p
ระดับน้อยมาก - ระดับน้อย	7.41	7.83	.346
ระดับน้อยมาก - ระดับปานกลาง	12.23	6.50	.063
ระดับน้อยมาก - ระดับมาก	13.58	6.40	.036
ระดับน้อยมาก - ระดับปกติ	18.38	6.40	.005
ระดับน้อย - ระดับปานกลาง	4.81	5.48	.381
ระดับน้อย - ระดับมาก	6.16	5.36	.253
ระดับน้อย - ระดับปกติ	10.96	5.33	.042
ระดับปานกลาง - ระดับมาก	1.35	3.11	.666
ระดับปานกลาง - ระดับปกติ	6.15	3.05	.047
ระดับมาก - ระดับปกติ	4.80	2.84	.094

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาในหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต 52.30 (SD = 12.60) ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ประเมินในวันที่จำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากบุคลากรทีมสุขภาพ ตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้และคำแนะนำ รวมถึงการฝึกทักษะด้านต่างๆ ตามสภาพผู้ป่วย จากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนากร และทีมเวชกรรมสังคม โดยพบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยคะแนน 77.90) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถดูแลตนเอง ช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เป็นส่วนใหญ่ จึงไม่รู้สึกว่ามีผลกระทบมากนัก ทำให้เมื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จึงพบว่า มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางถึงร้อยละ 41.80 และมีคุณภาพชีวิตในระดับสูงอีกร้อยละ 32.70 ส่วนผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ มีเพียงร้อยละ 25.50 เท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของอารณ์ รัตนวิจิตร และวัลภา คุณทรงเกียรติ (2541) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออก พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแบบหลายมิติและแบบองค์รวมอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของชนิสฐา รักษาเคน, สุรชาติ สิทธิปรกรณ์, และอภิญา วงศ์พิริโยธา (2554) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองภายหลังเกิดอาการ 6 เดือนแรก โรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้รอดชีวิตอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ศรีสิงห์ และคณะ (2552) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนอกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตค่อนข้างดีในทุกด้าน

2. ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.40 และมีคู่สมรสเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 64.50 จึงทำให้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในปัจจัยเรื่องสถานภาพสมรสและบุคคลที่เป็นผู้ดูแล ซึ่งอาจเนื่องมาจากแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะไม่มีสถานภาพสมรสคู่ แต่กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้จะได้รับการดูแลจากบุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน จึงทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของอารณ์ รัตนวิจิตร และวัลภา คุณทรงเกียรติ (2541) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของรัตน์ จันทน์แจ่ม และคณะ (2555) ที่ศึกษาสุขภาพของผู้ป่วยหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองในภาคเหนือ พบว่าสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิต

3. ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้ร้อยละ 47.30 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้นั้น พบว่าเป็นกลุ่มที่อยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งไม่ได้ทำงานแล้ว ทำให้ไม่มีรายได้ของตนเอง แต่จะได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นลูกหลานคอยดูแลในส่วนนี้ด้วยความเต็มใจ เพราะรู้สึกว่าได้ตอบแทนบุญคุณ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีที่พักอาศัยเป็นของตนเอง ไม่ต้องมีค่าใช้จ่ายในเรื่องที่พักอาศัย จึงไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในปัจจัยเรื่องรายได้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอารณ์ รัตนวิจิตร และวัลภา คุณทรงเกียรติ (2541) ที่พบว่ารายได้เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง ไม่ต้องอาศัยอุปกรณ์ หรือเครื่องช่วยต่างๆ มีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง สอดคล้องกับการศึกษาของอารณ์ รัตนวิจิตร และวัลภา คุณทรงเกียรติ (2541) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิต

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับมากถึงระดับปกติ ร้อยละ 66.20 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถดูแลตนเอง ช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เป็นส่วนใหญ่ ส่วนกลุ่มที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับน้อยถึงระดับน้อยมาก มีเพียงร้อยละ 9.30 เท่านั้น ทำให้เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต จึงพบว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของพัชนี นักรา (2542) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของรัตนา จันท์แจ่ม และคณะ (2555) ที่พบว่าระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกชนิดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระยะ

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อคติในทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม

เอกสารอ้างอิง

กาญจนา ศรีสิงห์, และคณะ. (2552). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนอกโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *จดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 92(12), 1602-1609.

ชนิษฐา รักษาเคน, สุรชาติ สิทธิปกรณ์, และอภิญญา วงศ์พิริโยธา. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองภายหลังเกิดอาการ 6 เดือนแรก โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ใน *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ครั้งที่ 9*. หน้า 164-171.

พัชนี นักรา. (2542). *คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

รัตนา จันท์แจ่ม, ธนยศ มูลละ, ฤดีถวิล อินทจักร, และศรีวรรณ วงศ์เจริญ. (2555). *สุขภาพของผู้ป่วยหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองในภาคเหนือ*. สืบค้น วันที่ 5 สิงหาคม 2559, จาก http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/dmsweb_v2_2/outside/imrta/images/3.3_prasat_chiangmai.pdf

วาโร เพ็งสวัสดิ์. (2551). *วิธีวิทยาการวิจัย*. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร โรงพยาบาลระยอง. (2554). *สถิติผู้ป่วยใน ประจำปีงบประมาณ 2554*. ระยอง: ผู้แต่ง. สถาบันประสาทวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *แนวทาง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

สถาบันประสาทวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *รายงานการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบทางการแพทย์ระดับตติยภูมิและสูงกว่าด้านโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *สถิติสาธารณสุข ปี 2552*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *สถิติสาธารณสุข ปี 2556*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- อรุณี ศิริกังวาลกุล. (2545). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารกรมการแพทย์*, 27(6), 239-247.
- อาภรณ์ รัตนวิจิตร, และวัลภา คุณทรงเกียรติ. (2541). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 6(3), 10-20.
- Orley, J., & Kuyken, W. (Eds.). (1994). *Quality of life assessment: International perspectives*. Berlin: Springer-Verlag.
- World Stroke Organization. (2011). *World Stroke Day*. Retrieved August 19, 2011, from <http://www.worldstrokecampaign.org/media/Pages/AboutWorldStrokeDay2010.aspx>
- Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17(7), 795-800.
-

นวัตกรรมแผ่นเจลประคบเพื่อใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและบำบัดทางการพยาบาล

The Innovation of Invented Gel Pad for Use in Health Promotion and Nursing Therapeutic

ปราณี อีร์โสภณ, ปส.ด. (การพยาบาล) *

Pranee Theerasopon, Ph.D. (Nursing) *

นิตยา พันธงาม, พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง) **

Nittaya Panngam, M.N.S. (Advanced Midwifery) **

นริชญา หาดแก้ว, พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง) **

Naritchaya Hatkaew, M.N.S. (Advanced Midwifery) **

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองในห้องปฏิบัติการ เพื่อศึกษาหาวิธีการประคบด้วยแผ่นเจลที่มีประสิทธิภาพ เทียบเท่ากับแผ่นเจลมาตรฐาน แต่มีต้นทุนการผลิตต่ำ สถานบริการสุขภาพสามารถผลิตขึ้นใช้ได้เอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเส้นใยโพลิเมอร์สังเคราะห์และน้ำสำหรับผสม อุปกรณ์ในการประคบ การทดสอบอุณหภูมิ การทำเป็นลูกประคบ และการเปรียบเทียบคุณสมบัติ แบบบันทึกค่าอุณหภูมิของแผ่นเจล และแบบบันทึกค่าอุณหภูมิของเนื้อเยื่อ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกันยายน 2557 ตามขั้นตอน ดังนี้ 1) ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณสมบัติและความปลอดภัยของวัสดุที่นำมาใช้ประคบด้วยแผ่นเจล 2) ทดลองหาสัดส่วนที่เหมาะสมของวัสดุที่ใช้ในการประคบด้วยแผ่นเจล 3) ทดลองหาวิธีการเตรียมแผ่นเจล 4) เปรียบเทียบคุณสมบัติของแผ่นเจลประคบกับแผ่นเจลมาตรฐาน 5) ทดสอบประสิทธิภาพของแผ่นเจลเมื่อนำมาประคบบนเนื้อเยื่อของอาสาสมัครเพศหญิง 2 คน และ 6) ทดลองหาประสิทธิภาพในการนำมาใช้ประคบร้อนของแผ่นเจล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่และค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัยพบว่าเส้นใยโพลิเมอร์สังเคราะห์ในผ้าอ้อมสำเร็จรูปสามารถนำมาประคบเป็นแผ่นเจลได้ โดยผสมน้ำบริสุทธิ์ในสัดส่วน 60 มิลลิลิตร ต่อเส้นใยโพลิเมอร์หนัก 1 กรัม วิธีการเตรียมแผ่นเจลคือ แช่แผ่นเจลในน้ำต้มเดือดอย่างน้อย 5 นาที โดยแผ่นเจลที่เหมาะสมในการใช้งานคือ ขนาด 3-4 กรัม พบว่าแผ่นเจลประคบมีประสิทธิภาพในการเก็บกักอุณหภูมิได้เทียบเท่ากับแผ่นเจลมาตรฐาน โดยลูกประคบแผ่นเจลประคบขนาด 4 กรัม มีความเหมาะสมในการใช้ประคบร้อน ซึ่งไม่มีการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อบริเวณที่ได้รับการประคบ และพบว่าแผ่นเจลประคบนำมาใช้งานได้ 9 ครั้ง โดยมีต้นทุนเฉลี่ยครั้งละ 13 สตางค์

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** มหาบัณฑิตสาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าสถานบริการสุขภาพสามารถนำแผ่นเจลประดิษฐ์ไปใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและบำบัดทางการพยาบาล โดยปราศจากข้อจำกัดเรื่องงบประมาณ
คำสำคัญ : นวัตกรรม แผ่นเจลประดิษฐ์

Abstract

This study is laboratory experiment which aimed to invent an effective gel pad which is effectively equivalent to the standard gel pad with low production cost and can be made available by health services. The research instruments included synthetic polymer fibers and water, the equipment for invention, for the temperature test, for compress making, and for the comparison of properties, the record of the gel pad's temperature, and the record of the temperature of the tissue. The study and the data collection were conducted from May to September, 2014. The processes of the study included: 1) the literature reviews on searching for the properties and safety materials to invent gel pad, 2) testing on the elements and proportions of appropriate materials to invent gel pad, 3) testing on performance method for preparing gel pad, 4) testing on temperature reserve and confinement period between the invented gel pad and the standard gel pad, 5) testing on the performance of the gel pad when doing warm compress on the tissues of two female volunteers and 6) experimenting for the effectiveness on the gel pad when doing warm compress. The data were analyzed by frequency and mean.

The results of the study revealed that the invented gel pad can be made from synthetic polymer fibers in finished diapers baby by mixing 60 ml. of pure water into 1 gram of synthetic polymer. The preparation of the gel pad can be done by soaking gel pad in boiling water for at least 5 minutes. The suitable gel pad for use was 3-4 grams. It was found that the invented gel pad was effectively equivalent in reserving temperature to the standard gel pad. The invented gel pad compress of 4 grams was suitable for warm compress. It did not cause irritation to the tissues. It was also found that the invented gel pad can be used 9 times, with an average cost of 13 satang each time.

According to this study, it is recommended that the health services can use the invented gel pad in health promotion and nursing therapeutic without the constraint of budget.

Keywords : Innovation, Invented gel pad

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การประคบเป็นศาสตร์ทางเลือกที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในการนำมาใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพและบำบัดทางการพยาบาลมาเป็นเวลานาน เป็นวิธีการดูแลสุขภาพที่สามารถทำได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก และมีความปลอดภัยสูง ในปัจจุบัน มีการนำศาสตร์การประคบมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและบำบัดทางการพยาบาล ทั้งในภาคครัวเรือนและสถานบริการสุขภาพ โดยใช้การประคบร้อนเพื่อส่งเสริมการไหลเวียนโลหิต ส่งเสริมการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ ส่งเสริมการไหลของน้ำนม ลดอาการปวดลดอาการคัดเต้านม และบำบัดอาการหัวนมเจ็บและแตกในมารดาหลังคลอด (Chandler, Preece, & Lister, 2002; Zuppa et al., 2010; Kent, Prime, & Garbin, 2012; Mooventhan & Nivethitha, 2014; Amir, Jones, & Buck, 2015) และใช้การประคบเย็นเพื่อช่วยลดอาการบวมจากการกั่งของสารน้ำในเนื้อเยื่อ ลดการอักเสบลดอาการปวดของกล้ามเนื้อ ช่วยในการห้ามเลือด บำบัดอาการมดลูกหดตัวไม่ดี ลดอาการปวดและบวมจากการมีเลือดคั่งบริเวณแผลฝีเย็บ (นริชชญา หาดแก้ว และปราณี ชีโรโสภณ, 2558; Dube, 2013; Watkins et al., 2014; Purwaningsih, Rahayu, & Wijayanti, 2015)

ประสิทธิภาพของศาสตร์การประคบร้อนและประคบเย็น ขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของวัสดุประคบในการเก็บกักความร้อนและความเย็น เพื่อสามารถเก็บกักระดับความร้อนและความเย็นให้อยู่ในช่วงอุณหภูมิของการบำบัด และสามารถรักษาอุณหภูมิของการบำบัดให้อยู่ในระยะเวลาที่เหมาะสมแก่การบำบัดอย่างน้อย 15-20 นาที (Nurcan & Karadag, 2015) อุปกรณ์ที่นำมาใช้สำหรับการประคบร้อนและประคบเย็นมีหลายรูปแบบ ได้แก่ ผ้าขนหนู ลูกประคบสมุนไพร กระเป๋าบรจุน้ำ และแผ่นเจลสำเร็จรูป เป็นต้น วัสดุต่างๆ ที่นำมาใช้ ต่างมีข้อจำกัดที่แตกต่างกัน โดยผ้าชุบน้ำร้อนและน้ำเย็นมีข้อจำกัดในการเก็บกักอุณหภูมิที่เหมาะสมในการบำบัดได้ไม่นานเพียงพอ ทำให้ต้องเปลี่ยนน้ำและผ้าชุบน้ำบ่อยๆ และมีความเปียกชื้นบริเวณที่ประคบ ทำให้ไม่สะดวกต่อ

การใช้งาน ส่วนลูกประคบสมุนไพร เป็นวัสดุที่ผู้นำมาใช้จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับชนิดของสมุนไพรที่นำมาใช้ โดยต้องเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรแพทย์แผนไทย อีกทั้งยังอาจมีผลทำให้เกิดการแพ้กลิ่นและด้วยสมุนไพรในผู้ใช้ได้ด้วย สำหรับวัสดุแผ่นเจลสำเร็จรูปที่นิยมใช้ในปัจจุบัน เช่น แผ่นเจลมาตรฐาน ซึ่งมีจำหน่ายตามร้านขายเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ แม้จะมีข้อดีที่สามารถเก็บกักอุณหภูมิและระยะเวลาของอุณหภูมิที่เหมาะสมในการบำบัดได้นานเพียงพอ แต่พบว่ามีข้อจำกัดในเรื่องการจัดหาและจัดซื้อ โดยเฉพาะในสถานบริการสุขภาพของรัฐสถานบริการสุขภาพขนาดเล็ก และสถานบริการสุขภาพในเขตชนบท ซึ่งสถานบริการสุขภาพบางแห่งไม่มีใช้บางแห่งมีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอต่อการใช้งาน เนื่องจากแผ่นเจลมาตรฐานมีราคาแพง จึงทำให้มีข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณและกระบวนการจัดหา ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาวัตกรรมแผ่นเจลประคบร้อนและประคบเย็น ที่ประดิษฐ์จากวัสดุหาง่าย ขั้นตอนการผลิตไม่ยุ่งยาก ต้นทุนการผลิตต่ำ แต่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้เทียบเท่าหรือใกล้เคียงกับแผ่นเจลมาตรฐาน ซึ่งผลงานที่ประดิษฐ์ขึ้นจะช่วยให้สถานบริการสุขภาพสามารถเตรียมแผ่นเจลประคบที่มีต้นทุนต่ำ แต่มีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับแผ่นเจลที่วางจำหน่าย และส่งผลให้มีการนำศาสตร์การประคบร้อนและประคบเย็นมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและบำบัดทางการพยาบาลมากขึ้น อันจะช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัยและเกิดความพึงพอใจในการบริการพยาบาล นอกจากนี้ การประดิษฐ์ผลิตภัณฑ์ต้นแบบยังสามารถนำไปผลิตในเชิงอุตสาหกรรม ซึ่งจะยังเป็นประโยชน์ในงานด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาชนิดของวัสดุที่มีคุณสมบัติเหมาะสมสำหรับการประดิษฐ์แผ่นเจลประคบ ทั้งในด้านความสามารถในการเก็บกักอุณหภูมิ ความปลอดภัยต่อเนื้อเยื่อบริเวณที่ประคบ และต้นทุนการผลิต

2. เพื่อศึกษาหาสัดส่วนที่เหมาะสมของวัสดุที่ใช้ในการประดิษฐ์แผ่นเจลประคบ

3. เพื่อศึกษาวิธีการเตรียมแผ่นเจลประดิษฐ์สำหรับการประคบร้อน เพื่อให้ได้อุณหภูมิที่เหมาะสมในการนำไปใช้

4. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณสมบัติของแผ่นเจลประดิษฐ์กับแผ่นเจลมาตรฐาน เกี่ยวกับความสามารถในการเก็บกักอุณหภูมิ และระยะเวลาในการเก็บกักอุณหภูมิให้อยู่ในระดับของการบำบัด

5. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของแผ่นเจลประดิษฐ์เกี่ยวกับอุณหภูมิของเนื้อเยื่อบริเวณที่ได้รับการประคบ และการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อบริเวณที่ได้รับการประคบ

6. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพในการนำมาใช้ประคบร้อนของแผ่นเจลประดิษฐ์ เกี่ยวกับต้นทุนในการนำมาใช้ต่อครั้ง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองในห้องปฏิบัติการ (laboratory experiment) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ตัวอย่างที่นำมาใช้ในการทดลองครั้งนี้ แบ่งตามระยะของการทดลองได้ดังนี้

ระยะที่ 1 การทดสอบหาขนาดของแผ่นเจลที่สามารถเก็บกักอุณหภูมิได้ดี ใช้ตัวอย่างที่เป็นแผ่นเจลประดิษฐ์ขนาด 2-5 กรัม ขนาดละ 10 ตัวอย่าง

ระยะที่ 2 การเปรียบเทียบคุณสมบัติของแผ่นเจลประดิษฐ์กับแผ่นเจลมาตรฐาน เกี่ยวกับความสามารถในการเก็บกักอุณหภูมิ และระยะเวลาในการเก็บกักอุณหภูมิให้อยู่ในระดับของการบำบัด ใช้ตัวอย่างที่เป็นแผ่นเจลประดิษฐ์ที่ได้จากการทดลองในระยะที่ 1 และแผ่นเจลมาตรฐานที่มีขนาดใกล้เคียงกัน จำนวนอย่างละ 10 ตัวอย่าง

ระยะที่ 3 การทดสอบประสิทธิภาพของแผ่นเจลประดิษฐ์ เมื่อนำมาประคบบนเนื้อเยื่อของอาสาสมัคร เนื่องจากการทดลองในห้องปฏิบัติการที่มีการควบคุมสิ่งแวดล้อมที่จะมีผลต่ออุณหภูมิของแผ่นเจลและอุณหภูมิของเนื้อเยื่อ และเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของอุณหภูมิของเนื้อเยื่อระหว่างบุคคล ควรให้อาสาสมัครคนเดิมทำการทดลองหลายครั้งในช่วงเวลาและสิ่งแวดล้อมเดียวกัน

แต่เนื่องจากไม่สามารถหาอาสาสมัครที่มาทำการทดลองได้ต่อเนื่อง 10 ครั้ง จึงใช้ตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัคร 2 คนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน ทำการทดสอบคนละ 5 ครั้งในแผ่นเจลแต่ละขนาด โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ 1) เป็นเพศหญิง 2) มีอายุอยู่ในช่วง 20-35 ปี 3) ไม่มีความผิดปกติในการรับสัมผัสความร้อน 4) ผิวหนังบริเวณท้องแขน ไหล่ด้านหน้า รอบต้นนม และด้านข้างต้นนม ไม่อักเสบ มีลักษณะปกติ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ ได้อาสาสมัครที่มีอายุ 28 ปี และ 32 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ในการพัฒนานวัตกรรมแผ่นเจลประดิษฐ์ ใช้วัสดุและอุปกรณ์ดังนี้

1. เส้นใยโพลีเมอร์สังเคราะห์จากผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับทารก

2. น้ำสำหรับผสมกับเส้นใยโพลีเมอร์สังเคราะห์ ได้แก่ น้ำดื่มบรรจุขวดสำเร็จรูป น้ำประปา และน้ำประปาดื่มสุก

3. อุปกรณ์ในการประดิษฐ์ ได้แก่ กรรไกร ถูพลาสติกใสแบบร้อน ตาข่าย และเครื่องปิดผนึกพลาสติก

4. อุปกรณ์สำหรับการทดสอบอุณหภูมิ ได้แก่ กระติกน้ำร้อนไฟฟ้า เทอร์โมมิเตอร์ และเครื่องถ่ายภาพความร้อน (ใช้เครื่องจากคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น)

5. อุปกรณ์ในการทำเป็นลูกประคบ ได้แก่ ผ้าขนหนู และยางรัด

6. อุปกรณ์ในการเปรียบเทียบคุณสมบัติ ได้แก่ แผ่นเจลมาตรฐานขนาด 10 x 10 เซนติเมตร และขนาด 10 x 20 เซนติเมตร

7. แบบบันทึกค่าอุณหภูมิของแผ่นเจลขนาดต่างๆ ก่อนแช่น้ำต้มเดือด หลังแช่น้ำต้มเดือดเป็นเวลานาน 1-10 นาที และหลังห่อหุ้มด้วยผ้าขนหนูชุบน้ำต้มเดือดทันที นาทีที่ 5, 10, 15 และ 20

8. แบบบันทึกค่าอุณหภูมิของเนื้อเยื่อบริเวณที่ได้รับการประคบด้วยแผ่นเจล ในนาทีที่ 1, 5, 10, 15, และ 20

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องถ่ายภาพความร้อนนั้น มีการสอบเทียบมาตรฐาน (calibrate) โดยบุคลากรที่ได้รับมอบหมายของคณะเทคนิคการแพทย์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น ทุก 6 เดือน

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
มีขั้นตอนดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรม เพื่อศึกษาคุณสมบัติของวัสดุที่สามารถนำมาใช้ประดิษฐ์แผ่นเจลประคบ กลไกการเก็บกักอุณหภูมิ และความปลอดภัยของวัสดุที่สามารถนำมาใช้ประดิษฐ์แผ่นเจลประคบ

2. ทำการทดลองหาสัดส่วนที่เหมาะสมระหว่างวัสดุที่ใช้ในการประดิษฐ์แผ่นเจลประคบกับปริมาณน้ำ โดยนำผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับทารกบริเวณที่เป็นแผ่นใยซึมซับ มาตัดและชั่งให้ได้น้ำหนัก 1 กรัม และนำมาใส่ในถุงพลาสติกใสแบบร้อนขนาด 7 x 13 เซนติเมตร

ทำการลอกแผ่นผิวสัมผัสด้านนอกที่ห่อหุ้มแผ่นใยออกขณะบรรจุในถุงพลาสติก เพื่อป้องกันเส้นใยโพลิเมอร์สังเคราะห์ที่มีลักษณะคล้ายสำลีหลุดร่วงออกนอกถุงพลาสติก ดังแสดงในภาพที่ 1 จากนั้นทำการทดสอบปริมาณน้ำและชนิดของน้ำที่นำมาผสมกับเส้นใยโพลิเมอร์สังเคราะห์ขนาด 1 กรัม โดยนำน้ำดื่มบรรจุขวดสำเร็จรูป น้ำประปา และน้ำประปาต้มสุก มาผสมกับเส้นใยโพลิเมอร์สังเคราะห์ ครั้งละ 10 มิลลิลิตร จนกระทั่งเส้นใยโพลิเมอร์สังเคราะห์มีลักษณะเป็นเจลเนื้อใสละเอียดยิ่ง ซึ่งแสดงถึงคุณสมบัติในการดูดซับน้ำที่ดี จากนั้นทำการบันทึกคุณลักษณะของน้ำ ปริมาณน้ำ และลักษณะเนื้อเจลที่ได้



ก่อนลอกแผ่นผิวสัมผัสด้านนอก



หลังลอกแผ่นผิวสัมผัสด้านนอก

ภาพที่ 1 เส้นใยโพลิเมอร์สังเคราะห์จากผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับทารก

3. ทำการทดลองหาวิธีการเตรียมแผ่นเจลประดิษฐ์ที่สามารถเก็บกักอุณหภูมิ และมีระยะเวลาในการเก็บกักอุณหภูมิได้นานเพียงพอในการบำบัด ดังนี้

3.1 นำเส้นใยโพลิเมอร์สังเคราะห์ขนาดต่างๆ ตั้งแต่ขนาด 1 กรัม จนถึง 5 กรัม มาผสมน้ำดื่มบรรจุขวดสำเร็จรูป ในสัดส่วนคือ เส้นใยโพลิเมอร์สังเคราะห์หนัก 1 กรัม ต่อปริมาณน้ำดื่ม 60 มิลลิลิตร จำนวนขนาดละ 10 แผ่น เพื่อใช้สำหรับการทดลองจำนวน 10 ครั้ง จะได้แผ่นเจลประคบดังนี้

3.1.1 เส้นใยหนัก 1 กรัม : น้ำดื่ม 60 มิลลิลิตร บรรจุใส่ถุงพลาสติก วัดขนาดได้ 3 x 5 เซนติเมตร (น้ำหนัก 63 กรัม)

3.1.2 เส้นใยหนัก 2 กรัม : น้ำดื่ม 120 มิลลิลิตร บรรจุใส่ถุงพลาสติก วัดขนาดได้ 7 x 10 เซนติเมตร (น้ำหนัก 120 กรัม)

3.1.3 เส้นใยหนัก 3 กรัม : น้ำดื่ม 180 มิลลิลิตร บรรจุใส่ถุงพลาสติก วัดขนาดได้ 12 x 12 เซนติเมตร (น้ำหนัก 180 กรัม)

3.1.4 เส้นใยหนัก 4 กรัม : น้ำดื่ม 240 มิลลิลิตร บรรจุใส่ถุงพลาสติก วัดขนาดได้ 12 x 14 เซนติเมตร (น้ำหนัก 240 กรัม)

3.1.5 เส้นใยหนัก 5 กรัม : น้ำดื่ม 300 มิลลิลิตร บรรจุใส่ถุงพลาสติก วัดขนาดได้ 12 x 16 เซนติเมตร (น้ำหนัก 300 กรัม)

3.2 เตรียมน้ำต้มเดือด โดยใส่น้ำในกระติกน้ำร้อนไฟฟ้าขนาดความจุ 2 ลิตร เสียบปลั๊ก เมื่อน้ำเดือดแล้ว ถอดปลั๊กออก วัดอุณหภูมิของน้ำและวัดอุณหภูมิของแผ่นเจลก่อนนำไปแช่น้ำต้มเดือด ดำเนินการทดลองจำนวน 10 ครั้ง ในแผ่นเจลแต่ละขนาด ได้อุณหภูมิเฉลี่ยของน้ำอยู่ระหว่าง 79.3-79.8 องศาเซลเซียส และอุณหภูมิเฉลี่ยของแผ่นเจลก่อนแช่อยู่ระหว่าง 27.5-28.3 องศาเซลเซียส จากนั้นนำแผ่นเจลแช่น้ำต้มเดือดในกระติกน้ำร้อนไฟฟ้า ทดสอบระยะเวลาการแช่แผ่นเจลในน้ำต้มเดือดตั้งแต่ 1 นาที จนถึง 10 นาที เพื่อศึกษาระยะเวลาที่เหมาะสมในการเตรียมแผ่นเจล ทำการควบคุมอุณหภูมิห้องโดยใช้สถานที่และช่วงเวลาเดียวกันในแต่ละวันขณะทำการทดลองวัดอุณหภูมิห้องได้ค่าอยู่ระหว่าง 26-27 องศาเซลเซียส

3.3 ทดสอบขนาดแผ่นเจลที่สามารถเก็บกักอุณหภูมิในการบำบัดได้เหมาะสม โดยนำแผ่นเจลทั้ง 5 ขนาด ไปแช่น้ำต้มเดือด ซึ่งพบว่าการแช่เป็นเวลา 5 นาที จะได้อุณหภูมิในระดับของการบำบัดที่ดี จากนั้นนำมาทำเป็นลูกประคบ โดยนำผ้าขนหนู 1 ผืน ขูบน้ำต้มเดือดนาน 1 นาที แล้วนำมาห่อหุ้มแผ่นเจลขนาดต่างๆ และมีดรวบส่วนปลายด้วยยางรัด วัดอุณหภูมิของแผ่นเจลทันทีหลังแช่น้ำต้มเดือดครบ 5 นาที หลังห่อหุ้มด้วยผ้าขนหนูขูบน้ำต้มเดือด และในนาที่ที่ 5, 10, 15 และ 20 ซึ่งเป็นระยะเวลาที่แนะนำในการบำบัดด้วยความร้อน โดยทำการทดลองจำนวน 10 ครั้ง ในแผ่นเจลแต่ละขนาด

4. ทำการทดลองเปรียบเทียบคุณสมบัติของแผ่นเจลประดิษฐ์กับแผ่นเจลมาตรฐาน เกี่ยวกับความสามารถในการเก็บกักอุณหภูมิ และระยะเวลาในการเก็บกักอุณหภูมิให้อยู่ในระดับของการบำบัด โดยนำแผ่นเจลขนาดที่ทดลองแล้วว่ามีสามารถในการเก็บกักอุณหภูมิได้ดี และมีระยะเวลาในการเก็บกักอุณหภูมิที่เหมาะสมกับการบำบัดคือ แผ่นเจลขนาด 3 กรัม และขนาด 4 กรัม มาศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการเก็บกักอุณหภูมิ ระหว่างแผ่นเจลประดิษฐ์ขนาดดังกล่าว กับแผ่นเจลมาตรฐานที่มีการนำมาใช้ในสถานบริการสุขภาพ ที่มีขนาดใกล้เคียงกันคือ ขนาด 10 x 10 เซนติเมตร และขนาด 10 x 20 เซนติเมตร โดยเตรียมวัสดุประคบทั้งสองชนิดด้วยวิธีการเดียวกันคือ นำมาแช่น้ำต้มเดือดเป็นเวลา 5 นาที และ 10 นาที

วัดอุณหภูมิของแผ่นเจลก่อนแช่น้ำต้มเดือด หลังแช่น้ำต้มเดือดทันที หลังห่อหุ้มด้วยผ้าขนหนูขูบน้ำต้มเดือด และในนาที่ที่ 5, 10, 15 และ 20 ซึ่งเป็นระยะเวลาที่แนะนำในการบำบัดด้วยความร้อน โดยทำการทดลองจำนวน 10 ครั้ง ในแผ่นเจลแต่ละขนาด

5. ทดสอบประสิทธิภาพของแผ่นเจลประดิษฐ์เมื่อนำมาประคบบนเนื้อเยื่อ โดยนำแผ่นเจลขนาดที่ผ่านการทดสอบแล้วว่ามีคุณสมบัติในการใช้งานได้ดีคือ แผ่นเจลขนาด 3 กรัม และขนาด 4 กรัม มาเตรียมโดยแช่น้ำต้มเดือดเป็นเวลา 5 นาที นำมาห่อหุ้มด้วยผ้าขนหนูขูบน้ำต้มเดือด และทำเป็นลูกประคบ จากนั้นนำลูกประคบมาประคบบนเนื้อเยื่อบริเวณท้องแขน ไหล่ด้านหน้า รอบเข่า และด้านข้างเข่าด้านในกล้ามเนื้อของอาสาสมัคร 2 คน โดยใช้ลูกประคบวางและยกขึ้น วนไปรอบๆ เนื้อเยื่อบริเวณดังกล่าวใช้เวลาทั้งสิ้น 20 นาที ทั้งนี้ ทำการทดลองในช่วงเวลาและสถานที่เดียวกัน เพื่อควบคุมอุณหภูมิของสิ่งแวดล้อมให้ใกล้เคียงกัน ซึ่งวัดอุณหภูมิห้องได้ 26-27 องศาเซลเซียส ขณะทำการประคบ ใช้เครื่องถ่ายภาพความร้อนของเนื้อเยื่อที่ได้มาตรฐานบันทึกค่าอุณหภูมิของเนื้อเยื่อบริเวณที่ได้รับการประคบ ในนาที่ที่ 1, 5, 10, 15, และ 20 ทำการสังเกตและสอบถามอาสาสมัครระหว่างการประคบ รวมทั้งบันทึกการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อบริเวณที่ได้รับการประคบซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ เช่น อาการคัน แสบร้อนผิวหนัง มีผื่นแดงรอยไหม้ โดยทำการทดลองกับอาสาสมัครจำนวนคนละ 5 ครั้ง รวมเป็น 10 ครั้ง ในแผ่นเจลแต่ละขนาด

6. ทำการทดลองหาประสิทธิภาพในการนำมาใช้ประคบร้อนของแผ่นเจลประดิษฐ์ โดยนำแผ่นเจลขนาด 4 กรัม มาใช้ประคบร้อน ในการใช้แต่ละครั้ง มีการวัดอุณหภูมิของแผ่นเจลก่อนแช่น้ำต้มเดือด จากนั้นนำมาแช่น้ำต้มเดือดเป็นเวลา 5 นาที วัดอุณหภูมิภายในแผ่นเจลหลังแช่น้ำต้มเดือด และสังเกตรอยฉีกขาดหรือรอยร้าวบนถุงแผ่นเจล เมื่อแผ่นเจลมีอุณหภูมิหลังแช่น้ำต้มเดือดเท่ากับก่อนแช่น้ำต้มเดือด แสดงว่าแผ่นเจลไม่สามารถเก็บกักอุณหภูมิให้อยู่ในระดับของการบำบัดได้ หรือเมื่อถุงแผ่นเจลมีรอยฉีกขาดหรือรอยร้าว ซึ่งไม่สามารถนำมาใช้ได้อีก จากนั้นคำนวณต้นทุนในการนำแผ่นเจลประดิษฐ์มาใช้ต่อครั้ง

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกันยายน 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยหาค่าเฉลี่ยอุณหภูมิของแผ่นเจลและอุณหภูมิของเนื้อเยื่อที่ได้รับการประคบ ณ เวลาต่างๆ หาค่าความถี่ของจำนวนครั้งที่แผ่นเจลสามารถใช้งานได้ในระดับของการบำบัด และหาค่าเฉลี่ยต้นทุนในการนำมาใช้ต่อครั้ง

ผลการวิจัย

1. วัสดุที่สามารถนำมาใช้ประคบแผ่นเจลประคบจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าวัสดุที่เหมาะสมในการนำมาใช้กับเนื้อเยื่อของมนุษย์ได้อย่างปลอดภัยคือ เส้นใยโพลิเมอร์สังเคราะห์ที่เรียกว่า โพลิเมอร์ดูดซับยิ่งยวด (superabsorbent polymer หรือ poly-acrylic acid) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่ม hydrogel (Kabiri, Omidian, Zohuriaan-Mehr, & Doroudiani, 2011) มีคุณสมบัติในการดูดซับน้ำ (hydrophilicity) ได้ 70-200 เท่า (Shanmugasundaram & Mahendra Gowda, 2010) โดยเปลี่ยนสภาพน้ำที่เป็นของเหลวให้อยู่ในรูปของเจลซึ่งมีปริมาตรคงเดิม

เส้นใยดังกล่าวนิยมนำมาใช้เป็นส่วนประกอบในผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับทารกและผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยดูดซับปัสสาวะไม่ให้ไหลซึมย้อนกลับมาเปียกผิวหนังได้ มีรายงานการศึกษาที่ยืนยันถึงความปลอดภัยของเส้นใยโพลิเมอร์สังเคราะห์ที่ใช้ในผ้าอ้อมสำเร็จรูปเมื่อสัมผัสกับผิวหนังของมนุษย์ (Kabiri et al., 2011; Dey, Helmes, White, & Zhou, 2014)

2. สัดส่วนที่เหมาะสมระหว่างวัสดุที่ใช้ในการประคบแผ่นเจลประคบกับปริมาณน้ำ จากการทดลองพบว่าสัดส่วนที่เหมาะสมคือ เส้นใยโพลิเมอร์สังเคราะห์หนัก 1 กรัม ต่อน้ำ 60 มิลลิตร ซึ่งจะได้เส้นใยโพลิเมอร์อุ้มน้ำที่มีลักษณะเป็นเจลเนื้อใส โดยพบว่าน้ำดื่มบรรจุขวดสำเร็จรูปและน้ำประปาต้มสุก เป็นน้ำที่มีคุณสมบัติทำให้ได้เนื้อเจลที่ใสและละเอียดมากกว่าน้ำประปา เนื่องจากเส้นใยที่เป็นสารโพลิเมอร์สังเคราะห์จะสามารถดูดซับน้ำบริสุทธิ์ได้ดีกว่าน้ำไม่บริสุทธิ์ ซึ่งน้ำประปามีสารเจือปนและสารแขวนลอยมากกว่า จึงทำให้การดูดซับน้ำเป็นไปได้ไม่ดีเท่าที่ควรเมื่อเปรียบเทียบกับน้ำดื่มบรรจุขวดสำเร็จรูปและน้ำประปาต้มสุก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะของเนื้อเจลที่ได้จากการผสมน้ำชนิดต่างๆ กับเส้นใยโพลิเมอร์สังเคราะห์จากผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับทารก

สัดส่วนระหว่างเส้นใยโพลิเมอร์สังเคราะห์กับปริมาณน้ำ	ชนิดของน้ำ	ลักษณะของเนื้อเจล
เส้นใยหนัก 1 กรัม + น้ำ 60 มิลลิตร	น้ำดื่มบรรจุขวดสำเร็จรูป	เนื้อเจลใส ละเอียด
	น้ำประปาต้มสุก	เนื้อเจลใส ละเอียด
	น้ำประปา	เนื้อเจลปนน้ำ ปนเส้นใย คล้ายสำลีเป็นแผ่นๆ

3. วิธีการเตรียมแผ่นเจลประคบที่สามารถเก็บกักอุณหภูมิและมีระยะเวลาในการเก็บกักอุณหภูมิได้นานเพียงพอในการบำบัด พบผลการวิจัยดังนี้

3.1 ระยะเวลาการเตรียมแผ่นเจลในน้ำต้มเดือดพบว่าที่ระยะเวลา 5 และ 10 นาที เป็นระยะเวลาที่ทำให้ได้อุณหภูมิของแผ่นเจลที่เหมาะสมในการนำมาประคบบน

เนื้อเยื่อ โดยมีผลทำให้เนื้อเยื่อมีอุณหภูมิอยู่ในระดับของการบำบัด ระหว่าง 38-45 องศาเซลเซียส เมื่อใช้ประบคนาน 20 นาที ดังนั้น ระยะเวลาที่เหมาะสมในการเตรียมแผ่นเจลคือ การแช่แผ่นเจลในน้ำต้มเดือดเป็นเวลาอย่างน้อย 5 นาที

3.2 ขนาดแผ่นเจลที่สามารถเก็บกักอุณหภูมิในระดับของการบำบัด พบว่าแผ่นเจลขนาด 2 กรัม มีอุณหภูมิต่ำสุด เมื่อเวลาผ่านไป 20 นาที ซึ่งเป็นระยะเวลาที่แนะนำในการประคบร้อน พบว่ามีอุณหภูมิเฉลี่ย 37.8 องศาเซลเซียส ซึ่งเป็นอุณหภูมิที่ต่ำกว่าอุณหภูมิในระดับของการบำบัดคือ 38-45 องศาเซลเซียส ดังนั้นแผ่นเจลขนาด 2 กรัม จึงไม่เหมาะสมกับการนำไปใช้

ส่วนแผ่นเจลขนาด 3-5 กรัม สามารถเก็บกักอุณหภูมิในระดับของการบำบัดได้ดี ดังแสดงในตารางที่ 2 แต่แผ่นเจลขนาด 5 กรัม เมื่อนำมามัดเป็นลูกประคบ พบว่ามีขนาดใหญ่เกินไป ทำให้จับไม่ถนัดมือ จึงไม่สะดวกต่อการใช้งาน ดังนั้น แผ่นเจลที่เหมาะสมในการนำมาใช้งานคือ แผ่นเจลขนาด 3-4 กรัม

ตารางที่ 2 อุณหภูมิของแผ่นเจลประดิษฐ์ก่อนและหลังแช่น้ำต้มเดือด หลังห่อหุ้มด้วยผ้าชุบน้ำต้มเดือด และเมื่อวางทิ้งไว้ในระยะเวลาที่แตกต่างกัน จำแนกตามขนาดแผ่นเจล

ขนาด แผ่นเจล	อุณหภูมิของ น้ำต้มเดือด ในกระติก (° C)	อุณหภูมิของ แผ่นเจลก่อนแช่ น้ำต้มเดือด (° C)	อุณหภูมิของแผ่นเจลหลังแช่น้ำต้มเดือด หลังห่อหุ้มด้วยผ้าชุบน้ำต้มเดือด และเมื่อวางทิ้งไว้ในระยะเวลาที่แตกต่างกัน (° C)					
			เวลาที่หลังแช่					
			หลังห่อหุ้ม ด้วยผ้า นาน 5 นาที	วางทิ้งไว้ 5 นาที	วางทิ้งไว้ 10 นาที	วางทิ้งไว้ 15 นาที	วางทิ้งไว้ 20 นาที	
2 กรัม	79.4	28.3	63.3	53.1	44.9	41.7	38.9	37.8
3 กรัม	79.3	28.0	70.9	58.5	48.3	45.5	42.7	41.7
4 กรัม	79.8	28.2	68.5	57.1	46.8	44.5	42.0	41.3
5 กรัม	79.5	27.5	70.3	55.6	46.7	42.8	41.0	38.1

4. การเปรียบเทียบคุณสมบัติของแผ่นเจลประดิษฐ์กับแผ่นเจลมาตรฐาน เกี่ยวกับความสามารถในการเก็บกักอุณหภูมิ และระยะเวลาในการเก็บกักอุณหภูมิให้อยู่ในระดับของการบำบัด พบว่าแผ่นเจลประดิษฐ์และแผ่นเจลมาตรฐานมีอุณหภูมิก่อนแช่น้ำต้มเดือดและ

อุณหภูมิหลังแช่น้ำต้มเดือด ณ เวลาต่างๆ ใกล้เคียงกัน ดังแสดงในตารางที่ 3 สรุปได้ว่าแผ่นเจลที่ประดิษฐ์ขึ้นจากเส้นใยโพลีเมอร์สังเคราะห์จากผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับทารก มีประสิทธิภาพในการเก็บกักอุณหภูมิได้เทียบเท่ากับแผ่นเจลมาตรฐานจึงสามารถนำมาใช้ทดแทนกันได้

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบอุณหภูมิของแผ่นเจลประดึษฐ์กับแผ่นเจลมาตรฐาน ณ เวลาต่างๆ จำแนกตามขนาดแผ่นเจลและระยะเวลาในการแช่น้ำต้มเดือด

ชนิดแผ่นเจล	ขนาดแผ่นเจล	ระยะเวลาที่แช่น้ำต้มเดือด	อุณหภูมิของแผ่นเจล (° C)			อุณหภูมิของแผ่นเจลหลังห่อหุ้มด้วยผ้าชุบน้ำต้มเดือดเมื่อวางทิ้งไว้ในระยะเวลาที่แตกต่างกัน (° C)					
			ก่อนแช่น้ำต้มเดือด	หลังแช่น้ำต้มเดือด	หลังห่อหุ้มด้วยผ้าชุบน้ำต้มเดือด	5 นาที	10 นาที	15 นาที	20 นาที	25 นาที	30 นาที
แผ่นเจลประดึษฐ์	3 กรัม	5 นาที	28.2	65.5	53.1	44.3	41.4	39.6	38.2	36.6	35.8
		10 นาที	28.7	72.2	61.1	50.6	44.5	40.9	40.1	38.9	37.6
	4 กรัม	5 นาที	28.4	71.8	58.4	48.3	45.5	42.6	41.6	37.8	36.9
		10 นาที	28.8	73.7	62.5	50.7	47.2	44.5	42.3	40.1	38.6
แผ่นเจลมาตรฐาน	เล็ก (10 x 10 cm)	5 นาที	27.8	71.3	54.2	45.8	43.1	41.0	40.7	37.7	36.7
		10 นาที	26.6	72.2	56.9	50.8	46.2	45.3	41.1	39.7	38.3
	ใหญ่ (10 x 20 cm)	5 นาที	27.5	65.1	52.7	52.2	51.1	46.6	45.6	40.2	39.1
		10 นาที	28.5	69.2	55.6	51.5	46.9	48.7	42.4	40.4	39.4

5. การทดสอบประสิทธิภาพของแผ่นเจลเมื่อนำมาประคบบนเนื้อเยื่อของอาสาสมัคร พบว่าการประคบเนื้อเยื่อด้วยลูกประคบแผ่นเจลประดึษฐ์ขนาด 4 กรัมทำให้อุณหภูมิของเนื้อเยื่อเพิ่มขึ้นเร็วกว่าขนาด 3 กรัม โดยมีอุณหภูมิสูงสุด ณ นาทีที่ 1 หลังได้รับการประคบ และตลอดระยะเวลาที่ประคบนาน 20 นาที อุณหภูมิของเนื้อเยื่ออยู่ในระดับของการบำบัดที่ 38-40 องศาเซลเซียส ส่วนแผ่นเจลประดึษฐ์ขนาด 3 กรัม มีผลทำให้อุณหภูมิของเนื้อเยื่อเพิ่มขึ้นช้า โดยอุณหภูมิเพิ่มสูงสุด ณ นาทีที่ 10 หลังได้รับการประคบ คือ 38.4 องศาเซลเซียส แต่ ณ นาที

ที่ 15 อุณหภูมิลดลงมาที่ 37.8 องศาเซลเซียส ซึ่งต่ำกว่าระดับของการบำบัด (38-45 องศาเซลเซียส) ดังแสดงในตารางที่ 4 สรุปได้ว่าลูกประคบแผ่นเจลประดึษฐ์จากเส้นใยโพลิเมอร์สังเคราะห์ขนาด 4 กรัม มีความเหมาะสมสำหรับการนำมาใช้ประคบร้อน โดยมีผลทำให้อุณหภูมิของเนื้อเยื่อเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับของการบำบัดคือ 38-40 องศาเซลเซียส ตลอดระยะเวลาที่ทำการประคบนาน 20 นาที ดังแสดงในตารางที่ 4 และไม่พบการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อบริเวณที่ได้รับการประคบของอาสาสมัคร

ตารางที่ 4 อุณหภูมิของเนื้อเยื่อของอาสาสมัคร ก่อนและหลังได้รับการประคบด้วยลูกประคบ
แผ่นเจลประคบร้อนขนาด 3 กรัม และขนาด 4 กรัม

ขนาด แผ่นเจล	อุณหภูมิของเนื้อเยื่อ ก่อนได้รับการประคบ (° C)	อุณหภูมิของเนื้อเยื่อหลังได้รับการประคบ ณ เวลาต่างๆ (° C)				
		นาทิตี่ 1	นาทิตี่ 5	นาทิตี่ 10	นาทิตี่ 15	นาทิตี่ 20
3 กรัม	34.9	36.7	38.3	38.4	37.9	37.2
4 กรัม	36.0	40.0	39.2	38.9	38.0	38.1

6. ประสิทธิภาพในการนำมาใช้ประคบร้อนของแผ่นเจลประคบร้อน พบว่าแผ่นเจลประคบร้อนสามารถนำมาใช้งานได้ถึง 9 ครั้ง โดยยังคงมีความสามารถในการเก็บกักอุณหภูมิในระดับของการบำบัด และไม่มีรอยฉีกขาดหรือรอยร้าว เมื่อคำนวณค่าใช้จ่ายต่อครั้งในการใช้แผ่นเจลประคบร้อน พบว่ามีต้นทุนเป็นค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับทารกขนาดเล็ก 1 แผ่น ราคา 8 บาท ซึ่งสามารถนำมาตัดแบ่งเพื่อประคบร้อนแผ่นเจลขนาด 4 กรัม ได้ทั้งสิ้น 7 แผ่น เฉลี่ยต้นทุนวัสดุผ้าอ้อม แผ่นเจลละ 1.15 บาท ค่าถุงพลาสติกใสแบบร้อนที่บรรจุแผ่นเจล ราคาใบละ 5 สตางค์ ดังนั้น ต้นทุนการผลิตแผ่นเจลขนาด 4 กรัม เท่ากับแผ่นละ 1.20 บาท โดยแผ่นเจลขนาด 4 กรัม 1 แผ่นสามารถนำมาใช้งานในการประคบร้อนได้ 9 ครั้ง เฉลี่ยงบประมาณในการใช้แผ่นเจลประคบร้อนสำหรับการประคบร้อนต่อครั้งคือ ประมาณ 13 สตางค์ ทั้งนี้ ราคาต้นทุนการผลิตไม่รวมค่าตัวถัง เครื่องปิดผนึกพลาสติก และกระดิกน้ำร้อน

การอภิปรายผลการวิจัย

การประคบร้อนแผ่นเจลจากเส้นใยโพลีเมอร์สังเคราะห์ในผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับทารกในครั้งนี้ ทำให้ได้แผ่นเจลประคบที่มีประสิทธิภาพในการเก็บกักอุณหภูมิ มีระยะเวลาในการเก็บกักอุณหภูมิให้อยู่ในระดับของการบำบัด และสามารถให้ความร้อนต่อเนื่องในระดับของการบำบัดอย่างต่อเนื่องนาน 20 นาที เทียบเท่ากับแผ่นเจลมาตรฐานที่มีใช้ในสถานบริการสุขภาพ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าเส้นใยโพลีเมอร์สังเคราะห์ในผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับทารกที่เลือกมานี้ เป็นเส้นใยโพลีเมอร์สังเคราะห์แบบเดียวกับ

ที่ใช้ในการผลิตแผ่นเจลมาตรฐาน ได้รับการรับรองว่ามีความปลอดภัยเมื่อนำมาใช้กับเนื้อเยื่อของมนุษย์ มีคุณสมบัติในการดูดซับน้ำอย่างยั่งยืน ได้ 70-200 เท่า โดยทำหน้าที่คล้ายฟองน้ำในการดูดซับ และเปลี่ยนสภาพของของเหลวให้อยู่ในรูปของเจล (Shanmugasundaram & Mahendra Gowda, 2010; Kabiri et al., 2011) จึงเป็นวัสดุที่มีความเหมาะสมในการนำมาประคบร้อนแผ่นเจล เนื่องจากหาง่าย ราคาไม่แพง ส่วนความสามารถและระยะเวลาในการเก็บกักอุณหภูมินั้น เป็นคุณสมบัติความหนืดของเจลที่มีผลทำให้เจลสามารถเก็บกักอุณหภูมิได้ดีกว่าน้ำ (Joy & Hsu, 2009) และจากการทดลองพบว่ายังขึ้นอยู่กับสัดส่วนระหว่างเส้นใยโพลีเมอร์สังเคราะห์กับน้ำ รวมถึงคุณสมบัติความบริสุทธิ์ของน้ำที่นำมาผสม ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้สัดส่วนของเส้นใยโพลีเมอร์สังเคราะห์หนัก 1 กรัม ต่อน้ำบริสุทธิ์ 60 มิลลิลิตร ซึ่งช่วยให้แผ่นเจลที่ประคบร้อนขึ้นมีความสามารถในการเก็บกักอุณหภูมิและระยะเวลาในการเก็บกักอุณหภูมิให้อยู่ในระดับของการบำบัด จึงส่งผลให้เนื้อเยื่อที่ได้รับการประคบมีอุณหภูมิในระดับของการบำบัดได้นานถึง 20 นาที ซึ่งเป็นระยะเวลาในการบำบัดด้วยความร้อนที่เหมาะสม (Nurcan & Karadag, 2015) ทั้งนี้ ได้มีการนำแผ่นเจลที่ประคบร้อนขึ้นไปทดลองใช้ในการประคบเย็นและประคบร้อน เพื่อส่งเสริมสุขภาพและบำบัดทางการแพทย์ในกลุ่มมารดาหลังคลอดแล้ว ดังเช่นมีการนำไปใช้ประคบเย็นบริเวณฝีเย็บ เพื่อลดอาการปวดแผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอด พบว่าแผ่นเจลที่ประคบร้อนขึ้นนี้สามารถเก็บกักอุณหภูมิและมีระยะเวลาในการเก็บกักความเย็นได้ในระดับของการบำบัด (นริชชญา หาดแก้ว

และปราณี ชีโรโสณ, 2558) ส่วนการศึกษาของนิตยา พันธุ์งาม, ปราณี ชีโรโสณ, และสุพรรณิ อึ้งปัญญสังข์ (2559) นำมาใช้ประคบร้อนบริเวณเต้านม เพื่อส่งเสริมการหลั่งของน้ำนมในมารดาหลังคลอดครั้งแรก พบว่าแผ่นเจลสามารถเก็บกักอุณหภูมิและมีระยะเวลาในการเก็บกักอุณหภูมิให้อยู่ในระดับของการบำบัดได้ดี

นอกจากนี้ แผ่นเจลที่ประดิษฐ์ขึ้นนี้ยังมีความปลอดภัยไม่ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อบริเวณที่ได้รับ การประคบ ทั้งนี้ เนื่องจากเส้นใยโพลิเมอร์สังเคราะห์ใน ผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับทารกที่นำมาใช้ในการประดิษฐ์ แผ่นเจลประคบ เป็นเส้นใยโพลิเมอร์ที่ได้รับการรับรองว่ามีความปลอดภัยเมื่อนำมาใช้กับผิวหนังของมนุษย์ (Kabiri et al., 2011; Dey, Helmes, White, & Zhou, 2014) โดยการศึกษาของนริชชญา หาดแก้ว และปราณี ชีโรโสณ (2558) และการศึกษาของนิตยา พันธุ์งาม และคณะ (2559) ที่มีการนำแผ่นเจลที่ประดิษฐ์ขึ้นไปใช้ประคบแผลฝีเย็บ และเต้านมในมารดาหลังคลอดตามลำดับ ไม่พบการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อบริเวณที่ได้รับการประคบ

สำหรับต้นทุนการผลิตแผ่นเจลประคบ พบว่ามี ต้นทุนการผลิตเฉลี่ยแผ่นละ 1.20 บาท โดยมีต้นทุนในการนำมาใช้เฉลี่ยครั้งละ 13 สตางค์ เนื่องจากแผ่นผ้าอ้อม สำเร็จรูปสำหรับทารกที่ใช้ในการประดิษฐ์มีราคาถูก ไม่ถึง 10 บาท และสามารถผลิตแผ่นเจลประคบได้ถึง 7 แผ่น จึงทำให้มีต้นทุนการผลิตต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่าวัสดุที่ใช้ เป็นวัสดุที่หาได้ง่าย มีขายทั่วไป อีกทั้งขั้นตอนการผลิต ไม่ยุ่งยาก จึงสามารถประดิษฐ์ขึ้นใช้ได้เองตามจำนวนที่ ต้องการใช้ในสถานบริการสุขภาพ โดยนวัตกรรมชิ้นนี้ ได้รับการจดอนุสิทธิบัตรการประดิษฐ์ “ถุงเจลโพลิเมอร์ สำหรับการประคบ” เลขที่ 1403000586 ออกให้วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2558 ซึ่งผลงานการประดิษฐ์นี้สามารถ นำมาประยุกต์ใช้ในงานส่งเสริมสุขภาพและการบำบัดทาง การพยาบาลด้วยการประคบร้อนและประคบเย็น อีกทั้ง ยังสามารถเป็นต้นแบบในการประดิษฐ์วัสดุประคบใน เชิงอุตสาหกรรมได้ต่อไป

ผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นผลการวิจัยที่ทำการทดลอง ที่อุณหภูมิห้อง 26-27 องศาเซลเซียส และทำการทดลอง กับอาสาสมัครเพศหญิงที่ไม่มีความผิดปกติในการรับ สัมผัสความร้อนบริเวณผิวหนังที่ประคบ ดังนั้น การนำ แผ่นเจลประดิษฐ์ไปใช้ในสิ่งแวดล้อมที่มีอุณหภูมิสูงหรือ ต่ำกว่านี้ อาจให้ผลลัพธ์ที่แตกต่างกันได้ ทั้งในเรื่องระยะเวลา การเตรียมแผ่นเจลให้มีอุณหภูมิในระดับของการบำบัด และระยะเวลาในการเก็บกักอุณหภูมิของแผ่นเจลหลัง การแช่ในน้ำต้มเดือด อีกทั้งควรมีความระมัดระวังในการนำ ไปใช้ประคบบริเวณเนื้อเยื่อของกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่าง จากอาสาสมัครที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สถานบริการสุขภาพที่มีข้อจำกัดของงบประมาณ ในการจัดหาและจัดซื้อแผ่นเจลมาตรฐาน ซึ่งทำให้มีข้อจำกัด ในการใช้ศาสตร์การประคบที่มีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัยสูง สามารถนำแผ่นเจลประดิษฐ์ที่พัฒนา ขึ้นนี้ไปประยุกต์ใช้ในการประคบเพื่อส่งเสริมสุขภาพและ บำบัดทางการแพทย์ให้แพร่หลายยิ่งขึ้น เนื่องจากเป็น วัสดุที่หาได้ง่าย ขั้นตอนการผลิตไม่ยุ่งยาก ต้นทุนต่ำ และไม่ก่อให้เกิดการระคายเคือง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาหาวัสดุที่ใช้ทำถุงห่อหุ้มแผ่นเจล ให้มีความเหนียวและทนต่อการแช่ในน้ำต้มเดือด เพื่อให้ สามารถใช้งานได้มากกว่า 9 ครั้ง แต่ทั้งนี้อาจเป็นการเพิ่มต้นทุน การผลิต และจะต้องคำนึงถึงความสามารถในการเก็บกัก อุณหภูมิและระยะเวลาในการเก็บกักอุณหภูมิให้อยู่ในระดับ ของการบำบัดด้วย

2.2 ควรพัฒนารูปลักษณ์ของเนื้อเจลให้มีสีอื่น ๆ นอกเหนือจากสีขาวใสได้จากการประดิษฐ์ในครั้งนี้ เพื่อเพิ่ม ความน่าใช้ โดยคงความสามารถในการเก็บกักอุณหภูมิและ ระยะเวลาในการเก็บกักอุณหภูมิให้อยู่ในระดับของการบำบัด

2.3 ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้แผ่นเจลที่ประดิษฐ์ขึ้นนี้กับแผ่นเจลมาตรฐานในการประคบร้อนและประคบเย็น เพื่อยืนยันประสิทธิผลของแผ่นเจลที่ประดิษฐ์ขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณกองทุนวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

นริชชญา หาดแก้ว, และปราณี ชีโรโสภณ. (2558). ผลของการประคบเย็นด้วยแผ่นเจลโพลิเมอร์ต่อความเจ็บปวดแผลฝีเย็บหลังคลอด. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 26 (เพิ่มเติม 1), 1-13.

นิตยา พันธงาม, ปราณี ชีโรโสภณ, และสุพรรณิ อึ้งปัญญสังข์. (2559). ผลของการประคบเต้านมด้วยลูกประคบเจลโพลิเมอร์แบบอุ่นขึ้นต่อระยะเวลาการหลั่งน้ำนมครั้งแรกในมารดาหลังคลอดครั้งแรก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 27(1), 28-38.

Amir, L. H., Jones, L. E., & Buck, M. L. (2015). Nipple pain associated with breastfeeding: Incorporating current neurophysiology into clinical reasoning [online]. *Australian Family Physician*, 44(3), 127-132. Retrieved January 16, 2016, from <http://search.informit.com.au/documentSummary;dn=977141461891470;res=IELHEA> ISSN: 0300-8495

Chandler, A., Preece, J., & Lister, S. (2002). Using heat therapy for pain management. *Nursing Standard*, 17(9), 40-42.

Dey, S., Helmes, C. T., White, J. C., & Zhou, S. (2014). Safety of disposable diaper materials: Extensive evaluations validate use. *Clinical Pediatrics*, 53(suppl. 9), s17-s19.

Dube, J. (2013). Effect of application of ice on episiotomy. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 3(4), 207-210.

Joy, M. C., & Hsu, W.-N. (2009). *Superabsorbent polymer having increased rate of water absorption* (United States Patent 7,615,579). Retrieved August 4, 2016, from <http://patents.com/us-7615579.html>

Kabiri, K., Omidian, H., Zohuriaan-Mehr, M. J., & Doroudiani, S. (2011). Superabsorbent hydrogel composites and nanocomposites: A review. *Polymer Composites*, 32(2), 277-289.

Kent, J. C., Prime, D. K., & Garbin, C. P. (2012). Principles for maintaining or increasing breast milk production. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(1), 114-121.

Mooventhana, A., & Nivethitha, L. (2014). Scientific evidence-based effects of hydrotherapy on various systems of the body. *North American Journal of Medical Sciences*, 6(5), 199-209.

Nurcan, Ç., & Karadag, M. (2015). *Superficial heat and cold applications in the treatment of knee osteoarthritis*. Retrieved January 16, 2016, from <http://dx.doi.org/10.5772/60534>

- Purwaningsih, A. A., Rahayu, H. S. E., & Wijayanti, K. (2015). Effectiveness of warm compress and cold compress to reduce laceration perineum pain on primiparous at Candimulyo Magelang 2015. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 3(suppl. 1), s24-s29.
- Shanmugasundaram, O. L., & Mahendra Gowda, R. V. (2010). Development and characterization of bamboo and organic cotton fibre blended baby diapers. *Indian Journal of Fibre & Textile Research*, 35(3), 201-205.
- Watkins, A. A., et al. (2014). Ice packs reduce postoperative midline incision pain and narcotic use: A randomized controlled trial. *Journal of the American College of Surgeons*, 219(3), 511-517.
- Zuppa, A. A., et al. (2010). Safety and efficacy of galactagogues: Substances that induce, maintain and increase breast milk production. *Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Sciences*, 13(2), 162-174.
-

แบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิง *

A Causal Model of Safe Sex Behaviors in Female Adolescents *

ชุติมา เกียนชัยกัศน์, ปส.ด. (การพยาบาล) **

Chutima Teanchaithut, Ph.D. (Nursing) **

เขมารดี มาสิงบุญ, D.S.N. (การพยาบาล) ***

Khemaradee Masingboon, D.S.N. (Nursing) ***

จินตนา วัชรสินธุ์, ปส.ด. (การพยาบาล) ****

Chintana Wacharasin, Ph.D. (Nursing) ****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ เพื่อพัฒนาและทดสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิง กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นหญิงที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์และกำลังศึกษาในวิทยาลัยอาชีวศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษาภาคใต้ที่ตั้งในเขตภาคตะวันตก เลือกโดยวิธีการสุ่มแบบหลายชั้น จำนวน 374 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบบประเมินที่มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .76-.94 และแบบวัดที่มีค่าความเชื่อมั่น .77 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และการวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้างเชิงเส้น

ผลการวิจัยพบว่าแบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิงมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในระดับดี ($\chi^2 / df = 1.890$, GFI = .95, AGFI = .92, CFI = .97, TLI = .95, RMR = .04, RMSEA = .05) ความตั้งใจในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และการแสวงหาความตื่นเต้นทางเพศมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลทางอ้อมได้แก่ การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การสื่อสารกับมารดาของวัยรุ่นหญิงเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ทักษะติดต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิงได้ร้อยละ 81 ($R^2 = .81$, $p < .001$) ตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดคือ ความตั้งใจในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ($\beta = .88$, $p < .001$) และเส้นทางอิทธิพลที่มีค่าอิทธิพลสูงสุดคือ ตัวแปรการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ซึ่งส่งผลทางอ้อมผ่านความตั้งใจในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ไปยังพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิง ($\beta = .36$, $p < .001$)

* ดุษฎีนิพนธ์หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** ดุษฎีบัณฑิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์ร่วม

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้นักเรียนหญิงที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ได้ทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนสนิท และส่งเสริมทัศนคติทางบวก รวมทั้งเพิ่มความมั่นใจและความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม นอกจากนี้ โรงเรียนควรมีกิจกรรมนอกหลักสูตรที่ส่งเสริมให้นักเรียนหญิงอาชีวศึกษามีศักยภาพในการควบคุมพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ร่วมกับความตั้งใจในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

คำสำคัญ : แบบจำลองเชิงสาเหตุ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย วัยรุ่นหญิง

Abstract

The purposes of this causal relationship research were to develop and test the causal relationship model of safe sex behaviors in female adolescents. The samples consisted of 374 female vocational students under the Office of the Vocational Education Commission in the western region of Thailand obtained by a multi-stage sampling technique. The research instruments used were questionnaire, the assessment forms with the reliability in range of .76-.94, and the scale with the reliability of .77. Data were collected from April to June, 2015. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, confirmatory factor analysis (CFA), and structural equation modeling (SEM).

The findings indicated that the causal model for safe sex behaviors in female adolescents was consistent with empirical data at a good level ($\chi^2 / df = 1.890$, GFI = .95, AGFI = .92, CFI = .97, TLI = .95, RMR = .04, RMSEA = .05). Safe sex intentions and sexual sensation seeking directly affected safe sex behaviors, whereas perceived social norms for safe sex behaviors, mother-daughter safe sex communication, attitude toward safe sex behaviors, and perceived safe sex behavioral control indirectly affected safe sex behaviors. All variables were able to jointly predict the safe sex behaviors of female adolescents by 81 percent ($R^2 = .81$, $p < .001$). The best predictor was safe sex intentions ($\beta = .88$, $p < .001$), and the most influential influence pathway was perceived safe sex behavioral control, which indirectly affected safe sex intentions, leading to safe sex behaviors in female adolescents ($\beta = .36$, $p < .001$).

This study suggested that nurses should promote participative activities between close friends, positive attitudes, and increased confidence and ability in controlling behaviors in female students with sexual experience. Additionally, schools should develop extracurricular activities that enhance female vocational students the potential in safe sex behavioral control in addition to safe sex intentions.

Keywords : Causal model, Safe sex behaviors, Female adolescents

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (acquired immune deficiency syndrome: AIDS) เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (human immunodeficiency virus) จากการรายงานสถานการณ์เอดส์ทั่วโลก ปี ค.ศ. 2012 โดย UNAIDS/ WHO พบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์รายใหม่เป็นเยาวชนอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 39 ในขณะที่ผู้หญิงมีการติดเชื้อถึงร้อยละ 47 ของผู้ติดเชื้อรายใหม่ (UNAIDS, 2013) สำหรับประเทศไทย จากการเฝ้าระวังพฤติกรรม การมีเพศสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี พบว่าวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-24 ปี มีการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัวในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา, 2554) และผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 70 เป็นเยาวชน โดยมีการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องระหว่างปี พ.ศ. 2548-2555 ซึ่งมีอัตราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.5 เป็นร้อยละ 0.9 โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในอัตราส่วน 2.2 : 1 โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุดในช่วงวัยรุ่นคือ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (วัชรพล สีนอ, 2556)

ปัจจุบันพบว่าวัยรุ่นหญิงมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของวัยรุ่นในประเทศไทย พบว่าวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคน มีการสลับแลกเปลี่ยนคู่นอน และมีคู่นอนที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้ มีวัยรุ่นเพียงร้อยละ 20-30 เท่านั้น ที่ใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอเมื่อมีเพศสัมพันธ์ โดยวัยรุ่นส่วนใหญ่เชื่อมั่นว่าตนเองไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จึงมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกัน โดยวัยรุ่นหญิงร้อยละ 66.70 รับรู้ว่าตนเองไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (วารุณี ฟองแก้ว และคณะ, 2549) และจากการสำรวจสภาวะการณเด็กและเยาวชนในปี 2554-2555 ของสถาบันรามจิตติ (2556) พบว่าเด็กและเยาวชนร้อยละ 21 ยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน โดยเฉพาะนักเรียนหญิงอาชีวศึกษาที่พบว่ายอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานถึงร้อยละ 24 ซึ่งสูงกว่านักเรียนกลุ่มอื่น

วัยรุ่นหญิงระดับอาชีวศึกษาเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการได้รับเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ เป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์มากที่สุด โดยมีแนวโน้มการใช้สารเสพติดและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (เฉวตสร นามวาท และสุปียา จันทรมณี, 2554) และจากการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มวัยรุ่นในเขตบริการสุขภาพภาคตะวันตก ข้อมูลการติดตามสถานการณ์เด็กและเยาวชนจังหวัดเพชรบุรี ปี 2551-2552 พบว่านักเรียนหญิงเคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 41.3 และยอมรับการอยู่ร่วมกันก่อนแต่งงานถึงร้อยละ 51.5 (กาญจนา บุญส่ง และคณะ, 2552) และจากการสำรวจล่าสุดพบว่าเยาวชนในเขตภาคตะวันตกมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกันอยู่ในช่วงร้อยละ 24.14-40 โดยส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคูรัก สาเหตุที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเนื่องจากคิดว่าปลอดภัย ร้อยละ 35.3 (เขตบริการสุขภาพที่ 5, 2557)

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิงได้แก่ ทักษะต่อการใช้อย่างอนามัย (Jenkins et al., 2002; Khumsaen & Gary, 2009) การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับเพศ (Powwattana, 2009) ทักษะระหว่างบุคคล โดยเฉพาะการเจรจาต่อรองเพื่อให้มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (Rasamimari, Dancy, Talashek, & Park, 2007) ความตั้งใจในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (Srisuriyawet, 2006, Rhodes, Stein, Fishbein, Goldstein, & Rotheram-Borus, 2007) การแสวงหาความท้าทายทางเพศ ซึ่งเป็นปัจจัยสาเหตุที่สำคัญของการมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (Coulter, 2007) อิทธิพลจากเพื่อน (ณฐาภ ระวังใจ, 2554) บรรทัดฐานทางสังคมต่อการใช้อย่างอนามัย (Wayuhuerd, Phancharoenworakul, Avant, Sinsuksai, & Vorapongsathorn, 2010) และการสื่อสารระหว่างวัยรุ่นหญิงกับมารดาเกี่ยวกับเพศ (ชลนิทรา แสงบุราณ, 2551; ทักษิณา เมืองใจ และธีรวรรณ ธีระพงษ์, 2555) ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในวัยรุ่นหญิงจึงควรต้องพิจารณาถึงความเชื่อมโยงในปัจจัยดังกล่าว

จากการทบทวนวรรณกรรมระหว่างปี พ.ศ. 2545-2557 พบว่าการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิงส่วนใหญ่เป็นการศึกษาพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยโดยรวม ซึ่งกล่าวถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ไว้รวมกัน หรือหากมีความเฉพาะเจาะจงก็จะเน้นเฉพาะเรื่องการใช้ถุงยางอนามัย (Khumsaen & Gary, 2009; Wayuhuerd et al., 2010) มีเพียงบางส่วนที่มุ่งศึกษาพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์ โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษารวมกันทั้งกลุ่มวัยรุ่นชายและหญิง (Thato, Charron-Prochownik, Dorn, Albrecht, & Stone, 2003; Rasamimari et al., 2007; Khumsaen & Gary, 2009) แต่ไม่พบการศึกษาเฉพาะในวัยรุ่นหญิง และไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่เจาะจงเฉพาะพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยที่มีวัตถุประสงค์เพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์

พฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิง เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคเอดส์ ประกอบด้วยการใช้ถุงยางอนามัย การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการสื่อสารกับคู่นอน (กันยารัตน์ กุญสุวรรณ, นำชัย สุภฤกษ์ชัยสกุล, อังคินันท์ อินทรกำแหง, และวิลาศลักษณ์ ขาววัลลี, 2556; DiIorio, Parsons, Lehr, Adame, & Carlone, 1992; Haque & Soonthorndhada, 2009) ซึ่งจะเห็นได้ว่าองค์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิงยังไม่เพียงพอที่จะทำความเข้าใจปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิง ส่วนใหญ่มีการศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ขาดความเชื่อมโยงปัจจัยที่หลากหลายที่ส่งผลของวัยรุ่นหญิง ขาดความจำเพาะในบริบทของผู้หญิง ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับสังคมและเชื่อมโยงกับวัฒนธรรมไทย การศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของวัยรุ่นหญิงที่มีประสพการณ์กรรมมีเพศสัมพันธ์ น่าจะช่วยให้สามารถอธิบายสาเหตุเห็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทยมากขึ้น โดยเฉพาะ

ในวัยรุ่นหญิงอาชีวศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา เขตภาคตะวันตก ซึ่งผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่ามีเพียงการศึกษาข้อมูลและการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเท่านั้น ไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่จะอธิบายปรากฏการณ์ดังกล่าวให้ชัดเจนขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (The Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (2006) มาเป็นแนวคิดพื้นฐานในการศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิง โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโมเดลร่วมกับตัวแปรที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิง ผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะนำไปสู่ความเข้าใจพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิงในสังคมไทยที่ชัดเจนขึ้น และเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

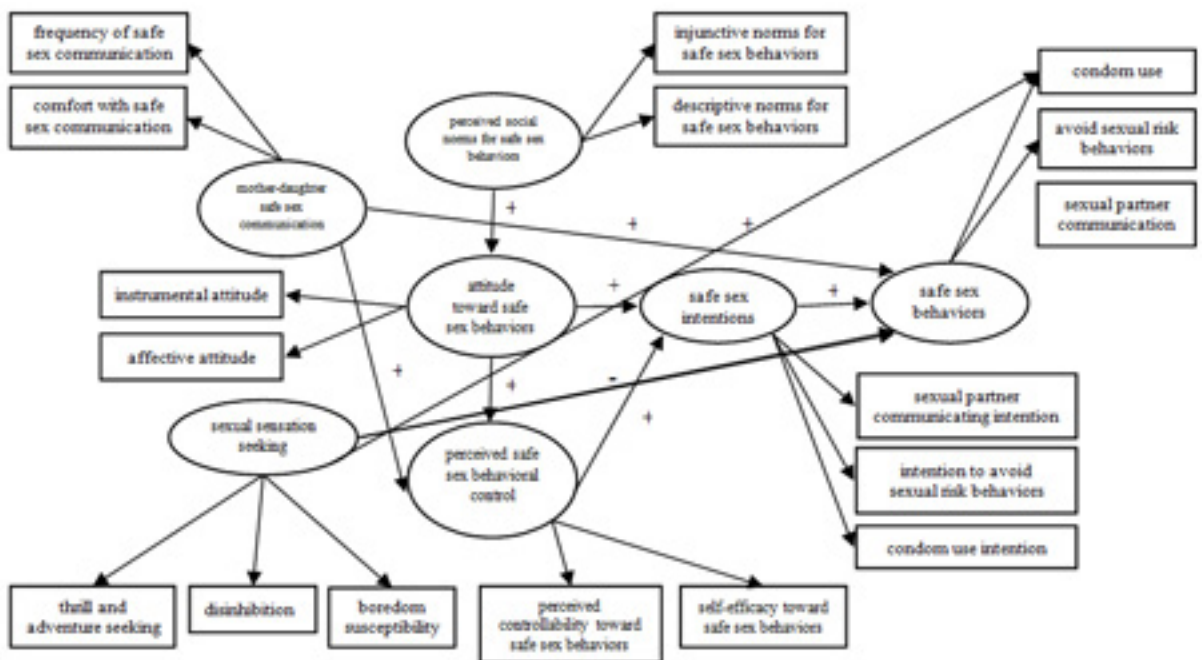
1. เพื่อพัฒนาแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิง
2. เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวมของทัศนคติต่อพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การสื่อสารกับมารดาของวัยรุ่นหญิงเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การแสวงหาความตื่นเต้นทางเพศ และความตั้งใจในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (The Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (2006) เป็นทฤษฎีพื้นฐานในการพัฒนาแบบจำลองร่วมกับ

ผลจากการทบทวนวรรณกรรม มาเป็นแนวทางในการอธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิง โดยมีปัจจัยหลักที่กำหนดพฤติกรรมคือ ความตั้งใจ (intention) โดยมีตัวกำหนดความตั้งใจ 3 ตัวแปร ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรม (attitude toward the behavior) บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง (subjective norm) และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (perceived behavioral control) และจากการทบทวน

วรรณกรรมพบว่าการแสวงหาความตื่นเต้นทางเพศ (sexual sensation seeking) และการสื่อสารระหว่างมารดากับวัยรุ่นหญิง (mother-daughter safe sex communication) เป็นปัจจัยสาเหตุที่สำคัญต่อการมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (Hutchinson, Jemmott, Jemmott, Braverman, & Fong, 2003; Coulter, 2007) ซึ่งสามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (causal relationship research) โดยการวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้างเชิงเส้น (structural equation modeling: SEM) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นวัยรุ่นหญิงที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์และกำลังศึกษาในวิทยาลัยอาชีวศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษาภาครัฐ ที่ตั้งในเขตภาคตะวันตก จำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ สุพรรณบุรี กาญจนบุรี นครปฐม ราชบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสาคร สมุทรสงคราม และเพชรบุรี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) เป็นวัยรุ่นหญิงที่กำลังศึกษา

ในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ และในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง 2) เป็นนักเรียนในระบบการศึกษาปกติที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2558 3) มีอายุอยู่ในช่วง 15-19 ปี 4) มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์กับเพศชายในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ของ Hair, Black, Babin, Anderson, and Tatham (2006) ที่ว่าในการวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้างเชิงเส้นควรมีก่อนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 300 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้น ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 374 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและดัดแปลงจากเครื่องมือวิจัยของผู้อื่น รวมทั้งสิ้น 8 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นหญิง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสของบิดามารดา บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย และลักษณะที่พักอาศัย จำนวน 5 ข้อ และส่วนที่ 2 พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นหญิง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งแรก จำนวนผู้ชายที่เคยมีเพศสัมพันธ์ด้วยทั้งหมด และจำนวนผู้ชายที่เคยมีเพศสัมพันธ์ด้วยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินการสื่อสารกับมารดา เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการสื่อสารของบุตรสาวกับมารดาเกี่ยวกับความเสี่ยงทางเพศ ของรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรณา หอมสินธุ์ (2557) ซึ่งดัดแปลงจากแบบวัด The Parent-teen Sexual Risk Communication Scale ของ Hutchinson and Wood (2007) ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ ด้านความถี่ในการสื่อสาร จำนวน 10 ข้อ และด้านความสะดวกใจในการพูดคุยกับมารดาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย จำนวน 10 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .94 โดยด้านความถี่ในการสื่อสารมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน

1-5 ตั้งแต่ไม่เคยเลย จนถึงทำเป็นประจำ เกณฑ์การแปลความหมาย คะแนนเฉลี่ยต่ำ หมายถึง มีความถี่ในการสื่อสารน้อย และคะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง มีความถี่ในการสื่อสารมาก ส่วนด้านความสะดวกใจในการพูดคุยกับมารดา เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ตั้งแต่ไม่สะดวกใจเลย จนถึงสะดวกใจมาก เกณฑ์การแปลความหมาย คะแนนเฉลี่ยต่ำ หมายถึง มีความสะดวกใจในการพูดคุยน้อย และคะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง มีความสะดวกใจในการพูดคุยมาก

ชุดที่ 3 แบบประเมินการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความมั่นใจของวัยรุ่นหญิงในการที่จะมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย จำนวน 10 ข้อ และส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองให้มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย จำนวน 10 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .85 โดยแบบสอบถามความมั่นใจของวัยรุ่นหญิงในการที่จะมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดความเสี่ยงของโรคเอดส์ ของกันยารัตน์ กุญสุวรรณ และคณะ (2556) ซึ่งแปลและดัดแปลงจากแบบวัด Sexual Risk Behavior Beliefs and Self-efficacy Scales ของ Barsen-Enquist et al. (1996 cited in Fisher, Davis, Yarber, & Davis, 2011) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ ด้านการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และด้านการสื่อสารกับคู่นอน มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 6 ระดับ จากคะแนน 1-6 ตั้งแต่ไม่มั่นใจเลย จนถึงมั่นใจมาก เกณฑ์การแปลความหมาย คะแนนเฉลี่ยต่ำ หมายถึง มีความมั่นใจต่ำ และคะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง มีความมั่นใจสูง ส่วนแบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองให้มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิด The Theory of Planned Behavior ของ Ajzen (2006) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ด้านการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และด้านการสื่อสาร

กับกลุ่มอื่น มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลความหมาย คะแนนเฉลี่ยต่ำ หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมต่ำ และคะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมสูง

ชุดที่ 4 แบบประเมินความตั้งใจในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิด The Theory of Planned Behavior ของ Ajzen (2006) ร่วมกับแนวคิดการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของ DiIorio et al. (1992) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ด้านความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และด้านความตั้งใจในการสื่อสารกับคู่สนทนา รวมจำนวนทั้งสิ้น 13 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .89 มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ตั้งแต่ไม่เป็นจริงอย่างยิ่ง จนถึงเป็นจริงอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลความหมาย คะแนนเฉลี่ยต่ำ หมายถึง มีความตั้งใจในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยน้อย และคะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง มีความตั้งใจในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยมาก

ชุดที่ 5 แบบประเมินทัศนคติต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดทัศนคติต่อการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ของเจตจันทร์ ล้วนนครจิน (2551) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิด The Theory of Planned Behavior ของ Ajzen (2006) ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ ทัศนคติด้านความรู้สึก และทัศนคติด้านคุณค่า รวมจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .76 มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลความหมาย คะแนนเฉลี่ยต่ำ หมายถึง มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และคะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง มีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

ชุดที่ 6 แบบประเมินการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิด The Theory of Planned Behavior ของ

Ajzen (2006) ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ความคิดของบุคคลสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และด้านการรับรู้การกระทำของเพื่อนสนิทในการมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย รวมจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .86 มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลความหมาย คะแนนเฉลี่ยต่ำ หมายถึง มีการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยน้อย และคะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง มีการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยมาก

ชุดที่ 7 แบบวัดการแสวงหาความตื่นเต้นทางเพศ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดการแสวงหาความท้าทายทางเพศของกันยารัตน์ กุญสุวรรณ และคณะ (2556) ซึ่งพัฒนาจากแบบวัดการแสวงหาความท้าทายทางเพศของ Kalichman et al. (1995 cited in Kalichman, Simbayi, Jooste, Cain, & Cherry, 2006) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการแสวงหาความท้าทายของ Zuckerman (1994) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการแสวงหาความตื่นเต้นเร้าใจและการผจญภัย ด้านการไม่ยับยั้งชั่งใจ และด้านความรู้สึกเบื่อหน่ายง่าย รวมจำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .77 มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 6 ระดับ จากคะแนน 1-6 ตั้งแต่น้อยที่สุด จนถึงมากที่สุด เกณฑ์การแปลความหมาย คะแนนเฉลี่ยต่ำ หมายถึง มีการแสวงหาความตื่นเต้นทางเพศน้อย และคะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง มีการแสวงหาความตื่นเต้นทางเพศมาก

ชุดที่ 8 แบบประเมินพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยจากโรคเอดส์ ของกันยารัตน์ กุญสุวรรณ และคณะ (2556) ซึ่งแปลและดัดแปลงจากแบบวัดการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (Safer Sex Behavior Questionnaire: SSBQ) ของ DiIorio et al. (1992) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ ด้านการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และด้านการสื่อสารกับคู่สนทนา รวมจำนวนทั้งสิ้น 11 ข้อ

มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .80 มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 6 ระดับ จากคะแนน 1-6 ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติเลย จนถึงปฏิบัติทุกครั้ง เกณฑ์การแปลความหมาย คะแนนเฉลี่ยต่ำ หมายถึง มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยน้อย และคะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยมาก

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และทดสอบความตรงเชิงประจักษ์ โดยวิธีหาค่าเฉลี่ยที่ควรมีประสิทธิภาพการมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 10 คน ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับวัยรุ่นหญิงที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค โดยพิจารณาจากค่า Cronbach's alpha coefficient ตั้งแต่ .70 ขึ้นไป (Burns & Grove, 2009)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพหุวิธีวิธี โดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลไม่มีการระบุชื่อตัวบุคคล และชื่อสถาบันการศึกษา ซึ่งข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม กรณีกลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำกว่า 18 ปี จะให้ผู้ปกครองลงนามแทน จากนั้นแจกแบบสอบถาม แบบประเมิน และแบบวัดให้กลุ่มตัวอย่างทำ ใช้เวลาทั้งสิ้น 30-45 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูล พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์องค์ประกอบและการวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้างเชิงเส้น จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์แบบจำลองการวัด โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis: CFA)

และการวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้างเชิงเส้น (structural equation modeling: SEM)

ผลการวิจัย

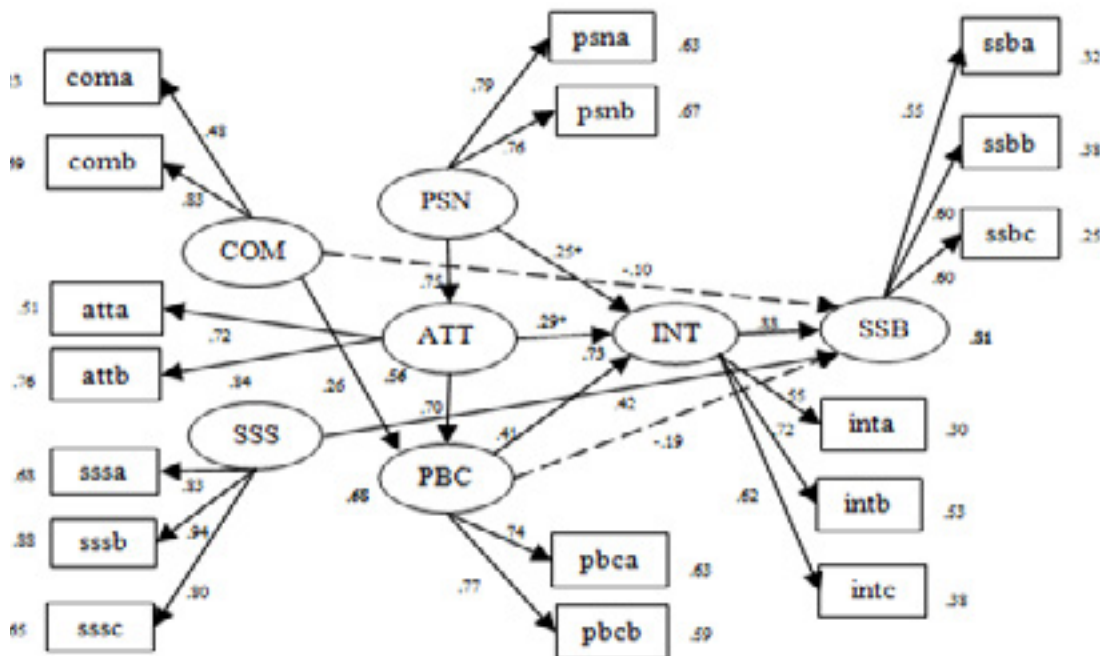
1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีอายุ 16 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.20 โดยมีอายุเฉลี่ย 16.82 ปี ($SD = 1.29$) กำลังศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นสูง ชั้นปีที่ 1 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.20 สถานภาพสมรสของบิดามารดาคือ คู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57 ประมาณครั้งหนึ่งพักอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา คิดเป็นร้อยละ 53.20 และส่วนใหญ่พักอาศัยที่บ้านของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 88

2. พฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.10 โดยมีอายุเฉลี่ย 15.78 ปี ($SD = 1.27$) มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยที่สุดคือ 13 ปี คิดเป็นร้อยละ 2.90 บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งแรกส่วนใหญ่คือ แฟน/คนรัก คิดเป็นร้อยละ 96 จำนวนผู้ชายที่เคยมีเพศสัมพันธ์ด้วยทั้งหมดคือ 1 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58 และจำนวนผู้ชายที่เคยมีเพศสัมพันธ์ด้วยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่คือ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 93.30

3. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝง พบว่าแบบจำลองการวัดของตัวแปรแฝงทุกตัวมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ตัวแปรแฝงเกิดทุกตัวเป็นองค์ประกอบของตัวแปรแฝงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยการไม่ยับยั้งจิตใจ (sssb) เป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการแสวงหาความตื่นเต้นทางเพศ (SSS) มากที่สุด ($\beta = .94$) ความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (intb) เป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (INT) มากที่สุด ($\beta = .73$) และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (ssbb) เป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (SSB) มากที่สุด ($\beta = .60$) ดังแสดงในแผนภาพที่ 2

4. แบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิง มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในระดับดี ($\chi^2 / df = 1.890$, GFI = .95, AGFI = .92, CFI = .97, TLI = .95, RMR = .04, RMSEA = .05) ตัวแปรแฝงในแบบจำลองได้แก่ การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (PSN) การสื่อสารกับมารดาของวัยรุ่นหญิงเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (COM) การแสวงหาความตื่นเต้นทางเพศ (SSS) ทักษะคิดต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (ATT) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (PBC) และความตั้งใจในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (INT) ทุกตัวแปรส่งผลต่อ

พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิง (SSB) โดยตัวแปรแฝงทั้งหมดในแบบจำลองสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิงได้ร้อยละ 81 ($R^2 = .81$, $p < .001$) ตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดคือ ความตั้งใจในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ($\beta = .88$, $p < .001$) และเส้นทางอิทธิพลที่มีค่าอิทธิพลสูงสุดคือ ตัวแปรการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ส่งผลทางอ้อมผ่านความตั้งใจในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ไปยังพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิง ($\beta = .36$, $p < .001$) ดังแสดงในแผนภาพที่ 2 และตารางที่ 1



$\chi^2 / df = 1.890$, GFI = .95, AGFI = .92, CFI = .97, TLI = .95, RMR = .04, RMSEA = .05

แผนภาพที่ 2 แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิง หลังปรับแบบจำลอง

ตารางที่ 1 ค่าอิทธิพลแบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิง

ตัวแปรสาเหตุ	ATT			PBC			INT			SSB		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
PSN	.75**	-	.75**	-	-	-	.25*	.46*	.71*	-	.62*	.62*
COM	-	-	-	.26**	-	.26**	-	-	-	-	.09**	.09**
SSS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-.42**	-	.42**
ATT	-	-	-	.81**	-	.81**	.29*	.33**	.62*	-	.54*	.54*
PBC	-	-	-	-	-	-	.41**	-	.41**	-	.36**	.36**
INT	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.88**	-	.88**

χ^2 /df = 1.890, GFI = .95, AGFI = .92, CFI = .97, TLI = .95, RMR = .04, RMSEA = .05

สมการโครงสร้างตัวแปร	ATT	PBC	INT	SSB
R-Square	.56	.68	.73	.81

* $p < .05$, ** $p < .001$ DE = อิทธิพลทางตรง IE = อิทธิพลทางอ้อม TE = ผลรวมอิทธิพล

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิง สามารถอธิบายได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ 15 ปี โดยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยที่สุดคือ 13 ปี และพบว่าส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟน/คนรัก เนื่องจากวัยรุ่นหญิงเป็นช่วงที่มีพัฒนาการทางร่างกายเจริญเต็มที่ มีความอยากรู้อยากเห็นในเรื่องเพศ จึงอาจถูกชักจูงให้มีเพศสัมพันธ์ได้ง่าย อิทธิพลของฮอโมนเพศจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ ทำให้อยากรู้อยากเห็นในเรื่องเพศสูงขึ้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิลักษณ์ ตั้งกุลบริบูรณ์, พัทธวิไล ศรีแสง, ศุภวัฒน์การ วงศ์ชนวสุ, สุดาวดี ศรีสุดตา, และพร้อมจิต ห่อนบุญเหิม (2548) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการสังเคราะห์องค์ความรู้ด้านการอบรมเลี้ยงดูและการพัฒนาทักษะชีวิตเด็กนักเรียนและวัยรุ่นเกี่ยวกับการพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและสารเสพติด พบว่าวัยรุ่นมองการคบเพื่อนต่างเพศเป็นเรื่องปกติ และให้การยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน การมีพฤติกรรมการมี

เพศสัมพันธ์กับคนรัก แฟน หรือเพื่อนสนิท มีแนวโน้มสูงขึ้น

เมื่อพิจารณาตามสมมติฐานการวิจัย จากผลการวิจัยที่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่าการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เนื่องจากการรับรู้ต่อความคาดหวังของสังคม การยอมรับ และการรับรู้การกระทำของบุคคลในสังคมเป็นเสมือนแรงกดดันทางสังคมที่ส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมของบุคคล (Ajzen, 2005) โดยเฉพาะบุคคลที่มีความสำคัญต่อวัยรุ่นหญิง ได้แก่ คู่รัก เพื่อน บิดา มารดา และครู (Kenyon, Sieving, Jerstad, Pettingell, & Skay, 2010) ซึ่งบรรทัดฐานในกลุ่มเพื่อนเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิง (โสพิน โตธิรกุล, 2553) และทำนายความตั้งใจในการมีเพศสัมพันธ์ ($\beta = -.51, p < .05$) (Doswell, Kim, Braxter, Taylor, Kitutu, & Hsu, 2003) การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมโดยเฉพาะเพื่อนจึงส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในวัยรุ่นหญิง

การแสวงหาความตื่นเต้นทางเพศ มีอิทธิพลทางตรงด้านลบต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่

ปลอดภัย เนื่องจากวัยรุ่นมีลักษณะที่ชอบความเสี่ยง ทำหาย และความแปลกใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา เช่น การศึกษาในทหารเกณฑ์ ที่พบว่า การแสวงหาความท้าทายทางเพศเป็นปัจจัยสาเหตุที่สำคัญของการมีพฤติกรรม การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (กันยารัตน์ ฤๅสุวรรณ และคณะ, 2556) เช่นเดียวกับผลการศึกษาที่พบว่าวัยรุ่นหญิงที่มีการแสวงหาความท้าทายทางเพศต่ำจะมีการใช้ถุงยางอนามัยสูง ($\beta = .70, p < .01$) และผู้ที่มีความมั่นใจสูง ในการต่อรองกับคู่นอนและมีระดับการแสวงหาความท้าทายทางเพศต่ำ มีความสัมพันธ์กับจำนวนคู่นอนจำนวนน้อย ($\beta = .54, p < .05$) (Ritchwood, Penn, DiClemente, Rose, & Sales, 2014)

การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ที่ปลอดภัย มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ที่ปลอดภัย อธิบายได้ว่าการควบคุมตนเองเป็นกระบวนการ ภายในของบุคคลในการป้องกันและยับยั้งการกระทำ ดังนั้น ผลของการควบคุมตนเองจึงเป็นตัวบ่งบอกการกระทำที่อยู่ ภายในบุคคล จากผลการวิจัยแม้ว่าจะไม่มีอิทธิพลทางตรง แต่พบว่ามีอิทธิพลทางอ้อม สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณศิริ ปิ่นทอง (2549) และการศึกษาของกุสุมาวดี ดีองแก้ว (2549) ที่พบว่าปัจจัยการควบคุมตนเองมีความสัมพันธ์ และสามารถร่วมกับปัจจัยอื่นๆ ในการทำนายพฤติกรรม ทางเพศของวัยรุ่น และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ของสตรีวัยรุ่น โดยการรับรู้ ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ กับความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม ($r = .67, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Koniak-Griffin and Stein (2006) ที่พบว่าความสามารถของตนเองและการรับรู้ การควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจ ในการใช้ถุงยางอนามัย ($r = .51, p < .001$; $r = .46, p < .001$) เช่นเดียวกับการรับรู้การควบคุม ก็สามารถทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยรุ่นหญิง ได้เช่นกัน ($\beta = .29, p < .01$) (Cha, Kim, & Patrick, 2008)

ทัศนคติต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่

ปลอดภัย ซึ่งทัศนคติเป็นการประเมินการกระทำ ถ้าบุคคล มีความเชื่อว่าการทำพฤติกรรมแล้วจะได้รับผลทางบวก ก็จะมีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมนั้น สอดคล้องกับการศึกษา ที่ผ่านมาที่พบว่าทัศนคติต่อพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและความตั้งใจ ในการกระทำพฤติกรรม (Sheeran & Abraham, 2003; Villarruel, Jemmott, Jemmott, & Ronis, 2004) ทัศนคติทางบวกต่อการมีคู่นอนหลายคนก็เป็นปัจจัยเสี่ยง ที่สำคัญต่อการมีคู่นอนหลายคนของวัยรุ่นหญิง (Yan et al., 2009) และทัศนคติต่อการใช้ถุงยางอนามัยยังสามารถ ทำนายการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในเพศหญิงอีกด้วย ($\beta = .44, p < .001$) (Cha et al., 2008) สอดคล้องกับ การศึกษาเชิงคุณภาพของพรฤดี นิธิรัตน์ (2554) ที่ศึกษา เกี่ยวกับเหตุผลที่ทำให้วัยรุ่นไทยไม่ใช้ถุงยางอนามัย พบว่า วัยรุ่นหญิงมีทัศนคติไม่ดีหากคู่นอนใช้ถุงยางอนามัย เพราะรู้สึกว่าฝ่ายชายแสดงถึงความไม่ไว้วางใจ วัยรุ่นหญิง บางคนจึงไม่ให้ฝ่ายชายใช้ถุงยางอนามัยเพื่อยืนยันความรัก นวลสงวนตัวและความซื่อสัตย์ของตนเองต่อคู่นอน

ความตั้งใจในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย มีอิทธิพล ทางตรงต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (2006) ที่กล่าวว่าบุคคลจะกระทำพฤติกรรมใด พฤติกรรมนั้นย่อม เกิดจากความตั้งใจของบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่างๆ หากสามารถทำนายความตั้งใจของบุคคลได้ ก็จะสามารถ ทำนายพฤติกรรมได้ ดังการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าความตั้งใจ ในการกระทำพฤติกรรมสามารถทำนายการเกิดพฤติกรรม ($\beta = .41, p < .001$) และความตั้งใจในการใช้ถุงยาง อนามัยสามารถทำนายการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มผู้หญิง ได้ ($\beta = .43, p < .001$) (Rhodes et al., 2007) สำหรับ การศึกษาในประเทศไทยพบว่าความตั้งใจในการใช้ถุงยาง อนามัยสามารถทำนายการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยรุ่น ไทย ($\beta = .35, p < .001$) (Wayuhuerd et al., 2010) และความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยสามารถทำนาย การใช้ถุงยางอนามัยในนักเรียนระดับอาชีวศึกษาไทย ($\beta = .40, p < .01$) (Thato et al., 2003)

การสื่อสารกับมารดาของวัยรุ่นหญิงเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย อธิบายได้ว่าการสื่อสารกับมารดาของวัยรุ่นหญิงเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยเป็นการให้ความรู้ ความเข้าใจ ผ่านการพูดคุยแนะนำ ให้คำปรึกษา ระหว่างมารดาหรือผู้ปกครองที่เป็นผู้หญิงกับวัยรุ่นหญิง ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ซึ่งการพูดคุยเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในครอบครัวไทยอาจยังพบได้น้อย โดยเฉพาะการพูดคุยในกลุ่มผู้หญิง ซึ่งสังคมไทยยังส่งเสริมไม่ให้วัยรุ่นหญิงมีเพศสัมพันธ์มากกว่า เพราะหากพูดคุยเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยอาจหมายถึง การยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนของบุตรสาว ดังผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าวัยรุ่นหญิงมีความถี่ในการสื่อสารกับมารดา และความสะดวกใจในการพูดคุยกับมารดาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในระดับปานกลาง แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในระดับมาก เช่นเดียวกับตัวแปรอื่นๆ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากแม้การสื่อสารกับมารดาของวัยรุ่นหญิงเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยจะไม่มีอิทธิพลทางตรง แต่ยังมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งศึกษาในลักษณะของความสัมพันธ์ โดยพบว่าการสื่อสารระหว่างมารดากับสตรีวัยรุ่นเรื่องภาวะเสี่ยงทางเพศมีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้ถุงยางอนามัย ($\beta = .07, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ($r = .34, p < .01$) (Hutchinson et al., 2003) และการศึกษาของ DiClemente, Wingood, Crosby, Cobb, Harrington, and Davies (2001) ที่พบว่าความถี่ในการสื่อสารเรื่องเพศกับพ่อแม่ต่ำสัมพันธ์กับการสื่อสารกับคู่นอนน้อย (AOR = 3.30) และความมั่นใจในการต่อรองเพื่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยต่ำ (AOR = 1.80)

โดยสรุป จากผลการศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิงที่พบว่าแบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิง มีความสอดคล้องกับข้อมูล

เชิงประจักษ์อยู่ในระดับดี ตัวแปรแฝงทั้งหมดในแบบจำลองร่วมกันทำนายพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิงได้ร้อยละ 81 อธิบายได้ว่าพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิงเกิดจากความตั้งใจที่จะมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (2006) และทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ Ajzen and Fishbein (1980) ที่กล่าวว่าความตั้งใจที่จะพยายามทำพฤติกรรมมาก แนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมก็จะสูงขึ้น โดยมีตัวแปรที่ร่วมกันกำหนดความตั้งใจคือ ทักษะคิด การรับรู้บรรทัดฐานของกลุ่มเพื่อน และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

จากแนวคิดของ Green and Kreuter (2005) ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลจะเกิดขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงได้ จะต้องมาจากทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของบุคคล เช่นเดียวกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกเพื่อตอบสนองกับสถานการณ์ ในส่วนของวัยรุ่น ปัจจัยภายในตัวหนึ่งที่เป็นตัวเข้ามามีส่วนในพฤติกรรมของวัยรุ่นคือ การแสวงหาความตื่นเต้นทางเพศ ซึ่งวัยรุ่นเป็นวัยที่มีระดับการแสวงหาความท้าทายสูงสุดเมื่อเทียบกับวัยอื่นๆ (Zuckerman & Kuhlman, 2000) วัยรุ่นที่มีลักษณะชอบความเสี่ยง ทำหาย และความแปลกใหม่ จึงมักจะเข้าไปเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การศึกษาที่ผ่านมาจึงพบว่าความท้าทายทางเพศเป็นปัจจัยสาเหตุที่สำคัญของการมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (Coulter, 2007) ในส่วนปัจจัยภายนอกที่นอกเหนือจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน คือ การสื่อสารระหว่างวัยรุ่นหญิงกับมารดา ซึ่งพบว่าการสื่อสารระหว่างวัยรุ่นหญิงกับมารดาเรื่องการคบเพื่อนต่างเพศ มีผลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิง (ชลนิทรา แสงบุราณ, 2551; ทักษิณา เมืองใจ และธีรวรรณ ธีระพงษ์, 2555; Hutchinson et al., 2003) และการศึกษาของ DiClemente et al. (2001) ที่พบว่าความถี่ในการสื่อสารเรื่องเพศกับพ่อแม่ต่ำสัมพันธ์กับการสื่อสารกับคู่นอนน้อย และความมั่นใจในการต่อรองเพื่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยต่ำ ดังนั้น

จะเห็นว่าตัวแปรทุกตัวทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกตามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบจำลองมานั้น จึงร่วมกันส่งผลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในวัยรุ่นหญิงได้ร้อยละ 81

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยที่สุดคือ 13 ปี บุคคลที่วัยรุ่นหญิงมีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งแรกส่วนใหญ่คือ แฟน/คนรัก ดังนั้น หลักสูตรหรือสถานศึกษา และหน่วยบริการสาธารณสุข จึงควรส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

1.2 พยาบาลควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้นักเรียนหญิงที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ได้ทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนสนิท และส่งเสริมทัศนคติทางบวก รวมทั้งเพิ่มความมั่นใจ และความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และอาจนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มที่ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ด้วย เพื่อส่งเสริมความตั้งใจในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

1.3 โรงเรียนควรมีกิจกรรมนอกหลักสูตรที่ส่งเสริมให้นักเรียนหญิงอาชีวศึกษามีศักยภาพในการควบคุมพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ร่วมกับความตั้งใจในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมให้เกิดความตั้งใจในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในวัยรุ่นหญิง ตั้งแต่เริ่มเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ สำหรับนักเรียนหญิงในช่วงชั้นที่ 2

2.2 ควรพัฒนาโปรแกรมที่มีเพื่อนสนิทร่วมในกิจกรรม ร่วมกับการส่งเสริมทัศนคติทางบวก และมีการเพิ่มความมั่นใจในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในกลุ่มนักเรียนหญิงที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ และอาจนำไปศึกษาในกลุ่มที่ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ด้วย เพื่อส่งเสริมความตั้งใจในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

2.3 ควรศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยเชิงสาเหตุ ความตั้งใจในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ระหว่างนักเรียน

หญิงที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์กับที่ไม่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์

เอกสารอ้างอิง

กันยารัตน์ กุญสุวรรณ, นำชัย สุกฤกษ์ชัยสกุล, อังคินันท์ อินทรกำแหง, และวิลาศลักษณ์ ชั่ววลี. (2556). ปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยจากโรคเอดส์ของทหารกองประจำการ กองทัพเรือ: การศึกษาการเปลี่ยนแปลงระหว่างช่วงเวลาการฝึกในศูนย์ฝึกทหารใหม่ และผลของโปรแกรมการลดความเสี่ยงจากโรคเอดส์. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 19(2), 35-58.

กาญจนา บุญส่ง, และคณะ. (2552). *โครงการติดตามสถานการณ์เด็กและเยาวชนจังหวัดเพชรบุรี* (รายงานผลการวิจัย). มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี. กุสุมาวดี เรืองแก้ว. (2549). *เจตคติต่อค่านิยมทางวัฒนธรรมไทยบางประการและจิตลักษณะที่พยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ของสตรีวัยรุ่น* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เขตบริการสุขภาพที่ 5. (2557). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพเขตบริการสุขภาพที่ 5 ปี 2557* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ราชบุรี: งานเวชพันธุศาสตร์และโรคพันธุกรรม โรงพยาบาลราชบุรี.

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา. (2554). *รายงานการพิจารณาการศึกษาเรื่องปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น*. สืบค้น วันที่ 29 กันยายน 2553, จาก <http://www.anamai.moph.go.th/main.php>

เจตจันทร์ ล้วนเนตรเงิน. (2551). *ผลของการฝึกอบรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองและเสริมสร้างทัศนคติต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทัศนคติ และความตั้งใจหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ของนักเรียนหญิง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- เฉวตสร นามวาท, และสุปียา จันทรมณี. (บ.ก.). (2554). ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียน ประเทศไทย พ.ศ. 2554. นนทบุรี: สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ชลนิทรา แสงบุราณ. (2551). รูปแบบการเลี้ยงดูและการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างมารดาและบุตรสาวต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นตอนต้นหญิง เขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณฐาภ ระวะใจ. (2554). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการเลี้ยงทางเพศของนักศึกษาในสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร (ปริญญาวิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ทักษิณา เมืองใจ, และธีรวรรณ ชีระพงษ์. (2555). ความสามารถในการพยากรณ์ร่วมกันของการควบคุมตนเอง ความรู้เรื่องเพศศึกษาและการสื่อสารกับครอบครัวเรื่องการคบเพื่อนต่างเพศ ที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงวัยรุ่น. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 43(1), 30-42.
- พรฤดี นิธิรัตน์. (2554). ความจริงเบื้องหลังการใช้ถุงยางอนามัย: เหตุผลหลักที่ทำให้วัยรุ่นไทยไม่ใช้ถุงยางอนามัย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 22(1), 60-71.
- รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, และพรนภา หอมสินธุ์. (2557). การสื่อสารของบุตรสาวกับมารดาเกี่ยวกับความเสี่ยงทางเพศ และปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนหญิง. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 9(2), 33-44.
- วรรณศิริ ปิ่นทอง. (2549). ความสามารถในการพยากรณ์ของการอบรมเลี้ยงดู การสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อน การรับรู้ทางเพศผ่านสื่อ และการควบคุมตนที่มีต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วัชรพล สีนอ. (2556). โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. ใน สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2555*. หน้า 103-105. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วารุณี ฟองแก้ว, และคณะ. (2549). การป้องกันและลดการติดเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่นและเยาวชน: สถานการณ์ปัจจุบัน (รายงานผลการวิจัย). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาบันรามจิตติ. (2556). *สภาวะการณ์เด็กและเยาวชนในรอบปี 2554-2555*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2551). *จิตเวชเด็กและวัยรุ่น* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุทธิลักษณ์ ตั้งกุลบริบูรณ์, พัดทวีไล ศรีแสง, ศุภวัฒนากร วงศ์ธนวสุ, สุดาวดี ศรีสุดดา, และพร้อมจิต ห่อนบุญheim. (2548). *การสังเคราะห์องค์ความรู้ด้านการอบรมเลี้ยงดูและการพัฒนาทักษะชีวิตเด็กนักเรียนและวัยรุ่นเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและสารเสพติด* (รายงานผลการวิจัย). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- โสพิณ โตธิกุล. (2553). “แม่หญิงฮ้าย”: พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นหญิงจังหวัดเชียงใหม่ (รายงานผลการวิจัย). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality, and behavior* (2nd ed.). New York: Open University Press.
- Ajzen, I. (2006). *Constructing a TPB Questionnaire: Conceptual and Methodological Considerations*. Retrieved June 27, 2011, from the World Wide from <http://www.people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.measurement.pdf>
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
- Cha, E-S., Kim, K. H., & Patrick, T. E. (2008). Predictors of intention to practice safer sex among Korean college students. *Archives of Sexual Behavior*, 37(4), 641-651.
- Coulter, A. (2007). *Sexual sensation seeking and self-efficacy relation to sexual risk taking behavior*. (master's thesis). Arcata, CA: Humboldt State University.
- DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R., Cobb, B. K., Harrington, K., & Davies, S. L. (2001). Parent-adolescent communication and sexual risk behaviors among African American adolescent females. *The Journal of Pediatrics*, 139(3), 407-412.
- DiIorio, C., Parsons, M., Lehr, S., Adame, D., & Carlone, J. (1992). Measurement of safe sex behavior in adolescents and young adults. *Nursing Research*, 41(4), 203-208.
- Doswell, W. M., Kim, Y., Braxter, B., Taylor, J., Kitutu, J., & Hsu, Y. A. (2003). A theoretical model of early teen sexual behavior: What research tells us about mother's influence on the sexual behavior of early adolescent girls. *Journal of Theory Construction & Testing*, 7(2), 56-60.
- Fisher, T. D., Davis, C. M., Yarber, W. L., & Davis, S. L. (Eds.). (2011). *Handbook of sexuality-related Measures* (3rd ed.). New York: Routledge.
- Green, L., & Kreuter, M. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Hague, M. R., & Soonthornhdhada, A. (2009). Risk perception and condom-use among Thai youths: Finding from Kanchanaburi Demographic Surveillance System site in Thailand. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 27(6), 772-783.
- Hair, J. F., Black, B., Babin, B., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate data analysis* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Hutchinson, M. K., Jemmott III, J. B., Jemmott, L. S., Braverman, P., & Fong, G. T. (2003). The role of mother-daughter sexual risk communication in reducing sexual risk behaviors among urban adolescent females: A prospective study. *Journal of Adolescent Health*, 33(2), 98-107.
- Hutchinson, M. K., & Wood, E. B. (2007). Reconceptualizing adolescent sexual risk in a parent-based expansion of the Theory of Planned Behavior. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(2), 141-146.
- Jenkins, R. A., et al. (2002). Condom use among vocational school students in Chiang Rai, Thailand. *AIDS Education and Prevention*, 14(3), 228-245.
- Kalichman, S. C., Simbayi, L. C., Jooste, S., Cain, D., & Cherry, C. (2006). Sensation seeking, alcohol use, and sexual behaviors among sexually transmitted infection clinic patients in Cape Town, South Africa. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(3), 298-304.

- Kenyon, D. B., Sieving, R. E., Jerstad, S. J., Pettingell, S. L., & Skay, C. L. (2010). Individual, interpersonal, and relationship factors predicting hormonal and condom use consistency among adolescent girls. *Journal of Pediatric Health Care*, 24(4), 241-249.
- Khumsaen, N., & Gary, F. A. (2009). Determinants of actual condom use among adolescents in Thailand. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20(3), 218-229.
- Koniak-Griffin, D., & Stein, J. A. (2006). Predictors of sexual risk behaviors among adolescent mothers in a human immunodeficiency virus prevention program. *Journal of Adolescent Health*, 38(3), 297.e1-297.e11.
- Powwattana, A. (2009). Sexual behavior model among young Thai women living in slums in Bangkok, Thailand. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 21(4), 451-460.
- Rasamimari, A., Dancy, B., Talashek, M., & Park, C. G. (2007). Predictors of sexual behaviors among Thai young adults. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 18(6), 13-21.
- Rhodes, F., Stein, J. A., Fishbein, M., Goldstein, R. B., & Rotheram-Borus, M. J. (2007). Using theory to understand how interventions work: Project RESPECT, condom use, and the Integrative Model. *AIDS and Behavior*, 11(3), 393-407.
- Ritchwood, T. D., Penn, D. C., DiClemente, R. J., Rose, E. S., & Sales, J. M. (2014). Influence of sexual sensation-seeking on factors associated with risky sexual behaviour among African-American female adolescents. *Sexual Health*, 11(6), 540-546.
- Sheeran, P., & Abraham, C. (2003). Mediator of moderators: Temporal stability of intention and the intention-behavior relation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(2), 205-215.
- Srisuriyawet, R. (2006). *Psychosocial and gender based determinants for sexual risk behaviors among adolescents in school* (doctoral dissertation). Chiang Mai University.
- Thato, S., Charron-Prochownik, D., Dorn, L. D., Albrecht, S. A., & Stone, C. A. (2003). Predictors of condom use among adolescent Thai vocational students. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(2), 157-163.
- UNAIDS. (2013). *2013 UNAIDS Global Report*. Retrieved May 1, 2015, from http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf
- Villarruel, A. M., Jemmott, J. B. III, Jemmott, L. S., & Ronis, D. L. (2004). Predictors of sexual intercourse and condom use intentions among Spanish-dominant Latino youth: A test of the Planned Behavior Theory. *Nursing Research*, 53(3), 172-181.
- Wayuhuerd, S., Phanchaoenworakul, K., Avant, K. C., Sinsuksai, N., & Vorapongsathorn, T. (2010). Using the Theory of Planned Behavior to predict condom use behavior among Thai adolescents. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 14(4), 315-329.
- Yan, H., et al. (2009). Multiple sex partner behavior in female undergraduate students in China: A multi-campus survey. *BMC Public Health*, 9, 305.

Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation-seeking*. Cambridge: Cambridge University Press.

Zuckerman, M., & Kuhlman, D. M. (2000). Personality and risk-taking: Common biosocial factors. *Journal of Personality*, 68(6), 999-1029.

ยุทธศาสตร์การนำคุณค่าของผู้สูงอายุมาสู่สังคมอย่างสร้างสรรค์ บนพื้นฐานการสร้างหลักประกันคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชากรทุกวัย Strategies in Promoting Values of Aging People Based upon the Creation to Establish Good Life Qualities for All Ages

ศิริกัศสรค์ วงศ์ทองดี, สป.ด. (การบริหารการพัฒนา) * สิริวิทย์ อัสโร, ส.ด. (รัฐศาสตร์) **
Sirapatsorn Wongthongdee, Ph.D. (Development Administration) * Siriwit Issaro, Ph.D. (Political Science) **
ชูเกียรติ มุทธากาญจน์, ปส.ด. (ภาวะผู้นำเชิงยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ) ***
Chukiat Muttakan, Ph.D. (Strategic Leadership Supremacy) ***
สมชาย ปัญญาเจริญ, สป.ด. (การบริหารการพัฒนา) ****
Somchai Punyajareon, Ph.D. (Development Administration) ****
วรวงศ์ แสงพุด, สป.ม. (รัฐประศาสนศาสตร์) *****
Woraphong Sangpud, M.P.A. (Public Administration) *****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยแบบผสม เพื่อศึกษาปรากฏการณ์ ปัญหา ปัจจัย และประเด็นที่เกี่ยวข้องกับคุณค่าของผู้สูงอายุในสังคมไทย และเพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการนำคุณค่าของผู้สูงอายุมาสู่สังคมอย่างสร้างสรรค์ที่เชื่อมโยงกับคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรทุกวัย กลุ่มตัวอย่างในการสำรวจเป็นประชาชนทั่วไป จำนวน 400 คน ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 8 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านสังคมผู้สูงอายุได้ร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 9 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ที่มีค่าความเชื่อมั่น .85 และ .87 และแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนสิงหาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการจัดหมวดหมู่ข้อมูล สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณค่าของผู้สูงอายุในทางบวกที่ควรนำมาใช้ประโยชน์มากกว่าคุณค่าทางลบ และเพื่อให้เกิดการบูรณาการการทำงานด้านผู้สูงอายุร่วมกัน ประเทศไทยต้องกำหนดกรอบยุทธศาสตร์ 5 ระดับ ในการผลักดันการนำคุณค่าของผู้สูงอายุมาสู่สังคมอย่างสร้างสรรค์ บนพื้นฐานการสร้างหลักประกันคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชากรทุกวัย ซึ่งประกอบด้วยยุทธศาสตร์ที่ 1 ระดับประเทศ “ส่งเสริมให้มีการนำคุณค่าและประสบการณ์ของผู้สูงอายุมาสู่สังคมอย่างสร้างสรรค์เพื่อประชากรทุกวัย” ยุทธศาสตร์ที่ 2 ระดับภูมิภาค “บูรณาการความร่วมมือด้านกิจการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัดและอำเภอ

- * ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ** อาจารย์ ภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- *** อาจารย์ หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตร์ สาขาการบริหารปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- **** อาจารย์ โครงการพิเศษหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกริก
- ***** อาจารย์ หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยนานาชาติแสตมฟอร์ด วิทยาเขตเพชรบุรี

รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับจังหวัด” ยุทธศาสตร์ที่ 3 ระดับท้องถิ่น “ส่งเสริมภูมิปัญญา กิจกรรม และสร้างความเข้มแข็งในการนำศักยภาพและคุณค่าของผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น” ยุทธศาสตร์ที่ 4 ระดับชุมชน “ส่งเสริมบทบาทผู้นำ และสถาบันในชุมชน เพื่อผลักดันให้เกิดเจตคติที่ดี และตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุ” และยุทธศาสตร์ที่ 5 ระดับครอบครัว “เสริมสร้างความเข้าใจและความอบอุ่นในครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงไว้ซึ่งความเป็นเสาหลักของครอบครัว” โดยควรมานำมาตรการของแต่ละยุทธศาสตร์มาปฏิบัติ และมีการประสานร่วมมือกันทำงานอย่างเป็นองค์รวม เพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชากรทุกวัย

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าส่วนงานต่างๆ ควรกำหนดกลไกการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุโดยขับเคลื่อนไปพร้อมกัน ภายใต้โครงสร้างความเข้มแข็งทั้ง 5 ระดับ โดยกำหนดเป้าหมายร่วมกันคือ คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : ยุทธศาสตร์ คุณค่าของผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตที่ดี ประชากรทุกวัย

Abstract

This mix methods research aimed to explore phenomena, problems, factors, and other related issues concerning the values of aging people in Thai society, and to propose policy guidelines for bringing values of those people to society linking with all ages good life quality. Sample group of 400 general public were survey respondents. Eight key informants for in-depth interviews were scholars and experts. For focus group discussion, 9 experts in the field of aging society were participated. The research instruments consisted of 2 sets of questionnaires with the reliability of .85 and .87, and a structured interview guide. Data collections were conducted from April to August, 2015. Statistics used for data analysis included mean and standard deviation. Also, content analysis was applied for qualitative data.

The results of the study revealed that the opinions regarding the values of aging people were quite positive. In order to integrate the work relating aging people, Thailand should set a five-level strategy framework to creatively carry forward the values of aging people to society, which was in the light of quality of life insurance for all ages. The five-level strategies were 1) a national-level strategy – to promote the values and experiences of aging people to society, 2) a provincial-level strategy – to integrate collaboration of work relating aging people in provincial and district levels, as well as local administrations, 3) a local-level strategy – to promote wisdom, activities, and build strengths in bringing potentiality and values of aging people in a local level, 4) a community-level strategy – to promote leadership and community institutions to carry forward good attitude and realization in values of aging people, and 5) a family-level strategy – to strengthen understandings and family bonds to remain aging people as a center of the family. Lastly, all five-level strategies, including each level tactics are proposed in order to holistically and creatively work hand in hand from all levels to bring good quality of life for all ages.

This study suggested that each task function should create aging operation mechanisms which move forward hand in hand under the strengthening structure at all five levels. Besides, a common goal should aim at the betterment of aging people's life quality.

Keywords : Strategy, Values of aging people, Good life quality, All ages

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์และแนวโน้มโครงสร้างประชากรโลกที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) และทำให้ประชากรโดยรวมจะมีผู้สูงอายุในสัดส่วนสูงกว่าประชากรในวัยอื่นนั้น เป็นแรงผลักดันสำคัญทำให้ภาครัฐต้องพิจารณาหรือทบทวนนโยบาย รวมถึงสวัสดิการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ทั้งในด้านการประกันสุขภาพ การจัดเก็บภาษีระบบบำนาญ เป็นต้น ซึ่งนโยบาย และสวัสดิการต่างๆ เหล่านี้จะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรของแต่ละประเทศในระยะยาว และเป็นตัวบ่งชี้ว่าประเทศนั้นๆ ให้ความสำคัญกับสังคมผู้สูงอายุนาน้อยเพียงใด

สำหรับประเทศไทย ความสำคัญในเรื่อง “ผู้สูงอายุ” เป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจจากสังคมไทยมาเป็นเวลานาน ทั้งนี้เพราะคำนึงถึงการให้ความเคารพ การให้เกียรติผู้มีอาวุโส และความกตัญญูรู้คุณ เป็นคุณค่าที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นสิ่งดีงาม และมีการปลูกฝังมาอย่างต่อเนื่องในสังคม (ศิริวรรณ ศิริบุญ และชนตติ มลิณทางกูร, 2551; วรเวชม์ สุวรรณระดา และรักชนก กษานุบาล, 2557) เมื่อผนวก

กับสถานการณ์ปัจจุบันที่ประเทศไทยกำลังเผชิญหน้ากับภาวะการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุ (ดังแสดงในตารางที่ 1) รัฐบาลจึงได้กำหนดให้การเตรียมความพร้อมสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และมีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ซึ่งปัจจุบันอยู่ในวาระฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ไว้รองรับ โดยมี 5 ยุทธศาสตร์หลัก เป็นแนวคิดพื้นฐานของการจัดทำแผน ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุ ที่มีคุณภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ และยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนางานองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

ตารางที่ 1 อัตราส่วนประชากรในช่วงวัยต่างๆ ของไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2558 และการคาดการณ์ในปี พ.ศ. 2563 พ.ศ. 2573 และ พ.ศ. 2593

ช่วงอายุ	ปี พ.ศ. 2558		ปี พ.ศ. 2563		ปี พ.ศ. 2573		ปี พ.ศ. 2593	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
0-14 ปี	11,837,499	17.41	11,346,575	16.45	10,658,622	15.30	9,090,126	13.80
15-64 ปี	49,438,598	72.73	49,476,433	71.73	46,794,133	67.10	38,857,638	58.80
ตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป	6,700,308	9.86	8,154,392	11.82	12,297,839	17.60	18,116,233	27.40

หมายเหตุ : ร้อยละ หมายถึง ร้อยละของจำนวนประชากรไทยที่มีอายุอยู่ในช่วงต่างๆ เทียบกับจำนวนประชากรไทยทั้งหมด
ที่มา : United State Census Bureau (2015)

แม้ประเทศไทยจะมีแผนยุทธศาสตร์ระยะยาว ในการเตรียมการเกี่ยวกับสถานการณ์ด้านผู้สูงอายุ อย่างไร ก็ตาม จำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้น อย่างรวดเร็ว ย่อมทำให้เกิดความท้าทายต่างๆ เป็นอย่างมาก ในการบริหารจัดการ โดยนอกเหนือจากการต้องเร่งเตรียม ความพร้อมเชิงโครงสร้าง เช่น หลักประกัน และสวัสดิการ ทางสังคมต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุแล้ว การเตรียมความพร้อม ด้านทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุในเชิงคุณค่าก็เป็นสิ่งสำคัญ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ, 2557) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าทัศนคติการมอง เกี่ยวกับผู้สูงอายุในหลากหลายมิติ หากเป็นนักสังคมศาสตร์ มักสนใจในประเด็นเชิงสังคม หรือการอยู่ร่วมกันเป็นสังคม ความสันติสุข คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น คุณค่าทางสังคมของ ผู้สูงอายุ การธำรงรักษาความเป็นครอบครัวที่มีคนหลาย ช่วงวัยอยู่ด้วยกัน (รศรินทร์ เกรย์, อุมารณณ์ ภักธวานิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, และเรวดี สุวรรณพเก้า, 2556; Rudinger & Thomae, 1990) ขณะที่นักเศรษฐศาสตร์ ก็มักสนใจในมุมมองที่เกี่ยวกับเศรษฐกิจและการพัฒนา ทั้งในแง่บวกและแง่ลบ หรือมองความสัมพันธ์ระหว่าง ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ที่มี ต่อการลงทุน การผลิต การบริโภค กับการพัฒนาประเทศ โดยภาพรวม ส่วนนักประชากรศาสตร์ และ/หรือนักเศรษฐศาสตร์ ประชากร ก็มักมองด้วยมุมมองทางด้านประชากรและ การพัฒนา หรือโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป ที่จะ ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศ ซึ่งนักวิชาการกลุ่มนี้ จำนวนมากมองว่าผู้สูงอายุเป็นภาระต่อประชากรวัยแรงงาน เพราะใช้ดัชนีหรืออัตราส่วนการพึ่งพิง (dependency ratio) หรือสัดส่วนของประชากรวัยแรงงานต่อประชากรวัยเด็กและ วัยสูงอายุเป็นเครื่องชี้วัด ทำให้เห็นว่ามีการการพึ่งพิง เพิ่มขึ้น สำหรับมุมมองของนักการแพทย์และสาธารณสุข มองว่าผู้สูงอายุมักมีโรคพยาธิเบียดเบียนที่จะส่งผลให้มีภาระ ด้านการรักษาพยาบาล หรือการดูแลสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น เป็นต้น (อรทัย อาจ่อ, 2553; Bond, Peace, Dittmann-Kohli, & Westerhof, 2007)

ความแตกต่างหลากหลายดังกล่าว ทำให้การศึกษา เพื่อทำความเข้าใจภาพรวมเกี่ยวกับ “คุณค่า” อันได้แก่ ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ สมรรถภาพในการทำงาน ความเชี่ยวชาญ และภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ เป็นเรื่องสำคัญที่ จะเอื้อให้การขับเคลื่อนแผนผู้สูงอายุแห่งชาติเป็นไปอย่าง มีสัมฤทธิ์ผล ทั้งนี้ ผลการวิจัยจะพัฒนาไปสู่ข้อเสนอเชิง นโยบายที่เป็นรูปธรรมว่าจะทำอะไรที่ผู้สูงอายุสามารถ สร้างสรรค์สิ่งที่เป็นประโยชน์ให้แก่สังคมในวัยที่กำลังเดิน อย่างก้าวสู่ความร่วงโรย ผ่านการศึกษาถึงปรากฏการณ์ (phenomena) ปัญหา ปัจจัย และประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กับคุณค่าของผู้สูงอายุในสังคมไทย มุ่งหวังให้เป็นส่วนหนึ่ง ในการสร้างความรู้และความเข้าใจถึงสถานการณ์ผู้สูงอายุ ไทย และกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ โดยพิจารณา ถึงคุณภาพชีวิตทั้งตัวผู้สูงอายุและประชากรทุกวัยให้สามารถ อยู่ร่วมกันได้อย่างลงตัว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปรากฏการณ์ ปัญหา ปัจจัย และ ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับคุณค่าของผู้สูงอายุในสังคมไทย
2. เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการนำคุณค่า ของผู้สูงอายุมาสู่สังคมอย่างสร้างสรรค์ที่เชื่อมโยงกับ คุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรทุกวัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้สังเคราะห์แนวคิด เพื่อระบุตัวแปรสำคัญในงานวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่ เกี่ยวข้อง เช่น ความท้าทายใหม่ๆ ในระดับสากล (the global challenges) ในมุมมองเชิงยุทธศาสตร์ของนักพัฒนา ทรัพยากรมนุษย์ องค์ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ นิยามคุณค่า ของผู้สูงอายุและสังคมผู้สูงอายุ นิยามและตัวชี้วัดคุณภาพชีวิต ของประชากรทุกวัย ทั้งนี้ ได้กำหนดตัวแปรที่จะนำไปใช้ ในการวิจัยไว้ 3 กลุ่ม ดังนี้

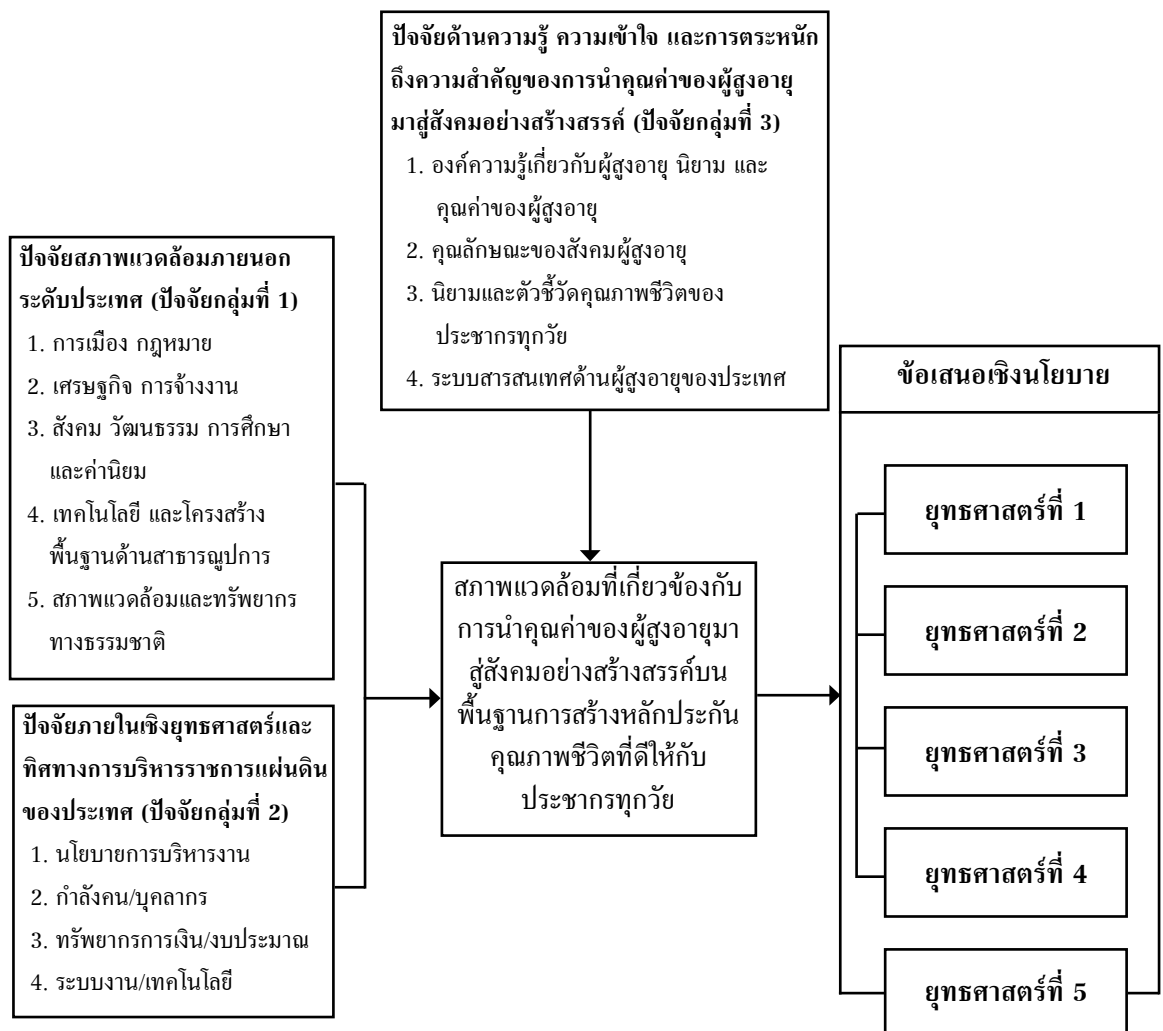
ตัวแปรกลุ่มที่ 1 : ปัจจัยสภาพแวดล้อมภายนอก ระดับประเทศ เพื่อวิเคราะห์โอกาส (opportunity: O)

และอุปสรรค (threat: T) ของการสร้างยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) การเมือง กฎหมาย 2) เศรษฐกิจ การจ้างงาน 3) สังคม วัฒนธรรม การศึกษา และค่านิยม 4) เทคโนโลยีและโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณูปการ และ 5) สภาพแวดล้อมและทรัพยากรทางธรรมชาติ

ตัวแปรกลุ่มที่ 2 : ปัจจัยภายในเชิงยุทธศาสตร์และทิศทางการบริหารราชการแผ่นดินของประเทศ เพื่อวิเคราะห์จุดแข็ง (strength: S) และจุดอ่อน (weakness: W) ได้แก่ 1) นโยบายการบริหารงาน 2) กำลังคน/บุคลากร 3) ทรัพยากรการเงิน/งบประมาณ และ 4) ระบบงาน/เทคโนโลยี

ตัวแปรกลุ่มที่ 3 : ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจ และการตระหนักถึงความสำคัญของการนำคุณค่าของผู้สูงอายุมาสู่สังคมอย่างสร้างสรรค์ เพื่อเลือกสรรมาใช้ในการออกแบบยุทธศาสตร์การนำคุณค่าของผู้สูงอายุมาสู่สังคมอย่างสร้างสรรค์บนพื้นฐานการสร้างหลักประกันคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชากรทุกวัย ได้แก่ 1) องค์ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ นิยาม และคุณค่าของผู้สูงอายุ 2) คุณลักษณะของสังคมผู้สูงอายุ 3) นิยามและตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของประชากรทุกวัย และ 4) ระบบสารสนเทศด้านผู้สูงอายุของประเทศ

สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยแบบผสม (mixed methods research) ประกอบด้วยการศึกษาเชิงปริมาณ (quantitative research) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชาชนทั่วไป และการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาทุนวิจัยภายใต้เครือข่ายสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society Cluster) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ ประชากรเป็นประชาชนทั่วไป ประกอบด้วยนิสิต/นักศึกษา บุคลากรภาครัฐ ผู้ที่ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ และบุคคลทั่วไป กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane (1973) ที่ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเลือกแบบบังเอิญ (accidental selection)

ส่วนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้หลักการเลือกตัวอย่างที่มีประสบการณ์มากตามแนวคิดของ Patton (1990 อ้างถึงในชาย โพธิธิตา, 2556) โดยเป็นกลุ่มผู้ที่มีความรู้หรือมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุโดยตรง ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informants) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยนักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งมีผลงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ผู้บริหารหน่วยงานหลักในการดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุของภาครัฐสองกระทรวงคือ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รวมทั้งผู้บริหารองค์กรภาคีเครือข่ายด้านผู้สูงอายุ จำนวนทั้งสิ้น 8 คน ส่วนในการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ผู้ร่วมการสนทนาเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสังคมผู้สูงอายุ จำนวนทั้งสิ้น 9 คน เพื่อแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะนโยบายจากผลการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายและปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการนำคุณค่าของผู้สูงอายุมาสู่สังคมอย่างสร้างสรรค์ ตามกรอบแนวคิดในการวิจัยเพื่อประเมินจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส ภัยอุปสรรค และความต้องการที่มีต่อการนำคุณค่าของผู้สูงอายุมาสู่สังคม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยสภาพแวดล้อมภายนอกที่มีผลต่อการนำคุณค่าของผู้สูงอายุมาสู่สังคมอย่างสร้างสรรค์ จำนวน 26 ข้อ ปัจจัยภายในเชิงยุทธศาสตร์และทิศทางการบริหารของประเทศด้านผู้สูงอายุ จำนวน 17 ข้อ และปัจจัยความรู้ความเข้าใจ และการตระหนักถึงความสำคัญของการนำคุณค่าของผู้สูงอายุมาสู่สังคมอย่างสร้างสรรค์ จำนวน 13 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 56 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีความคิดเห็นในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.75 คะแนน) มีความคิดเห็นในระดับน้อย (1.76-2.50 คะแนน) มีความคิดเห็นในระดับมาก (2.51-3.25 คะแนน) และมีความคิดเห็นในระดับมากที่สุด (3.26-4.00)

ชุดที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 19 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 21 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 40 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีความคิดเห็นในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.75 คะแนน) มีความคิดเห็นในระดับน้อย (1.76-2.50 คะแนน) มีความคิดเห็นในระดับมาก (2.51-3.25 คะแนน) และมีความคิดเห็นในระดับมากที่สุด (3.26-4.00)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (structured interview guide)

คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น สำหรับใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบ ด้วยประเด็นคำถามเกี่ยวกับนโยบายและปัจจัยต่างๆ ที่มี ผลต่อการนำคุณค่าของผู้สูงอายุมาสู่สังคมอย่างสร้างสรรค์

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ในส่วน ของเครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถาม เกี่ยวกับนโยบายและปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการนำคุณค่า และแบบสอบถามทัศนคติต่อผู้สูงอายุ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าดัชนี ความสอดคล้อง (index of item-objective congruence: IOC) ตั้งแต่ .50 ขึ้นไป ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชาชนทั่วไป จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่า เท่ากับ .85 และ .87 ตามลำดับ ส่วนเครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ คณะผู้วิจัยได้ประชุมเพื่อพิจารณาแบบสัมภาษณ์แบบมี โครงสร้างร่วมกัน โดยอ้างอิงประเด็นคำถามจากวัตถุประสงค์ และกรอบแนวคิดในการวิจัย จากนั้นจึงนำไปสัมภาษณ์เชิงลึก ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญตามที่กำหนด โดยเน้นวิธีตรวจสอบ สามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) เพื่อสอบทาน ประเด็นข้อคิดเห็นต่างๆ จากกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิที่มีมุมมอง หลากหลายแตกต่างกัน จากนั้นจึงนำข้อมูลมาจัดกลุ่มประเด็น ที่สอดคล้องใกล้เคียงกัน เพื่อพัฒนาสู่ข้อเสนอเชิงนโยบาย ในงานวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการพิทักษ์สิทธิ มีการชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้ง ว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมา ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ทั้งนี้ แบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการสำรวจโดยแจกแบบสอบถาม ทั้ง 2 ชุด แก่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิต/นักศึกษา บุคลากร ภาครัฐ ผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ และบุคคลทั่วไป ที่อาศัย อยู่ในเขตพื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล โดยให้เวลาตอบ 30-40 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการสำรวจในช่วงเดือนเมษายน ถึงเดือนพฤษภาคม 2558

ส่วนที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ คณะผู้วิจัยได้ประสานผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อขอความอนุเคราะห์

ในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมอบประเด็นคำถามล่วงหน้า และดำเนินการสัมภาษณ์ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือน มิถุนายน 2558 และภายหลังจากได้รายงานผลการวิจัย (ฉบับร่าง) คณะผู้วิจัยดำเนินการจัดการสนทนากลุ่ม เพื่อเจาะ ประเด็นเชิงลึก โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิแสดงความคิดเห็น และให้ข้อเสนอเชิงนโยบายจากผลการวิจัย เพื่อให้ผล การวิจัยมีความลุ่มลึกและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยจัดการสนทนากลุ่มในวันที่ 20 สิงหาคม 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลปัจจัยสภาพแวดล้อม ภายนอกที่มีผลต่อการนำคุณค่าของผู้สูงอายุมาสู่สังคม อย่างสร้างสรรค์ และข้อมูลปัจจัยภายในเชิงยุทธศาสตร์ และทิศทางการบริหารของประเทศด้านผู้สูงอายุ วิเคราะห์ ด้วยวิธีการจัดหมวดหมู่ข้อมูล ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับ คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ และข้อมูลทัศนคติต่อผู้สูงอายุ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และวิธีการวิเคราะห์ส่วนประกอบ (componential analysis) โดยนำข้อมูลที่ไดจากการสัมภาษณ์ เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม มาแยกเป็นส่วนๆ และจัด หมวดหมู่เนื้อหา เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายในการนำ คุณค่าของผู้สูงอายุมาสู่สังคมอย่างสร้างสรรค์ ทั้งนี้ ได้รับ แบบสอบถามชุดที่ 1 กลับ จำนวน 364 ฉบับ คิดเป็น ร้อยละ 91 และชุดที่ 2 กลับ จำนวน 346 ฉบับ คิดเป็น ร้อยละ 86.50

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยสภาพแวดล้อมภายนอกที่มีผลต่อการนำ คุณค่าของผู้สูงอายุมาสู่สังคมอย่างสร้างสรรค์ และปัจจัย ภายในเชิงยุทธศาสตร์และทิศทางการบริหารของประเทศ ด้านผู้สูงอายุ จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 364 คน และการสัมภาษณ์เชิงลึกนักวิชาการและผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง พบผลการวิจัยดังนี้

1.1 สภาพแวดล้อมที่เป็นโอกาส (opportunities: O)

1.1.1 สังคมไทยทุกภาคส่วนเริ่มให้ความสำคัญ และตระหนักถึงความจำเป็นในการเตรียมการรองรับ

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์

1.1.2 มีกลไกหลักในการขับเคลื่อน รวบรวมองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุของประเทศที่เข้มแข็งหลายหน่วยงาน ซึ่งให้ความสำคัญกับการทำวิจัย และรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยเสนอต่อคณะรัฐมนตรี ตั้งแต่ปี 2547 เป็นต้นมา เช่น มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)

1.1.3 มีต้นแบบที่ดีในการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ เช่น ประเทศญี่ปุ่นและประเทศสิงคโปร์เอื้อให้ประเทศไทยสามารถเรียนรู้และนำมาปรับใช้ได้

1.1.4 ศาสนา วัฒนธรรม และประเพณีไทยมีรากฐานให้ความอ่อนน้อมต่อผู้ใหญ่ และให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุในฐานะปุษยบุคคลที่ทรงคุณค่าต่อสังคมเอื้อต่อความสำเร็จในการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ

1.1.5 แนวโน้มทิศทางของโลกให้ความสำคัญต่อประเด็นผู้สูงอายุ เอื้อต่อกลไกการสร้างความร่วมมือกันเพื่อผลักดันความสำเร็จในงานด้านผู้สูงอายุของประเทศ

1.2 สภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรค (Threats: T)

1.2.1 ประเทศไทยเผชิญกับความไม่ต่อเนื่อง ความไม่มีเสถียรภาพในปัจจัยการเมือง ทำให้การบริหารงานการกำหนดนโยบายของภาครัฐด้านผู้สูงอายุขาดความต่อเนื่อง

1.2.2 การเผชิญกับสภาวะที่ประชากรโดยรวมยังขาดความรู้ ความเข้าใจในองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ ยังมีมายาคติด้านลบเกี่ยวกับผู้สูงอายุอยู่มาก

1.2.3 การเผชิญกับสภาวะทางเศรษฐกิจภาระด้านงบประมาณสำหรับการปรับเปลี่ยนระบบต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ และรองรับการนำคุณค่าของผู้สูงอายุมาสู่สังคมอย่างสร้างสรรค์เป็นไปได้ยาก

1.2.4 รัฐบาลยังให้ความสำคัญน้อยมากกับการสร้างหลักสูตรหรือวิชาที่มีเนื้อหาในการสร้าง การเรียนรู้เกี่ยวกับสังคมผู้สูงอายุ การอยู่ร่วมกันของประชากรทุกวัยอย่างสร้างสรรค์

1.2.5 การขาดแคลนทรัพยากรบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุมืออาชีพ เช่น พยาบาล แพทย์ด้านผู้สูงอายุ เนื่องจากสัดส่วนผู้สูงอายุ

มีมากขึ้น การผลิตบุคลากรยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ

1.2.6 ค่านิยมของสังคมไทยที่ต้องการให้ผู้สูงอายุเป็นเสาหลักของบ้านและไม่ควรทำงาน ทำให้ผู้สูงอายุขาดโอกาสในการทำงานเพื่อสร้างสรรค์และใช้คุณค่าที่มีสู่สังคม

1.3 สภาพแวดล้อมที่เป็นจุดแข็ง (Strengths: S)

1.3.1 หน่วยงานภาครัฐมีกลไกระบบราชการบริหารงานด้านผู้สูงอายุ เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่เอื้อต่อการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ

1.3.2 หน่วยงานภาครัฐมีกลยุทธ์และแนวทางการขับเคลื่อนนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ชัดเจน โดยมีการกำหนดประเด็นผู้สูงอายุไว้ในแผนงานระดับประเทศ เช่น แผนของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่แผนฯ ฉบับที่ 11 (2555-2559) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (2545-2564) และมีการจัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) ตั้งแต่ปี 2549

1.3.3 มีการขับเคลื่อนของหน่วยงานภาครัฐในการเห็นถึงความสำคัญ การตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุโดยการพิจารณาต่อหรือขยายอายุเกษียณ จากเดิมเกษียณที่อายุ 60 ปี ขยายเป็นอายุ 65 ปี หรือ 70 ปี เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตดีผ่านการประเมินว่ายังพร้อมให้สามารถนำคุณค่าจากความรู้ ทักษะ ประสบการณ์มาสร้างประโยชน์ต่อหน่วยงานได้ภายใต้เงื่อนไขเฉพาะ

1.4 สภาพแวดล้อมที่เป็นจุดอ่อน (Weaknesses: W)

1.4.1 การบูรณาการงานด้านผู้สูงอายุของหน่วยงานภาครัฐยังไม่เป็นระบบและขาดความเป็นเอกภาพ ทำให้การขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุสำเร็จได้ยาก โดยเฉพาะประเด็นด้านการจัดสรรสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุในการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งไม่เอื้อต่อการนำคุณค่าของผู้สูงอายุมาใช้ประโยชน์

1.4.2 ยังขาดความชัดเจนในบทบาท หน้าที่ ความพร้อมด้านกำลังคน งบประมาณ และวิธีดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ในการดูแลงานด้านผู้สูงอายุ

1.4.3 สารสนเทศหรือข้อมูลด้านผู้สูงอายุของประเทศยังเข้าถึงได้ยาก ไม่เป็นเอกภาพ และไม่ได้นำมาใช้ในการบริหารจัดการอย่างเต็มที่

1.4.4 หน่วยงานภาครัฐเผชิญกับการขาดการสนับสนุนจากฝ่ายการเมือง ทั้งด้านนโยบายที่ชัดเจน การจัดสรรงบประมาณ กำลังคน และการติดตามงานอย่างต่อเนื่อง

2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าสามารถจำแนกคุณภาพชีวิตที่ดีได้เป็น 4 ด้าน โดยแต่ละด้านมีประเด็นที่มีความโดดเด่นดังนี้

2.1 ด้านความมั่นคง พบว่าคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในแง่ความมั่นคงได้แก่ การเว้นจากการถูกทำร้ายร่างกาย หรือเคยถูกเอารัดเอาเปรียบจากบุคคลอื่น หมายถึง เว้นจากการถูกทุบตี ทรมาณร่างกาย จิตใจ ค่าทองเงินเสียหาย ถูกหลอกให้เสียทรัพย์ ทั้งจากคนในครอบครัวญาติ และบุคคลทั่วไป ($\bar{X} = 3.42$, $SD = .64$) การได้รับการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือจากญาติ คนใกล้ชิดยามป่วยไข้ เช่น พาไปพบแพทย์ จัดหาयरับประทาน ($\bar{X} = 3.41$, $SD = .60$) การอยู่ในบ้านหลังเดียวกัน/บริเวณเดียวกันกับลูกหลาน หมายถึง การพักอาศัยในบ้านหรือละแวกใกล้เคียงกับบุตรหลานสามารถช่วยเหลือดูแลได้สะดวก ($\bar{X} = 3.36$, $SD = .64$) และการได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี หมายถึง การตรวจร่างกายทั่วไปโดยแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลในท้องถิ่น เช่น การตรวจปัสสาวะและอุจจาระ การตรวจภายในและมะเร็งปากมดลูกของสตรี การตรวจหาโรคเบาหวาน การตรวจหาไขมันในเลือด การวัดความดันโลหิต การตรวจการทำหน้าที่ของไตและตับ และการตรวจกรดยูริกเพื่อดูโรคเกาต์ เป็นต้น ($\bar{X} = 3.36$, $SD = .70$)

2.2 ด้านการศึกษา พบว่าคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในแง่การศึกษาคือ การได้รับโอกาสเข้าร่วมประชุมหรืออบรมในสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการ หมายถึง การได้รับ

ความรู้ตามที่ผู้สูงอายุต้องการ โดยการจัดประชุมและอบรมของหน่วยงานหรือชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น ($\bar{X} = 3.34$, $SD = .63$)

2.3 ด้านเศรษฐกิจ พบว่าคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในแง่เศรษฐกิจคือ การมีเงินเก็บไว้ใช้จ่ายยามฉุกเฉิน หมายถึง การมีเงินที่สามารถนำมาใช้จ่ายได้ทันที เช่น เงินฝาก เงินที่สะสมไว้ ($\bar{X} = 3.37$, $SD = .65$) และการมีรายได้ที่พอเพียงกับค่าใช้จ่ายส่วนตัว หมายถึง การมีรายรับที่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่เป็นของผู้สูงอายุเท่านั้น ไม่รวมค่าใช้จ่ายของลูกหลาน ($\bar{X} = 3.28$, $SD = .66$)

2.4 ด้านสังคม พบว่าคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในแง่สังคมได้แก่ การเป็นที่พึ่งทางใจให้กับคนวัยอื่น หมายถึง การสั่งสอน อบรมลูกหลานในการใช้ชีวิต และการถ่ายทอดความรู้ ความชำนาญให้กับคนวัยอื่น ($\bar{X} = 3.42$, $SD = .53$) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม หมายถึง การเข้าร่วมงาน ประเพณี หรือพบปะสังสรรค์กับผู้คนในชุมชน เข้าร่วมงานต่างๆ เช่น งานแต่งงาน งานขึ้นบ้านใหม่ และงานที่มีการรวมตัวกันของคนหลายรุ่น เช่น งานชมรมผู้สูงอายุ งานรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ (อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง) ($\bar{X} = 3.39$, $SD = .64$) การประกอบกิจกรรมทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่นับถือได้ตามที่ต้องการ ไม่มีภาระอื่นที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้ ($\bar{X} = 3.37$, $SD = .50$)

3. ทักษะคดีต่อผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นทางบวกต่อผู้สูงอายุในเรื่อง “เป็นผู้มีความสุขที่สุดเมื่อมีลูกหลานมาเยี่ยมในวันสำคัญๆ” มากที่สุด ($\bar{X} = 3.42$, $SD = .60$) รองลงมาคือ “เป็นผู้ที่รู้คุณค่าของเงินที่หามาได้ยากลำบาก” ($\bar{X} = 3.39$, $SD = .59$) และ “เป็นผู้สืบสานวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี” ($\bar{X} = 3.39$, $SD = .67$) ดังแสดงในตารางที่ 1 ส่วนความคิดเห็นทางลบต่อผู้สูงอายุนั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นในเรื่อง “มีแนวโน้มเป็นคนขี้เหงาหมก” มากที่สุด ($\bar{X} = 2.94$, $SD = .82$) รองลงมาคือ “มักจะหลงลืม” ($\bar{X} = 2.90$, $SD = .83$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ทศนคติทางบวกต่อผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง เรียงตามลำดับการให้ความสำคัญ (n = 364)

ทศนคติทางบวกต่อผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	SD	ระดับ ความถี่เห็น
เป็นผู้ที่มีความสุขที่สุดเมื่อมีลูกหลานมาเยี่ยมในวันสำคัญๆ	3.42	.60	มากที่สุด
เป็นผู้ที่รู้คุณค่าของเงินที่หามาได้ยากลำบาก	3.39	.59	มากที่สุด
เป็นผู้สืบสานวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี	3.39	.67	มากที่สุด
เป็นผู้ที่สามารถให้คำแนะนำปรึกษาแก่คนที่อายุน้อยกว่า	3.37	.59	มากที่สุด
เป็นผู้ที่มีความสนใจในศาสนาที่ตนนับถือมากขึ้น	3.32	.63	มากที่สุด
เป็นผู้ที่มีโอกาสและเวลาในการทำบุญมากขึ้น	3.30	.65	มากที่สุด
เป็นต้นแบบที่ดีให้กับลูกหลาน	3.29	.74	มากที่สุด
เป็นผู้ที่มักคิดก่อนทำ ต่างจากคนหนุ่มสาวที่มักทำโดยขาดการยั้งคิด	3.27	.67	มากที่สุด
เป็นผู้ที่สามารถเข้าใจสถานการณ์ได้ดีกว่าคนหนุ่มสาว	3.27	.70	มากที่สุด
เป็นผู้ที่มักมีมุมมองที่ดีที่สุดว่าอะไรคือสิ่งที่สำคัญในชีวิต	3.20	.69	มาก
เป็นผู้ที่รู้จักโลกดี เพราะผ่านชีวิตมามากแล้ว	3.15	.67	มาก
เป็นผู้ที่มีความรู้สึกมั่นคงในชีวิต เพราะได้บรรลุเป้าหมายในชีวิตแล้ว	3.12	.60	มาก
เป็นผู้มีเมตตา กรุณา เห็นอกเห็นใจผู้อื่น	3.12	.70	มาก
เป็นผู้เป็นที่พึ่งให้กับคนรุ่นหลัง	3.11	.67	มาก
เป็นผู้ที่มีความรอบรู้ เฉลียวฉลาด	3.11	.66	มาก
เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ต่อคนรุ่นหลัง	3.10	.73	มาก
เป็นผู้ที่สามารถจัดการเรื่องการเงินได้เป็นอย่างดี	3.07	.69	มาก
เป็นผู้ที่ชอบพูดคุยกับผู้อื่น	3.05	.67	มาก
เป็นผู้ที่มีความเป็นตัวของตัวเองสูง	3.00	.71	มาก
โดยรวม	3.21	.44	มาก

ตารางที่ 3 ทักษคติทางลบต่อผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง เรียงตามลำดับค่าเฉลี่ยคะแนน (n = 364)

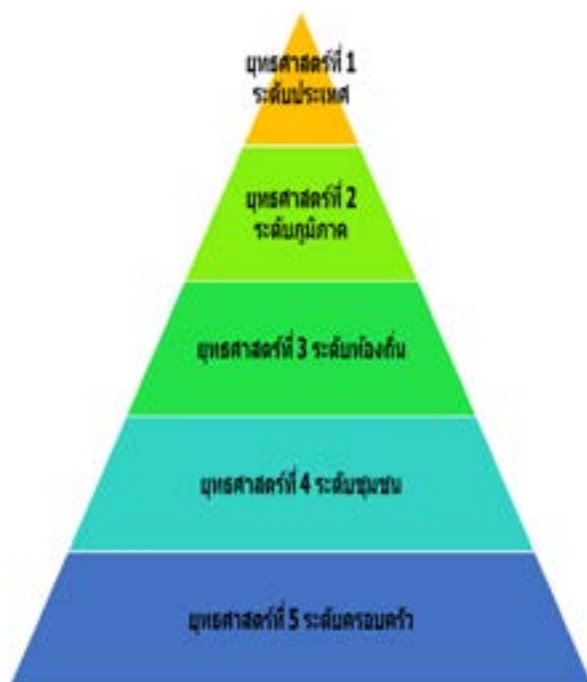
ทัศนคติทางลบต่อผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	SD	ระดับความคิดเห็น
มีแนวโน้มเป็นคนขี้เหงา	2.94	.82	มาก
มักจะหลงลืม	2.90	.83	มาก
ไปไหนมาไหนได้ยากลำบาก	2.87	.95	มาก
คิดช้า และคิดอะไรไม่ค่อยออก	2.82	.74	มาก
ชอบติ ขี้บ่น ชอบวิพากษ์วิจารณ์	2.71	.80	มาก
เคร่งครัด เจ้าระเบียบมากเกินไป	2.61	.70	มาก
เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ยาก ไม่ทันโลก	2.60	.81	มาก
ไม่ค่อยกระตือรือร้นในการเข้าสังคม	2.60	.98	มาก
ต้องพึ่งคนอื่น	2.45	.81	น้อย
เอาใจยาก	2.42	.73	น้อย
มักขี้เหนียวเรื่องการใช้เงิน	2.40	.82	น้อย
หงุดหงิดง่าย เอาแต่ใจตัวเอง	2.38	.78	น้อย
โหยหาอดีต ไม่ต้องการให้มีการพัฒนาด้านต่าง ๆ	2.36	.81	น้อย
มักคิดว่าตนเองรู้ทุกสิ่งทุกอย่าง	2.36	.88	น้อย
ชอบคัดค้าน และเป็นตัวถ่วงคนอื่น	2.35	.81	น้อย
มักเป็นคนหัวดี	2.34	.84	น้อย
เป็นผู้ที่น่าเบื่อ	2.34	.91	น้อย
ชอบเรียกร้องมากเกินไป	2.32	.85	น้อย
ไม่อดทนกับการรอคอย	2.24	.82	น้อย
มักเป็นภาระของครอบครัว	2.14	.94	น้อย
มักเป็นภาระของสังคม	2.05	.85	น้อย
โดยรวม	2.48	.55	น้อย

4. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการนำคุณค่าของผู้สูงอายุมาสู่สังคมอย่างสร้างสรรค์ บนพื้นฐานการสร้างหลักประกันคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชากรทุกวัยนั้น จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสภาพแวดล้อมภายนอก และปัจจัยภายในที่เป็นจุดแข็งและจุดอ่อน ร่วมกับการสังเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม พบว่าการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุของไทยยังคงมีปัญหามากมายที่ไม่เอื้อต่อการนำ “คุณค่า” ของผู้สูงอายุมาสู่ประโยชน์ โดยประเด็น

สำคัญที่ควรนำมาพิจารณา ได้แก่ 1) ประชากรโดยรวมยังขาดองค์ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และการเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ รวมทั้งไม่มีการวางแผนชีวิตที่เหมาะสมภายหลังการเกษียณอายุ 2) ตลาดแรงงานยังไม่มีพื้นที่ให้ผู้สูงอายุได้ทำคุณประโยชน์ แม้นุคคลเหล่านี้จะเคยปฏิบัติงานในหน่วยงานนั้น ๆ ก็ตาม แต่ด้วยเงื่อนไขอายุเกษียณ จึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มัวยังมีศักยภาพขาดโอกาสในการทำงานที่สร้างสรรค์และใช้คุณค่า

ที่มีผู้สังคมได้อย่างต่อเนื่อง และ 3) หน่วยงานราชการ ซึ่งควรเป็นกลไกหลักเพื่อขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุให้มีสัมฤทธิ์ผลอย่างเป็นรูปธรรม กลับยังไม่ตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุเท่าที่ควร โดยขาดการบูรณาการงานด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุอย่างจริงจัง ทำให้ขาดเอกภาพ แม้จะมีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ แต่พบว่าเป็นการดำเนินการเฉพาะภายในหน่วยงานที่มีพันธกิจและอำนาจหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเท่านั้น จึงขาดพลังในการขับเคลื่อน

ด้วยปัจจัยต่างๆ ดังกล่าว การวิจัยครั้งนี้จึงได้พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการนำคุณค่าของผู้สูงอายุมานำใช้ประโยชน์อย่างสร้างสรรค์ขึ้น โดยรวบรวมจากมุมมองความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ เน้นการมองงานผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยแบ่งระดับการดำเนินการออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับประเทศ ระดับภูมิภาค ระดับท้องถิ่น ระดับชุมชน และระดับครอบครัว ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



ยุทธศาสตร์ที่ 1 ระดับประเทศ

ส่งเสริมให้มีการนำคุณค่าและประสบการณ์ของผู้สูงอายุมานำใช้สร้างสรรค์เพื่อประชากรทุกวัย

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ระดับภูมิภาค

บูรณาการความร่วมมือด้านกิจการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัดและอำเภอ รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับจังหวัด

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ระดับท้องถิ่น

ส่งเสริมภูมิปัญญา กิจกรรม และสร้างความเข้มแข็งในการนำศักยภาพและคุณค่าของผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ระดับชุมชน

ส่งเสริมบทบาทผู้นำ และสถาบันในชุมชน เพื่อผลักดันให้เกิดเจตคติที่ดี และตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ระดับครอบครัว

เสริมสร้างความเข้าใจ และความอบอุ่นในครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงไว้ซึ่งความเป็นเสาหลักของครอบครัว

แผนภาพที่ 1 ข้อเสนอเชิงนโยบายในการกำหนดยุทธศาสตร์

ทั้งนี้ มีข้อเสนอเชิงมาตรการสำหรับยุทธศาสตร์ในแต่ละระดับ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ระดับประเทศ : ส่งเสริมให้มีการนำคุณค่าและประสบการณ์ของผู้สูงอายุมาสู่สังคมอย่างสร้างสรรค์เพื่อประชากรทุกวัย มีข้อเสนอดังนี้

1.1 กำหนดให้ภารกิจส่งเสริมคุณค่าของผู้สูงอายุเป็นวาระแห่งชาติ โดยมีกลไกและตัวชี้วัดที่ชัดเจน

1.2 จัดโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพให้สอดคล้องกับสังคมผู้สูงอายุเพื่อเอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถนำคุณค่ามาใช้ได้อย่างสะดวกและปลอดภัย

1.3 ขับเคลื่อนการรวบรวมคลังปัญญาของผู้สูงอายุระดับประเทศ

1.4 การประสานพลังความร่วมมือจากทุกภาคส่วน (ภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรระหว่างประเทศ) ในการขับเคลื่อนการนำคุณค่าและประสบการณ์ของผู้สูงอายุมาใช้ประโยชน์

1.5 สร้างหลักประกันทางด้านรายได้แก่ผู้สูงอายุ

1.6 ส่งเสริมการใช้กลไกทางภาษี และมาตรการจูงใจในการจ้างงานและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ

1.7 สร้างความเชื่อมโยงเครือข่ายความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดพลังอย่างสร้างสรรค์

1.8 ส่งเสริมการจัดตั้งแหล่งเรียนรู้ หรือพิพิธภัณฑ์ด้านผู้สูงอายุ รวมถึงปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอนให้มีความเหมาะสมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.9 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านเทคโนโลยีสมัยใหม่ และเพิ่มศักยภาพให้ผู้สูงอายุมีโอกาสถ่ายทอดประสบการณ์แก่เยาวชน โดยเชื่อมโยงกับหลักสูตรการเรียนการสอน

1.10 การเปิดพื้นที่ในสื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุให้มากขึ้น

1.11 เสริมพลัง (empower) ให้ผู้สูงอายุมีความรู้ทางกฎหมาย เพื่อปกป้องผลประโยชน์ของตนเอง

1.12 สร้างกลไกในการบูรณาการ และประสานการทำงานระหว่างกระทรวงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดนโยบาย แผนงาน และงบประมาณให้ชัดเจน

1.13 ส่งเสริมการติดตามประเมินผลการบูรณาการด้านผู้สูงอายุในระดับประเทศ

1.14 ส่งเสริมให้เกิดการศึกษาวิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ โดยเชื่อมโยงเครือข่ายพันธมิตรทั้งในประเทศและต่างประเทศ

1.15 สนับสนุนการเตรียมความพร้อมของทุกช่วงวัย ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ระดับภูมิภาค : บูรณาการความร่วมมือด้านกิจการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัดและอำเภอ รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับจังหวัด มีข้อเสนอดังนี้

2.1 สร้างกลไกในการบูรณาการ และประสานการทำงานด้านผู้สูงอายุในระดับจังหวัด โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน

2.2 วางยุทธศาสตร์การบริหารจัดการเกี่ยวกับผู้สูงอายุในระดับจังหวัด โดยให้ผู้สูงอายุมีหลักประกันด้านอาชีพ ส่งเสริมคุณค่า บทบาท และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2.3 ขับเคลื่อนการรวบรวมคลังปัญญาของผู้สูงอายุระดับภูมิภาค

2.4 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมต่าง ๆ

2.5 พัฒนาระบบการติดตามประเมินผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ผู้สูงอายุระดับจังหวัด

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ระดับท้องถิ่น : ส่งเสริมภูมิปัญญา กิจกรรม และสร้างความเข้มแข็งในการนำศักยภาพและคุณค่าของผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น มีข้อเสนอดังนี้

3.1 รวบรวมภูมิปัญญาผู้สูงอายุและปราชญ์ชาวบ้าน

3.2 สร้างงานและกิจกรรมให้แก่ผู้สูงอายุในท้องถิ่นอย่างกว้างขวาง

3.3 กำหนดบทบาท หน้าที่ และตัวชี้วัดความสำเร็จในการบริหารจัดการผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเป็นรูปธรรม

3.4 ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลางในการเชื่อมโยงการทำงานด้านผู้สูงอายุกับองค์กรต่าง ๆ ในท้องถิ่น

3.5 ส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุในการธำรงรักษาภาษา วัฒนธรรม ภูมิปัญญาของท้องถิ่น และค่านิยม

ดิงามที่สืบทอดต่อกันมาในสังคม เพื่อให้เยาวชนรุ่นใหม่ได้ซึมซับฐานรากทางวัฒนธรรมของชุมชนท้องถิ่นของตนเอง สร้างความรัก ความผูกพัน และความภาคภูมิใจในถิ่นฐานบ้านเกิด เพื่อเป็นการเผยแพร่และธำรงรักษาให้เกิดความมั่นคงทางวัฒนธรรมที่ยั่งยืนในแต่ละชุมชนท้องถิ่น

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ระดับชุมชน : ส่งเสริมบทบาทผู้นำ และสถาบันในชุมชน เพื่อผลักดันให้เกิดเจตคติที่ดี และตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุ มีข้อเสนอดังนี้

4.1 ส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมสานสัมพันธ์คน 3 วัย (ประกอบด้วยวัยที่ 1 เด็กเล็ก/วัยรุ่น วัยที่ 2 วัยพ่อแม่/วัยทำงาน และวัยที่ 3 วัยสูงอายุ)

4.2 ส่งเสริมบทบาทให้ผู้สูงอายุเป็นที่ปรึกษา และอาสาสมัครในการช่วยเหลือสังคมภายในชุมชน เป็นผู้ส่งเสริมศาสนาสัมพันธ์ การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องตามหลักศาสนา รวมถึงเป็นศูนย์กลางแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความหลากหลายของวิถีชีวิตและวัฒนธรรม ระหว่างกลุ่มบุคคลต่าง ๆ ในชุมชน

4.3 ส่งเสริมกลไกการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุ เช่น โครงการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ

4.4 ส่งเสริมให้มีการคัดเลือกผู้สูงอายุดีเด่นในชุมชน เพื่อเป็นต้นแบบที่ดี

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ระดับครอบครัว : เสริมสร้างความเข้าใจ และความอบอุ่นในครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงไว้ซึ่งความเป็นเสาหลักของครอบครัว มีข้อเสนอดังนี้

5.1 ส่งเสริมกิจกรรมเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดี และความอบอุ่นในครอบครัว โดยให้ผู้สูงอายุทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา หรือเป็นต้นแบบให้แก่บุตรหลานในการดำเนินชีวิตตามครรลองที่ดีงาม

5.2 ส่งเสริมการเชิดชูเกียรติครอบครัวตัวอย่าง เพื่อโน้มนำให้เกิดการตระหนักถึงคุณค่า บทบาท และความสำคัญของผู้สูงอายุ

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

จากผลการวิจัย เป็นข้อมูลที่ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนทั่วไปยังคงให้ความสำคัญและมีทัศนคติโน้มเอียงในการให้คุณค่าทางบวกต่อผู้สูงอายุมากกว่าทางลบ แม้ผู้สูงอายุจะมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันหลายประการ เช่น ขี้เหงา มักหลงลืม เคลื่อนไหวเชื่องช้า แต่ด้วยประสบการณ์ที่สั่งสมมาตลอดชีวิต และการเป็นเสาหลักภายในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุยังเป็นทรัพยากรบุคคลผู้มีความรู้ค่าอย่างยิ่งต่อสังคมไทย ทั้งนี้ ผลวิจัยยังยืนยันให้เห็นว่าผู้สูงอายุควรได้รับการเติมเต็มศักยภาพของตนเองเพื่อยกระดับให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และการเรียนรู้ตลอดชีวิต ซึ่งกระบวนการนำคุณค่าเหล่านี้มาใช้ ไม่ควรถูกปิดกั้นด้วยเหตุแห่งความเสื่อมถอยของวัย แต่ควรมีแนวทางเชิงประจักษ์ที่เอื้อให้สามารถนำคุณค่ามาใช้อย่างสร้างสรรค์ และเป็นคุณค่าที่มีประโยชน์ต่อประชากรทุกวัยในสังคม สอดคล้องกับผลการศึกษาของรศรินทร์ เกรย์ และคณะ (2556) ที่ศึกษาเกี่ยวกับบทสนทนาใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ ในมุมมองเชิงจิตวิทยาสังคม และสุขภาพ ซึ่งชี้ให้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุในทางบวก ซึ่งแบ่งออกเป็นหลายด้าน เช่น การเป็นผู้เชื่อมต่อภูมิปัญญาและความรู้ทั้งด้านประวัติศาสตร์ การสืบทอดศิลปะ วัฒนธรรม จารีต ประเพณีต่าง ๆ การเป็นผู้สร้างสังคมและคนรุ่นใหม่ผ่านการปลูกฝังเลี้ยงดู การแบ่งเบภาระในการหารายได้ การช่วยเหลือดูแลบุตรหลาน การเป็นที่ปรึกษาและเป็นขวัญกำลังใจแก่ลูกหลาน โดยพบว่าลักษณะผู้สูงอายุที่มีคุณค่าคือ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ เป็นที่ปรึกษาได้ สามารถพึ่งตนเอง เป็นที่พึ่งของลูกหลาน และมีสุขภาพดี

อย่างไรก็ตาม ในงานสำรวจของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2557) เรื่อง “คุณค่าผู้สูงอายุไทย” ภายใต้งานสำรวจภาวะสังคมไทย รายไตรมาส มีนาคม-พฤษภาคม ได้เปิดเผยนัยสำคัญให้เห็นว่าแม้สังคมไทยจะตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ แต่การให้คุณค่ากลับลดลงเมื่อเทียบกับในอดีต ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติทางลบต่อกลุ่มตนเองมากกว่ากลุ่มอื่น โดยเฉพาะในเรื่องการเป็นภาระของลูกหลาน มีประโยชน์น้อย และรู้สึกว่าตนเองควรต้องทำงานหาเลี้ยงชีพ นอกจากนี้ สิ่งที่เป็นประเด็นค้นพบสำคัญ

ที่ไม่อาจจะเลยได้จากการศึกษาคือ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุ ได้รับการเลือกปฏิบัติ โดยผู้สูงอายุเคยมีประสบการณ์ การถูกเลือกปฏิบัติเพราะสูงอายุ (ร้อยละ 30) การถูกปฏิเสธ ให้ทำงาน (ร้อยละ 30.20) การไม่สนใจความคิดเห็น (ร้อยละ 29.50) การไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (ร้อยละ 25.40) และการถูกผู้ให้บริการดูถูกหรือมองข้ามเพราะสูงอายุ (ร้อยละ 19.70) สถานการณ์เช่นนี้จึงทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นกลุ่มผู้ด้อยโอกาสทางสังคม แม้สังคมไทยจะมีวัฒนธรรม หลายอย่างที่ให้คุณค่าแก่ผู้สูงอายุก็ตาม แต่ก็ยังมี “วัยาคดี” หรือมีอคติต่อผู้คนในบางกลุ่มอายุ (ปราโมทย์ ประสาทกุล, ศุทธิดา ขววัน และกาญจนา เทียนฉาย, 2555) ด้วยเหตุนี้ การผลักดันคุณค่าของผู้สูงอายุเพื่อนำไปใช้ประโยชน์จึงมีความจำเป็นที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน เพื่อสร้างความตระหนักให้เกิดขึ้นในสังคมร่วมกัน

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังแสดงให้เห็นว่างานพัฒนา ผู้สูงอายุของไทยในห้วงเวลาที่ผ่านมา ขับเคลื่อนได้ล่าช้า สาเหตุสำคัญเกิดจากปัญหาในการทำงานของส่วนราชการ ไทย ซึ่งมีลักษณะต่างคนต่างทำภายในส่วนงานของตนเอง โดยขาดการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ สอดคล้อง กับข้อสรุปในงานวิจัยเรื่อง “Aging policies and programmes in Thailand” ของ Debavalya (2008) ซึ่งได้ชี้ให้เห็นทางออกของปัญหาว่าความท้าทายสำคัญ ของประเทศไทยในการเผชิญกับสังคมผู้สูงอายุ ภายใต้อำนาจกีดกันการเงินของประเทศ คือ รัฐบาลไทยจำเป็นต้องระดมความร่วมมือจากทุกภาคส่วน และมีความจำเป็น ในการกำหนดมาตรการที่หลากหลายในการดูแลผู้สูงอายุ ให้ได้อย่างเหมาะสม โดยจะต้องกำหนดนโยบายและแผน ปฏิบัติการในระดับประเทศ เพื่อสร้างหลักประกันว่าประชากร สูงอายุจะสามารถเข้าถึงบริการสังคมได้อย่างมีคุณภาพ ผ่านภาคีเครือข่ายและภาคส่วนต่างๆ อย่างครบถ้วน

งานด้านผู้สูงอายุเป็นงานละเอียดอ่อนที่เกี่ยวข้องกับ วิถีชีวิตของมนุษย์ทุกคน การพัฒนาผู้สูงอายุเพื่อให้ เปลี่ยนแปลงจากผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการสงเคราะห์ดูแล (passive aging) เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (active aging) จึงจำเป็นต้องมีหลายภาคส่วนร่วมมือกัน เพื่อส่งเสริมให้

ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่า ตลอดจนให้การช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุไทยมี คุณภาพชีวิตที่ดีและมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 การกำหนดกลไกการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ในอนาคตของส่วนงานต่าง ๆ ควรขับเคลื่อนไปพร้อมกัน ภายใต้อำนาจโครงสร้างความเข้มแข็ง 5 ระดับ ได้แก่ ระดับประเทศ ระดับภูมิภาค ระดับท้องถิ่น ระดับชุมชน และระดับครอบครัว โดยกำหนดเป้าหมายร่วมกันคือ คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของ ผู้สูงอายุ จะทำให้การขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุของไทยมี เอกภาพมากยิ่งขึ้น

1.2 การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ทุกภาคส่วนควรเน้นการส่งเสริมให้แต่ละบุคคลมีการเตรียมตัว ให้พร้อม เพื่อธำรงคุณค่าของตนเองแก่สังคมเมื่อก้าว เข้าสู่วัยสูงอายุ โดยเริ่มจากการศึกษาหาความรู้เพื่อพึ่ง ตนเองทางเศรษฐกิจ การเตรียมตัวทางด้านสุขภาพร่างกาย รวมทั้งต้องสั่งสมความรู้และประสบการณ์เพื่อเป็นที่พึ่ง ทางปัญญาให้แก่ผู้อื่น และเพิ่มคุณค่าให้กับประชากรทุก ช่วงวัยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งคุณค่าต่าง ๆ ที่สั่งสมผ่านมาใน แต่ละวัย จะนำไปสู่การเพิ่มคุณค่าของผู้สูงอายุในที่สุด

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

แม้การวิจัยครั้งนี้ จะนำมาสู่ข้อเสนอในการยก ระดับคุณค่าของผู้สูงอายุโดยภาพรวมของสังคมไทย อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อจำกัดของเงื่อนไขเวลาและงบประมาณ ทำให้ต้องเก็บรวบรวมข้อมูลเฉพาะในเขตพื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล จึงยังขาดตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมในการนำ คุณค่าของผู้สูงอายุมาใช้ประโยชน์ ดังนั้น เพื่อให้งานวิจัย ได้รับการต่อยอดและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ควรมีการวิจัยเชิง สำรวจในระดับท้องถิ่น เพื่อรวบรวมแนวทางปฏิบัติที่เป็น รูปธรรมในการส่งเสริมคุณค่าของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ ซึ่งปัจจุบันมีความหลากหลาย หากมีการเก็บรวบรวมข้อมูล อย่างเป็นระบบ จะเป็นคลังความรู้สำคัญของประเทศใน การยกระดับคุณค่าของผู้สูงอายุให้มีวิถีการดำเนินชีวิต

ตามครรลองที่เหมาะสมกับยุคทองของวัย เอื้อต่อเจตคติที่ดีต่อการมีชีวิตรื่นยาว และคงไว้ซึ่งความภาคภูมิใจในฐานะเสาหลักของสังคมสืบไป

เอกสารอ้างอิง

ชาย โพธิ์สิตา. (2556). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

ปราโมทย์ ประสาทกุล, สุทธิดา ขววัน, และกาญจนา เทียนลาย. (2555). ผู้สูงอายุ: คนวงในที่จะถูกผลักให้ไปอยู่ชายขอบ. ใน *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 8 “ประชากรและสังคม 2555” ประชากรชายขอบและความเป็นธรรมในสังคมไทย*. หน้า 106-124. วันที่ 2 กรกฎาคม 2555 ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพฯ.

รศรินทร์ เกรย์, อุมภรณ์ ภัทรวาณิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, และเรวดี สุวรรณพเก้า. (2556). *มนต์เสน่ห์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ: มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคมและสุขภาพ* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรเวศม์ สุวรรณระดา, และรักชนก คชานุกูล. (2557). *การขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริวรรณ ศิริบุญ, และเชนตดี มลิ้นทางกูร. (2551). *การเปลี่ยนแปลงในขนาดและสัดส่วนของ “ผู้สูงอายุ”*. สืบค้น วันที่ 28 เมษายน 2558, จาก http://www.cps.chula.ac.th/cps/research_division/article_aging/aging_001.html

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2557). *คุณค่าผู้สูงอายุในสังคมไทย. ภาวะสังคมไทยไตรมาสหนึ่งปี 2557*, 11(2), 18-22.

อรทัย อาจอ่ำ. (2553). แก่แล้วไม่มีคุณค่าจริงหรือ?: บทสังเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับคุณค่าของผู้สูงอายุ. ใน *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 6 “ประชากรและสังคม 2553” คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย*. หน้า 167-184. วันที่ 1 กรกฎาคม 2553 ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพฯ.

Bond, J., Peace, S. M., Dittmann-Kohli, F., & Westerhof, G. (Eds.). (2007). *Ageing in society* (3rd ed.). London: SAGE publications.

Debavalya, N. (2008). Aging policies and programmes in Thailand. In Guan, L. H. (Ed.). *Aging in south east asia: Family, social protection and policy challenges*. Singapore: Institute of Southeast Asian Studies.

Rudinger, G., & Thomae, H. (1990). The Bonn longitudinal study of aging: Coping, life adjustment, and life satisfaction. In Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (Eds.). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. pp. 265-295. Cambridge: Cambridge University Press.

United State Census Bureau. (2015). *International Data Base*. Retrieved June 15, 2015, from <http://www.census.gov/population/international/data/idb/informationGateway.php>

Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). New York: Harper and Row.

รูปแบบการดูแลแบบไกด์: แนวคิด และการประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Guided Care Model: Concepts and Application to the Older Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Care

ณัฐวรรณ สุวรรณ, Ph.D.c (Nursing) *

Natthawan Suwan, Ph.D.c (Nursing) *

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่มีความซับซ้อน ซึ่งทำให้เกิดปัญหาในระบบสาธารณสุขทั่วโลก และเป็นสิ่งท้าทายด้านระบบสุขภาพของโลกในอนาคต (Osthoff, Jenkins, & Leuppi, 2013) อุบัติการณ์และความชุกของโรคนี้เพิ่มขึ้นตามอายุของผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่จึงอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย หรือผู้สูงอายุ (Ito, Colley, & Mercado, 2012) เช่นเดียวกับประเทศไทย ที่พบว่าประชากรวัยสูงอายุมีอัตราป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงสุด (กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553; 2555) การดำเนินโรคทางคลินิก ผู้ป่วยโรคนี้ต้องเผชิญกับอาการหอบเหนื่อยที่กำเริบบ่อยครั้ง ส่งผลให้อัตราการเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูง นำไปสู่อัตราป่วยและอัตราตายสูง รวมทั้งค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น (จิราพร รักษายศ และศิริเพ็ญ สิทธิธรรม, 2556; จันทลี อัยแก้ว, 2557; Coventry, Gemmell, & Todd, 2011; Garvey & Ortiz, 2012) การเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้สูงอายุจึงนับว่าเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญ ที่ควรได้รับการดูแลโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพหลายฝ่ายที่ต้องทำงานประสานร่วมมือกัน (Nazir & Erbland, 2009) รวมทั้งการพัฒนาวิธีการดูแลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบเฉพาะที่มีประสิทธิภาพต่อภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง สามารถจัดการกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่ง รูปแบบการดูแล

แบบไกด์ (Guided Care model) เป็นรูปแบบหนึ่งที่กำลังพัฒนาขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการทางด้านสุขภาพที่มากขึ้น และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อันจะนำมาซึ่งการเกิดผลลัพธ์ทางบวกด้านสุขภาพ (Boulton, Karm, & Groves, 2008) ดังนั้น บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิดของรูปแบบการดูแลแบบไกด์ และนำเสนอแผนงานเพื่อใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบไกด์สำหรับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน อันจะมีประโยชน์ต่อผู้อ่านในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลแบบไกด์ รวมทั้งอาจนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลแบบไกด์

รูปแบบการดูแลแบบไกด์ (Guided Care model) พัฒนาต่อเนื่องมาจากรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ของ Edward H. Wagner เป็นรูปแบบที่ใช้ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยมุ่งเน้นในการดูแลสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค มีความต้องการการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อน และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสูงรูปแบบดังกล่าวมีหลักการสำคัญ 7 ประการ ได้แก่ การจัดการกับโรค (disease management) การจัดการตนเอง (self-management) การจัดการรายกรณี (case management) การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (lifestyle modification) การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

care) การให้ความรู้และสนับสนุนแก่ผู้ดูแล (caregiver education and support) และการประเมินและการจัดการในกลุ่มผู้สูงอายุ (geriatric evaluation and management) (Boyd et al., 2007)

รูปแบบการดูแลแบบไคด์ที่พัฒนาโดย Boyd et al. นี้ มีประโยชน์มากมาย เนื่องจากตอบสนองการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างครบถ้วน ประกอบด้วย 9 ลักษณะ ได้แก่ เป็นการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุม (comprehensive patient evaluation) เป็นการวางแผนการดูแลรายบุคคล (individual care planning) สนับสนุนการใช้แนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (promote adherence with evidence-based guidelines) มีการสร้างเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วย (empower patient) สนับสนุนการมีวิถีสุขภาพที่ดี (promote healthy lifestyle) เป็นการดูแลแบบประสานความร่วมมือเพื่อจัดการกับความเจ็บป่วยที่หลากหลาย (coordinate care of multiple conditions) เป็นการดูแลแบบประสานความร่วมมือระหว่างผู้ดูแลที่อยู่ต่างสถานบริการสุขภาพ (coordinate care across provider settings) มีการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ดูแล (caregiver support and education) และมีการสนับสนุนการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน (access to community resources) (Boyd et al., 2007)

ในการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบไคด์ กลุ่มผู้พัฒนาได้มีการเตรียมพยาบาลผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแบบไคด์ ซึ่งเรียกว่า Guided Care nurse (GCN) โดยที่ Guided Care nurse จะทำงานร่วมกับแพทย์ จำนวน 2-5 คน และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อดูแลผู้ป่วยจำนวน 50-60 คน

พยาบาลผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแบบไคด์

ในการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลแบบไคด์ พยาบาลผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแบบไคด์ (Guided Care nurse: GCN) ต้องมีความสามารถในการให้บริการแก่ผู้ป่วย 8 ประการ ดังนี้ (Boyd et al., 2007; Aliotta et al., 2008; Boulton, Karm, & Groves, 2008; Boyd et al., 2008; Giddens, Tanner, Frey, Reider, & Boulton, 2009)

1. การประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน (assessing

the patient and caregiver at home) ซึ่งต้องเป็นการประเมินผู้ป่วยแบบครอบคลุม (comprehensive assessment) โดยใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง เช่น สภาวะของโรคและการรักษา การทำหน้าที่ของร่างกาย สถิติปัญหาอารมณ์ จิตสังคมภาวะโภชนาการ สภาพสิ่งแวดล้อม ผู้ดูแล ค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลสุขภาพ และสิทธิบัตรโดยใช้เครื่องมือประเมินต่าง ๆ

2. การวางแผนการดูแลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (creating an evidence-based care guide) Guided Care nurse ต้องพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย และเป็นไปตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ร่วมกับแพทย์ ผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วย โดยมีการใช้ระบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่เรียกว่า the Guided Care electronic health record (EHR) ช่วยในการกำหนดแนวทาง หรือวางแผนการดูแลผู้ป่วย โดยแผนการดูแลประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เรียกว่า “My Action Plan” และแผนการดูแลสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ เรียกว่า “Care Guide” สำหรับ My Action Plan ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับการกระตุ้นเตือนถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติ เช่น จะต้องรับประทานยาเวลาใด อย่างไร จะต้องรับประทานอาหารอย่างไร ออกกำลังกายอย่างไร จะต้องประเมินตนเองอย่างไร เวลาใด สิ่งที่ต้องระมัดระวัง และวันที่แพทย์นัดจำนวนทั้งสิ้น 2 หน้า โดยพยาบาลจะแนะนำให้ผู้ป่วยติดตาม My Action Plan ไว้ที่ฝาผนังบ้านที่สามารถมองเห็นได้ชัดหรือหน้าตู้เย็น

3. การติดตามผู้ป่วยแบบเชิงรุก (monitoring the patient proactively) ระบบ EHR จะช่วยกระตุ้นเตือน Guided Care nurse ในการติดตามอาการผู้ป่วย ซึ่งจะติดตามอาการอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง โดยส่วนใหญ่เป็นการเยี่ยมทางโทรศัพท์ นอกจากนี้อาจเป็นการติดตามอาการที่โรงพยาบาลหรือที่บ้าน

4. การฝึกทักษะหรือการสอนงาน (coaching) การสร้างเสริมพลังอำนาจ (empowering) และการสนับสนุนการจัดการตนเอง (encouraging self-management) ซึ่งต้องอาศัยเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ

(motivational interviewing techniques) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามแผนการดูแล ช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าร่วมในโปรแกรมการจัดการตนเอง รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยเอาชนะอุปสรรคได้

5. การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย (promoting patient self-management) Guided Care nurse จะสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการตนเอง โดยใช้แนวคิดของ Kate R. Lorig เพื่อส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยสามารถตั้งเป้าหมายด้านสุขภาพของตนเอง ประเมินอาการของตนเองได้ และใช้ประโยชน์จากระบบบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

6. การให้ความรู้และสนับสนุนแก่ผู้ดูแล (educating and supporting caregivers) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบการดูแลแบบไกด์ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้พัฒนายังได้พัฒนาโปรแกรมขึ้นมาโดยเฉพาะสำหรับผู้ดูแล เรียกว่า The Guided Care Program for Families and Friends (GCPFF) โดยผู้ดูแลสามารถเป็นได้ทั้งสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นดังกล่าวประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ (Wolff et al., 2009)

6.1 การพบปะสนทนากันระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล (an initial meeting between nurses and patients' caregivers) ในระหว่างที่พยาบาลประเมินผู้ป่วยแบบครอบคลุมที่บ้าน พยาบาลจะใช้เวลาประมาณ 30 นาที ในการพบปะสนทนาเป็นการส่วนตัวกับผู้ดูแลหลัก ซึ่งมีเป้าหมายคือ เพื่อสร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายถึงสิ่งที่ต้องการหรือสิ่งที่กังวล ทำให้ทราบถึงความต้องการ การสนับสนุนเกี่ยวกับการสอน และการส่งต่อไปยังแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนของชุมชน ก่อนที่พยาบาลจะไปที่บ้านผู้ป่วย พยาบาลจะส่งจดหมายไปถึงผู้ดูแล ในจดหมายมีแบบฟอร์มที่เรียกว่า Family and Friends Intake Form ผู้ดูแลจะกรอกแบบฟอร์ม

ให้เรียบร้อยและส่งกลับไปให้พยาบาล ทั้งนี้ เพื่อให้พยาบาลทราบข้อมูลและความต้องการความช่วยเหลือของผู้ดูแลก่อน อันจะเกิดประโยชน์อย่างมากเมื่อถึงเวลาพบปะสนทนากัน ข้อมูลที่ได้จากแบบฟอร์มและจากการพบปะสนทนาจะถูกบันทึกลงในระบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย

6.2 การสอนและการส่งต่อไปยังแหล่งทรัพยากรของชุมชน (education and referral to community resources) ซึ่งพยาบาลจะสอนผู้ดูแลในเรื่องโรค และภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ตามความจำเป็นและความต้องการของผู้ดูแล รวมทั้งอาจประสานงานกับตัวแทนของกลุ่มแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแล

6.3 การฝึกทักษะ หรือการสอนงานอย่างต่อเนื่อง (ongoing coaching) Guided Care nurse เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ หรือทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อที่จะแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้อาจมีการพบปะและสอนงานกันในช่วงที่ผู้ป่วยกลับเข้ารับกวดูในโรงพยาบาล และภายหลังกลับมาอยู่ที่บ้าน ในขณะเดียวกัน พยาบาลจะพบปะผู้ดูแลเพื่อค้นหาเกี่ยวกับความต้องการข้อมูล การส่งต่อ และความผาสุก อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง

6.4 การฝึกปฏิบัติการ (workshop) ให้แก่ผู้ดูแล โดยใช้แนวคิดของการจัดการตนเองในโรคเรื้อรัง โปรแกรมการสอนสำหรับผู้ดูแลอันเกี่ยวข้องกับการสอนด้านสุขภาพเป็นกลุ่ม การจัดการกับความคับข้องใจ โปรแกรมการจัดการตนเองภายใต้การนำกลุ่มจากอาสาสมัครที่เป็นต้นแบบ (lay-led self-management program) โดยมีเป้าหมายหลักคือ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถควบคุมจัดการกับปัญหาได้ ดังนั้นจึงต้องเสริมสร้างความแข็งแกร่ง ส่งเสริมให้เผชิญหน้ากับปัญหา และพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา โดยที่ Guided Care nurse เป็นผู้เอื้ออำนวย โปรแกรมปฏิบัติการนี้ โดยจัดโปรแกรมครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์

โปรแกรมการสอนตาม Guided Care Workshop for Family and Friends มีรายละเอียดของหัวข้อ การสอนและวัตถุประสงค์ ดังนี้

หัวข้อการสอน	วัตถุประสงค์
ความรู้เบื้องต้นเรื่อง การจัดการตนเอง	- รู้จักและเข้าใจในโปรแกรมการจัดการตนเอง - เข้าใจประโยชน์ของการจัดการตนเอง - ตั้งเป้าหมาย - สร้างแผนปฏิบัติการ - ทำความรู้จักกับบุคคลอื่น ๆ
การดูแลตนเอง	- ระบุถึงความเครียดที่เกิดขึ้น - เรียนรู้ถึงการประยุกต์ทักษะการแก้ไขปัญหา เพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น - เรียนรู้วิธีการที่หลากหลาย เพื่อให้มีอารมณ์ ความรู้สึกในทางบวก
การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพทางสังคม	- เข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างการสนับสนุนทางสังคม สุขภาพจิต และสุขภาพกาย - ประเมินความต้องการด้านสังคม เป้าหมายทางสังคม - อภิปรายถึงพฤติกรรม และการติดต่อสื่อสารที่เป็นประโยชน์ และไร้ประโยชน์ - เรียนรู้กลยุทธ์ในการพัฒนาการติดต่อสื่อสาร - กำหนดเป้าหมายเพื่อการเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพ หรือพัฒนาสัมพันธภาพที่มีอยู่
การติดต่อสื่อสารในประเด็นการดูแลสุขภาพ	- อภิปรายการประยุกต์ใช้ทักษะการฟัง และการสื่อสารโดยแสดงออกอย่างเปิดเผย (assertive communication) กับบุคลากรทางด้านสุขภาพ - เรียนรู้กลยุทธ์การติดต่อสื่อสารกับผู้ที่มีความจำเสื่อม กำหนดกลยุทธ์ในการติดต่อสื่อสาร กับบุคลากรทางด้านสุขภาพ
การวางแผนสำหรับอนาคต	- เห็นคุณค่าของการวางแผนในอนาคต - รู้และสามารถประเมินผลเกี่ยวกับวิธีการรักษาแบบต่าง ๆ - อภิปรายถึงกลยุทธ์ในการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัว ในการวางแผนสำหรับอนาคต - เข้าใจถึงประเด็นทางกฎหมายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น

หัวข้อการสอน	วัตถุประสงค์
การยืนหยัดในความสำเริง	- ยอมรับและเห็นคุณค่าของความแข็งแรงภายในตนเอง และทักษะที่เกิดขึ้น - การป้องกันความล้มเหลว - อภิปรายถึงกลยุทธ์เพื่อใช้ในการฟื้นฟูสภาพ และจัดการกับความเครียด - ชื่นชมในความสำเริงของบุคคลอื่น

6.5 การมีกลุ่มช่วยเหลือกัน/กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (support groups) Guided Care nurse จะเอื้ออำนวยให้มีการประชุมร่วมกันของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย โดยจัดขึ้นเดือนละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง วัตถุประสงค์ของการประชุมกลุ่มคือ เพื่อเพิ่มพูนทักษะและเทคนิคที่ได้จากการฝึกปฏิบัติการ พัฒนาสัมพันธภาพและการติดต่อสื่อสารระหว่าง Guided Care nurse กับผู้ดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้ถ่ายทอดประสบการณ์ต่างๆ รวมทั้งการสนับสนุนด้านอารมณ์และกลยุทธ์ในการจัดการกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก

7. การประสานความร่วมมือในการเปลี่ยนผ่านระหว่างผู้บริการทางด้านสุขภาพกับสถานบริการสุขภาพ (coordinating transitions between providers and sites of care) Guided Care nurse จะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานกับบุคลากรทางด้านสุขภาพในหน่วยงานต่างๆ เมื่อผู้ป่วยกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล จะมีการแจ้งไปยัง Guided Care nurse เพื่อที่จะดำเนินการช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนผ่านในการดูแลรักษาสุขภาพได้อย่างราบรื่น มีการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้มีความพร้อมเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยวันแรกที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน พยาบาลจะติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อประเมินเกี่ยวกับความต้องการการดูแล และความเข้าใจในเรื่องต่างๆ เพื่อใช้ในการดูแลตนเอง ซึ่งการดูแลแบบเปลี่ยนผ่านนี้ใช้แนวคิดของ Mary D. Naylor และ Eric A. Coleman

8. การเอื้ออำนวยในการเข้าถึงแหล่งให้บริการต่างๆ ในชุมชน (facilitating access to community

resources) Guided Care nurse แนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่มีในชุมชน

จากบทบาทในการให้บริการทั้ง 8 ด้าน สมรรถนะของ Guided Care nurse จึงควรประกอบด้วย การประเมิน การติดต่อสื่อสาร การประเมินความร่วมมือในการดูแล การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน การสอนงาน การสอน การตระหนักรู้และเข้าใจผู้อื่น (empathy) และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (Giddens et al., 2009) ดังนั้น Guided Care nurse ควรเป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีคุณสมบัติที่เหมาะสมในการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลแบบไกด์ กล่าวคือ มีความเชี่ยวชาญในการติดต่อสื่อสาร มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อน มีสมรรถนะทางวัฒนธรรม มีความสามารถในการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ มีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยผู้สูงอายุ และการพยาบาลชุมชน และมีความมุ่งมั่นกระตือรือร้นในการฝึกทักษะผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการตนเอง (Boyd et al., 2007)

ในการเตรียมพยาบาลเพื่อเข้าสู่บทบาทของ Guided Care nurse พยาบาลต้องผ่านโปรแกรมอบรมเป็นเวลา 3 สัปดาห์ (curricular phase) โดยหัวข้อการอบรมประกอบด้วย การใช้ Guided Care electronic health record (EHR) การประเมินผู้ป่วยแบบครอบคลุม และการวางแผนการดูแล การติดตามอาการ การฝึกทักษะการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ การใช้แนวปฏิบัติที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การประกันสุขภาพ ทักษะการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรด้านสุขภาพสาขาอื่นๆ

การกระทำความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ สมรรถนะทางวัฒนธรรม และแหล่งประโยชน์ในชุมชน ซึ่งรูปแบบการอบรมมีทั้ง การบรรยาย การศึกษาดูด้วยตนเอง การสัมมนา และการแสดง บทบาทสมมติ ภายหลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรมอบรมในระยะแรก Guided Care nurse จะมีการฝึกการทำงานตามรูปแบบการดูแลแบบไกด์เพิ่มเติม เป็นเวลา 4-5 เดือน (integrative phase) เช่น การฝึกสนับสนุนกลุ่มผู้ดูแลตามโปรแกรม Guided Care Workshop for Family and Friends และกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Boyd et al., 2007; Boulton, Karm, & Groves, 2008; Wolff et al., 2009)

ภายหลังจากมีการใช้รูปแบบการดูแลแบบไกด์ในการดูแลผู้ป่วยแล้ว พบว่าเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพเชิงบวกต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้ให้บริการ ทั้งในด้านสุขภาพ การทำหน้าที่ของร่างกายที่ดีขึ้น ลดค่าใช้จ่ายและการใช้บริการด้านสุขภาพ คุณภาพของการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น และความพึงพอใจต่อการให้และการได้รับการดูแลแบบไกด์เพิ่มขึ้น (Boulton et al., 2008; Boulton, Karm, & Groves, 2008; Boyd et al., 2010; Wolff et al., 2010; Boulton et al., 2011)

การประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลแบบไกด์สำหรับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

รูปแบบการดูแลแบบไกด์ มีการนำไปใช้ในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรคในต่างประเทศ หากจะนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้สำหรับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนของประเทศไทย ควรจะต้องมีการปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของระบบสุขภาพของประเทศไทย ผู้เขียนจึงนำเสนอแผนงานเพื่อใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบไกด์สำหรับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนการเตรียมเพื่อดำเนินงาน

การเตรียมการ ควรจะดำเนินการร่วมกับบุคลากรทางด้านสุขภาพจากหลายฝ่าย รวมทั้งบุคคลในชุมชน รายละเอียดในขั้นตอนนี้ มีดังนี้

1. การประชุมร่วมกันระหว่างผู้บริหารและ

ตัวแทนในฝ่ายต่างๆ ของโรงพยาบาลที่ชุมชนสังกัดอยู่ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด โภชนาการ เภสัชกร เจ้าหน้าที่จากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ร่วมกับพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประธานชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน เพื่อให้มีความเข้าใจในแนวคิดของรูปแบบและผลลัพธ์จากการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบไกด์

2. รวบรวมสมาชิกในทีมที่จะทำการดูแลแบบไกด์ คือ อายุรแพทย์ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จิตแพทย์ Guided Care nurse (มีคุณวุฒิทางการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ หรืออาจเป็นพยาบาลระดับปริญญาตรี ที่มีประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งระดับชำนาญการขึ้นไป) ซึ่งควรประกอบด้วยพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของชุมชน และพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาล นักกายภาพบำบัด โภชนาการ เภสัชกร พยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุขจากหน่วยเวชกรรมสังคม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคคลอื่นๆ

3. มีการอบรมพยาบาลที่จะทำหน้าที่เป็น Guided Care nurse ให้มีสมรรถนะครบถ้วนในการให้บริการตามรูปแบบการดูแลแบบไกด์

4. ทีมงานที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกันพัฒนาแนวปฏิบัติการรักษาดูแลผู้ป่วยและแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ โดยแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นเป็นไปตามหลักฐานเชิงประจักษ์ พยาบาลเป็นผู้นำทีมในการพัฒนาแผนการสอน การจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วยการจัดการตนเองใน 3 การกิจ ได้แก่ การจัดการทางการแพทย์ หรือการจัดการพฤติกรรม (medical or behavioral management) การจัดการด้านบทบาท (role management) และการจัดการด้านอารมณ์ (emotional management)

5. อบรมบุคลากรในทีมให้มีความรู้และทักษะในการทำงานแบบไกด์ ดังนี้

5.1 อบรมบุคลากรในฝ่ายต่างๆ ให้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น ปัญหาของผู้สูงอายุที่พบบ่อยและการแก้ไข

การสื่อสารกับผู้สูงอายุ การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

5.2 อบรมการฝึกทักษะ หรือการสอนงาน (coaching) การสร้างเสริมพลังอำนาจ ซึ่งต้องอาศัยเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงใจ ให้แก่แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด โภชนากร เภสัชกร ซึ่งการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงใจประกอบด้วยหลักการสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ 1) การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (express empathy) 2) การหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง (avoid argument) 3) การช่วยให้เห็นถึงความขัดแย้ง (develop discrepancy) ในสิ่งที่เป็เป้าหมาย กับพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวของผู้ป่วย 4) การโอนอ่อนตามแรงต้าน (roll with resistance) ไม่ใช้การบังคับ แต่เป็นการเปลี่ยนมุมมองของผู้ป่วย และ 5) การสนับสนุนความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (support self-efficacy) ซึ่งทักษะที่ใช้มีหลายทักษะ เช่น การฟังอย่างเข้าใจและสะท้อนความ (reflective listening) การใช้คำถามปลายเปิด (asking open questions) การชื่นชม รับรอง ให้การสนับสนุนผู้ป่วย (directly affirming and supporting the patient) และการสรุปความ (summary statement) (Bundy, 2004; Treasure, 2004; Levensky, Forcehimes, O'Donohue, & Beitz, 2007)

5.3 อบรมโปรแกรมการให้ความรู้และการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้แก่พยาบาล นักกายภาพบำบัด โภชนากร และเภสัชกร เพื่อให้สามารถนำความรู้ไปใช้สอนการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วยได้

5.4 อบรมวิธีการเยี่ยมและติดตามอาการของผู้ป่วย ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การใช้ออกซิเจน การไชยา การประเมินสัญญาณชีพ

5.5 อบรมสมาชิกในทีมเกี่ยวกับการใช้แบบประเมินต่าง ๆ

6. พัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ทำการประมวลผลข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อให้ทราบข้อมูลทั้งระบบของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล

เช่น อัตราการนอนโรงพยาบาล อัตราการเข้ารักษาตัวที่ห้องฉุกเฉิน อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภายใน 28 วัน จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้านอนโรงพยาบาลต่อปี จำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมอาการกำเริบของโรคได้

ขั้นตอนการดำเนินงาน มีดังนี้

1. Guided Care nurse รวบรวมข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และดำเนินการประเมินผู้ป่วยแบบครอบคลุม โดยใช้แบบประเมินต่าง ๆ เช่น แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (Mini Mental State Examination: MMSE-Thai 2002) แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test: CMT) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment: MNA) (DiMaria-Ghalili & Guenter, 2008) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคที่ใช้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น the St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), the Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ) แบบประเมินผลกระทบจากโรคต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เช่น the COPD Assessment Test (CAT) (Jones Harding, Berry, Wiklund, Chen, & Kline Leidy, 2009), the Clinical COPD Questionnaire (CCQ) (van der Molen, Willemse, Schokker, ten Hacken, Postma, & Juniper, 2003; Reda, Kotz, Kocks, Wesseling, & van Schayck, 2010)

นอกจากนี้ ควรทำการประเมิน BODE index ซึ่งสามารถใช้บ่งชี้ระดับความรุนแรงของโรคและความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (Celli et al., 2004) โดยประเมินจากค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ระยะทางที่เดินได้บนพื้นราบเป็นเวลา 6 นาที (6-min walk distance: 6 MWD) ค่า FEV1 และระดับความรุนแรงของอาการเหนื่อย โดยใช้ the Modified Medical Research Council (MMRC) dyspnea scale (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553; Glaab, Vogelmeier, & Buhl, 2010) และรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น ความร่วมมือ

ในการใช้ยา การใช้ออกซิเจน การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ประเมินพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่บ้านที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายหรือมีอาการกำเริบของโรค ประเมินโรคร่วมต่างๆ ประเมินความสามารถในการสูดยาของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่นแบบ dry power inhalers เนื่องจากผู้ป่วยอาจไม่สามารถหายใจเข้าโดยใช้แรงสุดที่เพียงพอในการสูดยา (Gooneratne, Patel, & Corcoran, 2010) และประเมินด้านอื่นๆ ให้ครอบคลุมตามการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (comprehensive geriatric assessment) รวมทั้งรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแล เช่น ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ความต้องการ ความช่วยเหลือ ความเครียด ความเหนื่อยล้า และอาจมีการประเมินโดยใช้แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยดื้อรั้น (ทฤษฎีจิตเวช ทูลศิริ, รัชนี สรรเสริญ, และวรรณรัตน์ ลาวัณ, 2554)

2. ภายหลังการประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลแบบครอบคลุมที่บ้าน Guided Care nurse บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ จากนั้นนัดหมายให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมาวางแผนการดูแลตนเองร่วมกับแพทย์และพยาบาล ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาล แพทย์ทำการซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยเพิ่มเติม ภายหลังการวางแผนร่วมกัน และให้คอมพิวเตอร์ทำการสรุปผลแผนการรักษาดูแลผู้ป่วย พยาบาลพิมพ์แผนการรักษาดูแลผู้ป่วยสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ (Care Guide) เก็บไว้ในแฟ้มข้อมูล และพิมพ์แผนการรักษาดูแลสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว (My Action Plan) ให้ผู้ป่วยเก็บไว้ที่บ้าน พร้อมทั้งแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม ทั้งนี้ พยาบาล แพทย์ ผู้ป่วย และผู้ดูแลหลักมีการนัดหมายเพื่อปรับปรุงแผนทุก 1-3 เดือน หรือขึ้นอยู่กับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล

3. Guided Care nurse สอนผู้ป่วยตามโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้เวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลาอย่างน้อย 6 สัปดาห์ รวมเวลาทั้งสิ้น 15 ชั่วโมง โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการรักษาบำบัด ทักษะในการจัดการตนเอง การลด/หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เช่น การหยุดสูบบุหรี่ วิธีการในการบรรเทา

อาการเหนื่อยหอบ การใช้ยา การแสวงหาความช่วยเหลือ การจัดการตนเองและการตัดสินใจเมื่อมีอาการกำเริบของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดร่วมกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การบำบัดโดยใช้ออกซิเจน การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดซึ่งประกอบด้วยการออกกำลังกายโดยการเดิน การออกกำลังกายกล้ามเนื้อส่วนแขนและขา การดูแลตนเองด้านโภชนาการ การสรงนวดล้างงาน การจัดการกับความวิตกกังวลและความเครียด การฝึกบริหารการหายใจ และการไอเพื่อขับเสมหะออกอย่างมีประสิทธิภาพ

โปรแกรมการจัดการตนเอง มีลักษณะการสอนเป็นแบบกลุ่มเล็ก มุ่งเน้นตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และใช้แนวคิดของสมรรถนะแห่งตนร่วมด้วย ดังนั้น ในการสอนจึงให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง โดยเป็นเป้าหมายในระยะสั้น ถึงพฤติกรรมที่จะปฏิบัติ มีการสอบถามความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมทุกสัปดาห์ มีการสอนโดยใช้บุคคลต้นแบบ และเป็นรูปแบบของเพื่อนร่วมกลุ่มช่วยเหลือกัน มุ่งเน้นการเป็นหุ้นส่วนทางด้านสุขภาพ (Lorig & Holman, 2003) นอกจากนี้ บุคลากรทางด้านสุขภาพสาขาอื่นๆ เช่น โภชนาการ นักกายภาพบำบัด และเภสัชกร ยังมีส่วนร่วมในการสอนการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วยด้วย

นอกจากนี้ พยาบาลควรสอนการจัดการตนเองในโรคต่างๆ ที่ผู้สูงอายุเป็นร่วมด้วย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

4. มีโปรแกรมสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ สำหรับผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลบำบัดเป็นพิเศษ เช่น ผู้ป่วยที่ยังคงสูบบุหรี่ ไม่ออกกำลังกาย ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา

5. Guided Care nurse จัดโปรแกรมการฝึกปฏิบัติการให้แก่ผู้ดูแล โดยใช้แนวคิดของการจัดการตนเอง เนื้อหาที่สอนประกอบด้วยความรู้เรื่องโรค ทักษะการดูแลผู้ป่วย การช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามโปรแกรมการจัดการตนเอง การควบคุม จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น การจัดการกับความเครียด การติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ สมาชิกในครอบครัว และบุคคลในชุมชน

การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย โดยโปรแกรมดังกล่าว จัดขึ้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ โดยเป็นการสอนแบบกลุ่มเล็ก และใช้บุคคลต้นแบบร่วมในการสอน รวมทั้งอาจมีจิตแพทย์หรือพยาบาลที่เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิต สนับสนุนการสอนตามโปรแกรมในเรื่องการจัดการกับความเครียด นอกจากนี้ยังมีการจัดประชุมกลุ่มผู้ดูแลทุก 1-2 เดือน เพื่อส่งเสริมความเป็นหุ้นส่วนทางด้านสุขภาพ และเปิดโอกาสในการถ่ายทอดประสบการณ์ในด้านการจัดการกับความเครียด วิธีการจัดการกับปัญหา อันเป็นการสร้างเสริมความแข็งแกร่ง และพลังอำนาจให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม หากผู้ดูแลต้องการการสอนและการฝึกทักษะในรายบุคคลเพิ่มเติม เช่น ผู้ดูแลต้องการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม Guided Care nurse พิจารณาจัดโปรแกรมเพิ่มเติม

6. Guided Care nurse ประชุมกลุ่มกับบุคคลหรือองค์กรในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันแก้ไขปัญหา และพัฒนาให้มีแหล่งประโยชน์ในชุมชน ได้แก่ มีสถานที่และอุปกรณ์สำหรับการออกกำลังกาย เช่น จักรยานมือ จักรยานเท้า สายพานสำหรับเดิน ยางยืด สำหรับดึง (ชายชาญ โพธิรัตน์, 2550) มีสวนสาธารณะ มีชมรมออกกำลังกาย เช่น ไทชิ ชิงก (Tai chi Qigong) (Chan, Lee, Suen, & Tam, 2011) มีอุปกรณ์การให้ออกซิเจนให้ยืมใช้ มีอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลในช่วงเวลากลางวัน เช่น ดูแลการรับประทานอาหาร มีอาสาสมัครในการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ มีอาสาสมัครในการไปรับยาพ่นจากเงินในกรณีที่ยาพ่นหมดก่อนถึงวันที่แพทย์นัด หรือไปเติมออกซิเจนให้ผู้ป่วย สมาชิกในหมู่บ้านร่วมมือในการลดการเผาขยะ ไม่สูบบุหรี่ในพื้นที่สาธารณะ นอกจากนี้พยาบาลยังเป็นศูนย์กลางในการประสานงาน แนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ทราบและเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่มีในชุมชน

7. Guided Care nurse ติดตามอาการของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ หรือติดตามอาการผู้ป่วยที่บ้านด้วยตนเอง เดือนละ 1 ครั้ง หรือประสานงานกับพยาบาลจากหน่วย

เวชกรรมสังคม หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการติดตามอาการของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการติดตามผู้ดูแลถึงปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยทุก 1-3 เดือน โดยพยาบาลดูข้อมูลเกี่ยวกับวันที่และปัญหาของผู้ป่วย/ผู้ดูแลที่ต้องติดตามอาการจากระบบติดตามในโปรแกรมคอมพิวเตอร์

8. หากผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพที่ต้องเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล Guided Care nurse จะติดตามอาการผู้ป่วยที่โรงพยาบาล มีการประสานงานในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลและทีมแพทย์ที่ทำงานในหอผู้ป่วย โดยปฏิบัติตามแนวปฏิบัติและแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่สร้างขึ้น ภายหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้ว Guided Care nurse หรือพยาบาลจากหน่วยเวชกรรมสังคม หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ติดตามอาการของผู้ป่วยที่บ้านภายใน 24 ชั่วโมง และสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ หรือติดตามอย่างต่อเนื่องตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ภายหลังจากการติดตามอาการผู้ป่วยที่บ้าน จะมีการลงบันทึกในแบบฟอร์มเยี่ยมบ้าน และบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ต่อไป

ขั้นตอนการประเมินผล

ภายหลังจากดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลแบบไกด์ ควรมีการประเมินผลผู้ป่วยเกี่ยวกับค่า BODE index ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและซับซ้อน คุณภาพชีวิต และผลกระทบจากโรค โดยใช้ the COPD Assessment Test (CAT) หรือ the Clinical COPD Questionnaire (CCQ) โดยทำการประเมินทุก 2-3 เดือน นอกจากนี้ควรประเมินภาวะซึมเศร้า ความสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ จำนวนครั้งที่เข้านอนโรงพยาบาลต่อปี การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน การเข้ารับการรักษาตัวที่ห้องฉุกเฉิน จำนวนครั้งที่เข้าหาพ่นจากเงินต่อวัน ความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตัวเพื่อจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคร่วม สำหรับผู้ดูแลนั้น ควรมีการประเมินความเหนื่อยล้า ความเครียด และภาระในการดูแล นอกจากนี้

ควรมีการประเมินผลโดยภาพรวมทั้งระบบ โดยประเมินเกี่ยวกับอัตราการนอนโรงพยาบาล อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน การเข้ารับรักษาตัวที่ห้องฉุกเฉิน จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จำนวนครั้งที่เข้านอนโรงพยาบาลต่อปี และจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมการกำเริบของโรคได้

รูปแบบการดูแลแบบไกด์เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิผล และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในประเทศไทยได้ รูปแบบนี้ส่งเสริมให้ Guided Care nurse มีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมากในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ การปรับเปลี่ยนกระบวนการที่ศูนย์ในระบบสุขภาพโดยใช้รูปแบบการดูแลแบบไกด์ที่ขับเคลื่อนการทำงานภายใต้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมินั้น มีการทำงานประสานร่วมมือกันระหว่างบุคลากรทางด้านสุขภาพกับหน่วยงานและบุคคลในชุมชน รวมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลภายใต้การประสานงานของพยาบาล จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายอย่างยิ่งสำหรับวิชาชีพพยาบาล อันจะช่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ทางบวกด้านสุขภาพ และส่งผลให้การทำงานในระบบบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2553). รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2550-2552. สืบค้น วันที่ 29 พฤศจิกายน 2555, จาก http://www.boe.moph.go.th/files/report/20110411_52687420.pdf

กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2553. สืบค้น วันที่ 29 พฤศจิกายน 2555, จาก http://www.boe.moph.go.th/files/report/20120220_61501917.pdf

จันทลี อ้อยแก้ว. (2557). ประสิทธิภาพของการให้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการวางแผนจำหน่ายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จิราพร รักษายศ, และศิริเพ็ญ ลิทธิบริบูรณ์. (2556). ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกคนรักข่ปอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 22(6), 973-978.

ชญชิตาคุณ ฑูลศิริ, รัตน์ สรรเสริญ, และวรรณรัตน์ ลาวัจ. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 62-75.

ชายชาญ โพธิรัตน์. (2550). การฟื้นฟูสมรรถภาพการหายใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารวัณโรคโรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต*, 28(3-4), 159-167.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). *แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553*. กรุงเทพฯ: ยูนิเจน อุลตราไวโอเล็ต.

Aliotta, S. L., et al. (2008). Guided care: A new frontier for adults with chronic conditions. *Professional Case Management*, 13(3), 151-158.

Boult, C., et al. (2008). Early effects of "Guided Care" on the quality of health care for multimorbid older persons: A cluster-randomized controlled trial. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 63(3), 321-327.

Boult, C., et al. (2011). The effect of guided care teams on the use of health services: Results from a cluster-randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 171(5), 460-466.

- Boult, C., Karm, L., & Groves, C. (2008). Improving chronic care: The "Guided Care" model. *The Permanente Journal*, 12(1), 50-54.
- Boyd, C. M., et al. (2007). Guided care for multimorbid older adults. *The Gerontologist*, 47(5), 697-704.
- Boyd, C. M., et al. (2008). A pilot test of the effect of guided care on the quality of primary care experiences for multimorbid older adults. *Journal of General Internal Medicine*, 23(5), 536-542.
- Boyd, C. M., et al. (2010). The effects of guided care on the perceived quality of health care for multi-morbid older persons: 18-month outcomes from a cluster-randomized controlled trial. *Journal of General Internal Medicine*, 25(3), 235-242.
- Bundy, C. (2004). Changing behaviour: Using motivational interviewing techniques. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97(suppl. 44), 43-47.
- Celli, B. R., et al. (2004). The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. *The New England Journal of Medicine*, 350(10), 1005-1012.
- Chan, A. W., Lee, A., Suen, L. K., & Tam, W. W. (2011). Tai chi Qigong improves lung functions and activity tolerance in COPD clients: A single blind, randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 19(1), 3-11.
- Coventry, P. A., Gemmell, I., & Todd, C. J. (2011). Psychosocial risk factors for hospital readmission in COPD patients on early discharge services: A cohort study. *BMC Pulmonary Medicine*, 11, 49.
- DiMaria-Ghalili, R. A., & Guenter, P. A. (2008). The Mini Nutritional Assessment. *The American Journal of Nursing*, 108(2), 50-59.
- Garvey, C., & Ortiz, G. (2012). Exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *The Open Nursing Journal*, 6, 13-19.
- Giddens, J. F., Tanner, E., Frey, K., Reider, L., & Boult, C. (2009). Expanding the gerontological nursing role in Guided Care. *Geriatric Nursing*, 30(5), 358-364.
- Glaab, T., Vogelmeier, C., & Buhl, R. (2010). Outcome measures in chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Strengths and limitations. *Respiratory Research*, 11, 79.
- Gooneratne, N. S., Patel, N. P., & Corcoran, A. (2010). Chronic obstructive pulmonary disease diagnosis and management in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(6), 1153-1162.
- Ito, K., Colley, T., & Mercado, N. (2012). Geroprotectors as a novel therapeutic strategy for COPD, an accelerating aging disease. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 7, 641-652.
- Jones, P. W., Harding, G., Berry, P., Wiklund, I., Chen, W. H., & Kline Leidy, N. (2009). Development and first validation of the COPD Assessment Test. *The European Respiratory Journal*, 34(3), 648-654.
- Levensky, E. R., Forcehimes, A., O'Donohue, W. T., & Beitz, K. (2007). Motivational interviewing: An evidence-based approach to counseling helps patients follow treatment recommendations. *The American Journal of Nursing*, 107(10), 50-58.

- Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Nazir, S. A., & Erbland, M. L. (2009). Chronic obstructive pulmonary disease: An update on diagnosis and management issues in older adults. *Drugs & Aging*, 26(10), 813-831.
- Osthoff, M., Jenkins, C., & Leuppi, J. (2013). Chronic obstructive pulmonary disease- A treatable disease. *Swiss Medical Weekly*, 143, w13777.
- Reda, A. A., Kotz, D., Kocks, J. W., Wesseling, G., & van Schayck, C. P. (2010). Reliability and validity of the Clinical COPD Questionnaire and Chronic Respiratory Questionnaire. *Respiratory Medicine*, 104(11), 1675-1682.
- Treasure, J. (2004). Motivational interviewing. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(5), 331-337.
- van der Molen, T., Willemse, B. W., Schokker, S., ten Hacken, N. H., Postma, D. S., & Juniper, E. F. (2003). Development, validity and responsiveness of the Clinical COPD Questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 13.
- Wolff, J. L., et al. (2009). Caregiving and chronic care: The Guided Care Program for Families and Friends. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 64(7), 785-791.
- Wolff, J. L., et al. (2010). Effects of Guided Care on family caregivers. *The Gerontologist*, 50(4), 459-470.
-

บทบาทพยาบาลในการลดความวิตกกังวลจากการพรากจากของเด็กวัยก่อนเรียน The Role of Nurses in Reducing Separation Anxiety in Pre-school Children

ณัชนันท์ ชีวานนท์, ปส.ด. (การพยาบาล) *

Natchanan Chivanon, Ph.D. (Nursing) *

เด็กวัยก่อนเรียน เป็นวัยที่มีพัฒนาการอย่างรวดเร็ว ในหลายๆ ด้าน มีการพัฒนาความไว้วางใจในผู้ดูแล เด็กวัยนี้ เป็นวัยที่ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง ยังไม่มีความคิดรวบยอดเกี่ยวกับเวลา การรับรู้เหตุการณ์ไม่ถูกต้อง เป็นวัยที่กลัวสิ่งแปลกปลอม กลัวคนแปลกหน้า กลัวถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว และเนื่องจากเด็กวัยนี้มีความผูกพันกับมารดามาก การแยกจากมารดาจึงเป็นเสมือนการถูกทอดทิ้ง เด็กจึงเกิดความวิตกกังวลจากการพรากจากได้ง่าย ซึ่งความวิตกกังวลจากการพรากจากทำให้เกิดปัญหาพัฒนาการด้านจิตใจและอารมณ์ตามมา และหากมีอาการรุนแรงและยาวนาน อาจทำให้เป็นโรคทางจิตเวชได้ นอกจากนี้ ความวิตกกังวลยังเป็นสาเหตุของการเกิดความกลัวโรงเรียนในวัยเด็ก และกลัวสังคมในวัยรุ่นด้วย ดังนั้น การเรียนรู้ลักษณะปัจจัยและผลกระทบของความวิตกกังวลจากการพรากจากในเด็กวัยก่อนเรียน เพื่อหาแนวทางป้องกันและช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาดังกล่าวให้สามารถผ่านไปได้ด้วยดี พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ปกครอง ในการดูแลเด็กเพื่อลดความวิตกกังวลจากการพรากจาก รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการลดความวิตกกังวลลง เพื่อให้เด็กมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ดีต่อไป

การพรากจาก ความหมายตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2552 หมายถึง การจากไป การแยกออกจากกัน การเอาออกจากกัน เด็กที่ถูกพรากจากนั้น ความกลัวจากการพรากจากเป็นความรู้สึกทางด้านอารมณ์ของเด็กที่วิตกกังวล อันเนื่องมาจากความรู้สึกของ

เด็กที่ต้องพรากจากสมาชิกในครอบครัว บุคคล หรือสถานที่อันเป็นที่รัก (Cassidy & Shaver, 1999; Spencer, 2006) ส่วนใหญ่เด็กที่อยู่ในวัยทารกและวัยก่อนเรียนจะมีความรู้สึกผูกพันต่อบิดามารดาและสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้ เนื่องจากบุคคลเหล่านี้ ทำให้เด็กเกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย สุขสบาย และปกป้องคุ้มครองเด็กได้ ความผูกพันที่มั่นคงระหว่างเด็กกับผู้ดูแลนั้น มีความจำเป็นต่อความเชื่อมั่นในความรู้สึกปลอดภัย (security) และความจำเป็นต่อการสร้างบุคลิกภาพของเด็ก นอกจากนี้ยังทำให้เด็กมีพัฒนาการทางด้านสติปัญญาที่ก้าวหน้าต่อไป และสามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคมนอกครอบครัวได้

เมื่อเด็กต้องแยกไปอยู่กับบุคคลอื่นหรือสถานที่อื่นที่ไม่คุ้นเคย จะทำให้เด็กเกิดความวิตกกังวลจากการพรากจากได้ (Cassidy & Shaver, 1999) โดยปกติแล้ว ความวิตกกังวลจากการพรากจากเป็นขั้นตอนหนึ่งที่อยู่ในพัฒนาการปกติในชีวิตเด็ก (Commodari, 2013) ที่เด็กต้องเรียนรู้เรื่องตัวตนที่จะเป็นอิสระจากบิดามารดา และเพื่อการสร้างพัฒนาการทางด้านสังคมกับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บิดามารดา เมื่อเด็กต้องพรากจากบิดามารดา เช่น เข้ารับการเลี้ยงดูในสถานรับเลี้ยงเด็กเป็นครั้งแรก ที่ไม่มีทั้งบิดามารดาและญาติพี่น้อง จึงเป็นช่วงเวลาที่ทำให้เด็กเกิดความตื่นเต้น กระวนกระวายใจ พบว่าเด็กส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65) จะหยุดร้องไห้ภายใน 3-4 นาที หลังจากนั้นเด็กก็จะปรับตัวให้เข้ากับสถานรับเลี้ยงเด็กได้ แต่เด็กที่ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ (ร้อยละ 35) จะเกาะติดบิดามารดา ญาติ/พี่เลี้ยงเด็ก อาละวาด รบกวนเด็กคนอื่น ยากที่จะปรับตัวในการเปลี่ยนแปลง

* อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

กิจวัตรประจำวันที่แตกต่างกันจากเดิมได้ (McLeod, 2013) และในบางรายอาจปฏิเสธบิดามารดาหรือแสดงอาการก้าวร้าวต่อบิดามารดา ถ้าเด็กมีอาการของการวิตกกังวลจากการพรากจากที่รุนแรง กล่าวคือ มีอาการอยู่นานถึง 4 สัปดาห์ จะก่อให้เกิดความวิตกกังวล กระสับกระส่าย ถือได้ว่าเป็นความผิดปกติหรือเป็นโรคความวิตกกังวลจากการพรากจากได้ ที่เรียกว่า SAD (separation anxiety disorder) (กวี สุวรรณกิจ, 2541) ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาทางด้านอารมณ์ที่รุนแรง ถ้าไม่ได้รับการรักษาและปล่อยทิ้งไว้ เด็กจะเกิดอาการตื่นตระหนก (panic disorder) และมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น นอกจากนี้ ผลในระยะยาวของความวิตกกังวลจากการพรากจากในเด็กยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภทชนิดต่าง ๆ ซึ่งทำให้อายุขัยชีวิตของเด็กและครอบครัวเสื่อมถอยลง เช่น โรคกังวลทั่วไป (generalized anxiety disorder) โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) โรคความเจ็บปวดที่เกิดทางกายโดยมีสาเหตุจากทางใจ (pain disorder) และโรคติดแอลกอฮอล์ (alcohol dependence) (Ellen, Gina, Healther, Jaelline, & Jeanne, 2008) จากการศึกษาของ Pilkington and Piersel (1991 cited in Kaminski, 1998) พบว่าร้อยละ 80 ของเด็กเล็กที่มีความยากลำบากในการปรับตัวในโรงเรียนระดับประถมศึกษา นั้น เป็นผลมาจากที่เด็กเกิดความวิตกกังวลจากการพรากจากและความผูกพันกับผู้ดูแล เด็กจะไม่สามารถปรับตัวในการใช้ชีวิตในสถานศึกษาเกิดความสงสัยในใจ ไม่ไว้วางใจคนแปลกหน้า บางรายแสดงออกถึงอาการเจ็บป่วยทางกาย เช่น ปวดศีรษะ เจ็บคอ ปวดท้อง ท้องเสีย อ่อนเพลีย และเรียกร้องที่จะอยู่ที่บ้านแทนการไปโรงเรียน และถ้าถูกบังคับให้ไปโรงเรียน เด็กจะแสดงพฤติกรรมร้องไห้ แสดงอารมณ์ร้าย ถอยหนี เกาะติดบิดามารดา นอกจากนี้ ความเครียดที่เกิดจากการพรากจากยังส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กตามมา จากงานวิจัยของ Schore (2001) สนับสนุนว่าสัมพันธภาพที่ดี มีความรัก ความผูกพันระหว่างเด็กกับผู้ดูแล มีผลกระทบต่อพัฒนาการทางด้านสติปัญญาและสมองด้านขวา ส่วนความเครียดและความวิตกกังวลจะมีผลต่อการหลั่งคอร์ติซอล (cortisol) ในสมอง และจะหยุดยั้งความกระตือรือร้นในการเรียนรู้

สิ่งแวดล้อม ทำให้ความสามารถทางด้านสติปัญญาของเด็กลดลง และเด็กจะมีความก้าวร้าวเพิ่มขึ้น (McLeod, 2013)

ความวิตกกังวลที่เด็กแสดงออกนั้น จะส่งผลกระทบต่ออย่างมากต่อตัวเด็ก เช่น ในระยะสั้นจะมีผลต่อการเรียนรู้ของเด็ก เด็กจะแสดงพฤติกรรมที่แสดงความโกรธ กลัว ซึมเศร้า แยกตัว วังวน หลบซ่อน เด็กบางคนร้องไห้เกร็งตัวแข็งอยู่กับที่หรืออ่อนปวกเปียกไปทั้งตัว นอกจากนี้ อาจแสดงออกทางพฤติกรรม เช่น การไม่ยอมนอน การไม่ยอมรับประทานอาหาร การเพิกเฉยหรือไม่สนใจผู้ปกครอง ทำให้เด็กมีสุขภาพกายแย่งและเจริญเติบโตไม่เต็มที่ และการที่เด็กไม่เข้าร่วมกิจกรรมทำให้ออกาสในการพัฒนาทางด้านอารมณ์และสังคมของเด็กเสียไปด้วย (กวี สุวรรณกิจ, 2541; Watkins, 2001)

ดังนั้น เพื่อให้การดูแลสุขภาพเด็กเป็นไปอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันและลดความวิตกกังวลจากการพรากจากในเด็กวัยก่อนเรียน รวมถึงให้คำแนะนำแก่ครอบครัวเด็กและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็ก เพื่อเป็นการลดการเกิดความวิตกกังวลจากการพรากจาก และเพื่อให้เด็กมีการเจริญเติบโตได้เหมาะสมกับวัยและพัฒนาศักยภาพได้อย่างเต็มที่

ความวิตกกังวลจากการพรากจาก

ความวิตกกังวลจากการพรากจาก (separation anxiety) ของเด็ก คือ กลุ่มอาการทางอารมณ์ของเด็กที่เกิดขึ้น เมื่อต้องแยกจากมารดาหรือผู้ดูแลซึ่งเด็กรู้สึกรักใคร่และผูกพันเป็นพิเศษ เกิดขึ้นเนื่องจากเด็กเกิดความกลัวว่าตนเองนั้นสูญเสียความรักความผูกพันกับบุคคลอันเป็นที่รัก (Cassidy & Shaver, 1999) เด็กจะรู้สึกลังเลความมั่นคงปลอดภัย วิตกกังวล กังวลใจ เศร้าใจ ความวิตกกังวลจากการพรากจากของเด็กนี้ จัดว่าเป็นความเครียดที่ยิ่งใหญ่ที่สุดในชีวิตที่เด็กต้องเผชิญ เด็กจะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากเดิมที่ยอมให้ใคร ๆ อุ้มหรือเล่นได้ กลับกลายเป็นเด็กที่งอแง เกาะติดบิดามารดา และจะมีอาการกลัว กรีดร้อง เมื่อเห็นว่าตนเองกำลังถูกบิดามารดาทิ้งให้อยู่กับบุคคลอื่น ความวิตกกังวลจากการพรากจากนี้ถือว่าเป็นสิ่งปกติสำหรับเด็ก (Commodari, 2013) และเป็นปฏิกิริยาหนึ่ง

ที่เด็กใช้เพื่อโอกาสการอยู่รอดของเด็ก

ลักษณะของพฤติกรรมความวิตกกังวลจากการพรางจากของเด็กแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุคนธ์, ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, วิไล เลิศธรรมเทวี, อัจฉรา เป็รื่องเวทย์, พรณรัตน์ แสงเพิ่ม, และสุดาภรณ์ พัยคมเรือง, 2555; Bowlby, 1973; Cassidy & Shaver, 1999; Hockenberry, & Wilson, 2015)

1. พฤติกรรมประท้วง (protest) เด็กจะแสดงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดเมื่อเด็กเริ่มถูกพรางจากผู้ดูแล โดยเด็กจะแสดงอาการโกรธ มีอารมณ์รุนแรงต่อผู้ดูแล เนื่องจากความคับข้องใจ ด้วยการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว กรีดร้องเสียงดัง กัด ทบตี ร้องไห้ สอดสายสายตาหาผู้ดูแล ปฏิเสธการดูแลจากบุคคลอื่น เกาะติดแน่น จูกรังผู้ดูแล เป็นต้น พฤติกรรมนี้จะยาวนานเป็นชั่วโมงหรือหลายวัน และการที่มีคนแปลกหน้าเข้ามาอยู่ใกล้ เด็กจะแสดงพฤติกรรมประท้วงหรือต่อต้านกับคนแปลกหน้าอย่างรุนแรงทั้งทางวาจาและทางกาย เช่น ตะโกนไล่คนแปลกหน้า ตี เตะ กัด หยิก โดยเด็กจะพยายามปีนป่ายหนีจากเตียงหรือเจ้าหน้าที่ เพื่อตามหาบิดามารดาหรือผู้ดูแล จูกรังทุกวิถีทางเพื่อให้บิดามารดาหรือผู้ดูแลอยู่ด้วยการร้องไห้หรือการแสดงพฤติกรรมต่อต้านจะมีอย่างต่อเนื่องหรือหยุดเป็นระยะๆ ขึ้นอยู่กับพลังของเด็กและคุณภาพการดูแลจากผู้ดูแล และเมื่อบิดามารดาเข้ามาเยี่ยม เด็กจะประท้วงมากขึ้น ร้องไห้มากขึ้น ซึ่งบิดามารดาจะมีความวิตกกังวลมากขึ้น และอาจคิดว่าการมาเยี่ยมทำให้เกิดผลเสียต่อเด็กมากกว่า

2. พฤติกรรมสิ้นหวัง (despair) เป็นระยะที่ต่อจากระยะต่อต้าน เป็นระยะที่เด็กยังต้องการมารดาหรือผู้ดูแลใกล้ชิดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของเด็ก พฤติกรรมระยะนี้เกิดขึ้นเนื่องจากการต่อต้านไม่ได้ผล เด็กคิดว่ามารดาหรือผู้ดูแลไม่กลับมาอีก หรือทอดทิ้งไปเลย เด็กจะแสดงพฤติกรรมซึมเศร้า ไม่เกรี้ยวกราด ไม่ร้อง อยู่นิ่งๆ แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่เล่น ไม่พูดหรือสื่อสารกับผู้อื่น ปฏิเสธอาหาร น้ำดื่ม และการเล่น ทำทางอิดโรยอ่อนเพลีย อาจมีพฤติกรรมถดถอย เช่น ดูดนิ้ว ถ่ายปัสสาวะรดที่นอน กลับไปดูดนมจากขวดแทนการดื่มจากถ้วย

เด็กบางคนอาจทำร้ายตนเองด้วยการดิ่งผม ข่วนหน้า หรือเอาศีรษะฟาดเตียง พฤติกรรมนี้อาจยาวนานเป็นชั่วโมงเป็นวัน หรือหลายวัน แตกต่างกันไปในแต่ละคน ระยะนี้เด็กยังต้องการบิดามารดาหรือผู้ดูแลอยู่ เด็กรู้สึกสิ้นหวังเนื่องจากการประท้วงไม่ได้ผล ไม่สามารถเรียกร้องให้คนที่เด็กรักกลับมาได้ และคิดว่าบิดามารดาหรือผู้ดูแลอาจไม่กลับมาหาอีก เด็กจะลดความไว้วางใจบิดามารดาลง ระยะนี้เด็กมักจะยอมให้ความร่วมมือในการรักษาที่เจ็บปวดหรืออาจต่อต้านเพียงเล็กน้อย ถ้าบิดามารดาเข้ามาเยี่ยม เด็กจะร้องไห้อย่างรุนแรง แสดงอาการโกรธ โมโห ทำให้บิดามารดาเข้าใจผิดว่าการไม่มาเยี่ยมจะทำให้เด็กมีพฤติกรรมที่ตีกว่า

3. พฤติกรรมปฏิเสธ (denial or detachment) ระยะนี้จะสัมพันธ์กับพฤติกรรมการระงับหรือยับยั้งพฤติกรรมบางอย่าง (repression) ระยะนี้จะปรากฏขึ้นถ้าเด็กต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน เด็กจะแสดงพฤติกรรมสนใจสิ่งแวดล้อมมากขึ้น รับประทานอาหารได้ ทำทางมีความสุข ยินยอมที่จะเล่น และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลใหม่ได้ดีขึ้น สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้อย่างผิวเผิน หลีกเลียงที่จะใกล้ชิดกับใครคนใดคนหนึ่ง ถ้าบิดามารดาหรือผู้ดูแลมาเยี่ยม เด็กอาจทำเป็นไม่สนใจ เสมือนว่าปรับตัวได้แล้ว เนื่องจากเด็กเก็บความรู้สึกไว้ ไม่กล้าเสี่ยงที่จะใกล้ชิดและไว้วางใจบิดามารดาหรือผู้ดูแลอีกต่อไป บางคนอาจรุนแรงถ้าการพรางจากนี้มีระยะเวลาที่ยาวนาน พฤติกรรมในระยะนี้จะแสดงออกเช่นเดียวกับการสูญเสียบิดามารดาหรือผู้ดูแล เด็กจะปรับความรู้สึกผูกพันเพื่อช่วยให้ตนเองไม่ทุกข์ทรมานกับการรอคอยให้บิดามารดาหรือผู้ดูแลกลับมาหา แสดงถึงความจำนนต่อการพรางจากที่กำลังเผชิญอยู่ ซึ่งไม่ใช่การยอมรับสถานการณ์อย่างจริงจัง เด็กจะเริ่มหันมาสนใจตัวเอง นั่งโยกตัว ดัดของใช้หรือของเล่นเก่า นับเป็นระยะอันตรายที่พยาบาล บิดามารดาหรือผู้ดูแล ต้องเข้าใจถึงพฤติกรรมที่เด็กแสดงออกนี้ว่าเด็กกำลังรู้สึกขาดบิดามารดาหรือผู้ดูแลมานานจนพัฒนาพฤติกรรมนี้ขึ้น การกลับมาของบิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กจะแสดงพฤติกรรมร้องไห้ต่อต้าน และแสดงท่าที่ไม่ต้องการให้บิดามารดาหรือผู้ดูแลมาดูแลตน ทั้งๆ ที่ความจริงแล้วเด็กต้องการให้บิดามารดาหรือผู้ดูแลกลับมาหาอย่างมาก

(ศรีสมบุญ มุสิกสุนทร และคณะ, 2555; Bowlby, 1973; Cassidy & Shaver, 1999; Littlejohn, 2013)

จากการศึกษาของฉันทน์ ชีวานนท์ และมนิรัตน์ ภาครูป (2559) ที่ศึกษาความวิตกกังวลจากการพรากจากในเด็กวัยก่อนเรียนในสถานรับเลี้ยงเด็ก พบว่าเมื่อเด็กต้องแยกจากบิดามารดา เด็กวัยก่อนเรียนแสดงพฤติกรรมความวิตกกังวลจากการพรากจากทั้ง 3 พฤติกรรม โดยแสดงพฤติกรรมประท้วงมากที่สุด รองลงมาเป็นพฤติกรรมสิ้นหวัง และพฤติกรรมปฏิเสธ ดังนั้น ความเข้าใจในพฤติกรรมที่เด็กแสดงออกจะช่วยให้บิดามารดาหรือผู้ดูแลสามารถแสดงออกในการดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสม และช่วยให้เด็กสามารถปรับตัวและผ่านพ้นภาวะนี้ไปได้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลจากการพรากจากในเด็กวัยก่อนเรียน

ความวิตกกังวลจากการพรากจากมีผลต่อสุขภาพของเด็กวัยก่อนเรียนทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยของการเกิด จะทำให้สามารถหาวิธีการป้องกันการเกิดความวิตกกังวลจากการพรากจากในเด็กได้ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลจากการพรากจาก สรุปได้ดังนี้

1. พื้นฐานทางอารมณ์ของเด็ก (child-temperament) เป็นผลมาจากพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เด็กมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน พื้นฐานทางอารมณ์ของเด็กแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม (ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย, 2556; Thomas & Chess, 1977) ได้แก่ กลุ่มที่ 1 กลุ่มเด็กเลี้ยงง่าย พบได้มากที่สุด ประมาณร้อยละ 60 ของเด็กทั้งหมด เด็กกลุ่มนี้จะมีลักษณะการทำงานของร่างกายสม่ำเสมอ ปรับตัวได้รวดเร็ว กินง่าย นอนตรงเวลา เลี้ยงง่าย กลุ่มที่ 2 กลุ่มเด็กเลี้ยงยาก พบได้ประมาณร้อยละ 10 จะมีลักษณะตรงกันข้ามกับกลุ่มแรก โดยมีระบบการทำงานของร่างกายไม่สม่ำเสมอ ตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามากระตุ้นด้วยการถอยหนี ปรับตัวยาก ปรับตัวช้า ต้องใช้เวลานาน อารมณ์เสื่อง่าย การแสดงออกไม่คงที่ในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การกิน การนอน การขับถ่าย หงุดหงิดง่าย โวยวายเก่ง และกลุ่มที่ 3 กลุ่มที่

ปรับตัวช้า กลุ่มนี้จะมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ อยู่ในระดับปานกลาง ต้องใช้เวลานานในการฝึกทักษะ เด็กจึงจะพัฒนาได้ดี พื้นฐานทางอารมณ์ของเด็กมีผลต่อความวิตกกังวลจากการพรากจาก (Thomas & Chess, 1977; Young & Szpunar, 2012) เนื่องจากเด็กที่มีพื้นฐานทางอารมณ์ที่แตกต่างกัน จะมีการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้า เช่น การปรับตัว ความเครียด ความวิตกกังวล ที่แตกต่างกัน เด็กที่เลี้ยงยากจะหงุดหงิดง่าย ปรับตัวยาก เมื่อต้องปรับตัวต่อสถานที่ใหม่ บุคคลที่ไม่คุ้นเคย จะทำให้เด็กอารมณ์เสียได้ง่ายกว่าเด็กที่เลี้ยงง่าย (Thomas & Chess, 1977)

2. ความผูกพันระหว่างเด็กกับบิดามารดา/ผู้ดูแล (parent/caregiver-child attachment) เป็นความสัมพันธ์ทางอารมณ์ระหว่างเด็กที่มีต่อบิดามารดาหรือผู้ดูแลที่สามารถตอบสนองความต้องการของเด็กและปกป้องเด็กได้ ทำให้เด็กรู้สึกมีความมั่นคง ปลอดภัย ในช่วงแรกของชีวิตเด็กจะใช้มารดาหรือผู้ดูแลในการสร้างความรักความผูกพันเป็นครั้งแรก ต่อมาเด็กก็สามารถขยายความรักความผูกพันไปยังผู้ดูแลคนอื่น ๆ ที่ไวและสามารถตอบสนองต่อปฏิกริยาทางสังคมของเด็กได้ (Bowlby, 1973) ถ้าผู้ดูแลกับเด็กมีความผูกพันใกล้ชิดกัน จะทำให้เด็กรู้สึกได้รับการยอมรับ รู้สึกมั่นคง ปลอดภัย มีความมั่นใจในการทำสิ่งต่าง ๆ ซึ่งจะแสดงออกทางพฤติกรรมระหว่างเด็กกับผู้ดูแล โดยดูจากความพอใจ การตอบสนอง และการแสดงออกด้านสังคม ส่วนเด็กที่ไม่ได้อยู่กับครอบครัวหรืออยู่กับผู้ดูแลที่ไม่ได้ให้ความรักความผูกพันเพียงพอ เด็กจะไม่สามารถปรับตัวเมื่อเกิดความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม (Learnard, 2002) การศึกษาของแสงทอง เลิศประเสริฐพงศ์ (2544) พบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับบุตรที่ถูกแยกจากมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดากับทารก การศึกษาของอาภาพรรณ ทิมวีวรรณ (2547) พบว่าเด็กที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ดูแล สามารถเตรียมความพร้อมได้เร็วกว่าเด็กที่ไม่ค่อยมีสัมพันธ์ภาพกับผู้ดูแลและมีระยะเวลาของความวิตกกังวลจากการพรากจากน้อยลง และการศึกษาของฉันทน์ ชีวานนท์ และมนิรัตน์ ภาครูป (2559) ก็พบว่าความผูกพันระหว่างมารดากับเด็กมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการพรากจากของ

เด็กวัยก่อนเรียนเช่นกัน

3. ความเครียดและสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแล (caregiver-stress) ความวิตกกังวลจากการพรางจากของเด็กนั้นขึ้นอยู่กับสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลด้วยผู้ดูแลที่มีสภาพทางอารมณ์ปกติจะสามารถสะท้อนความรู้สึกของตนเอง มีการตอบสนองต่อเด็กอย่างเหมาะสม แต่ถ้าผู้ดูแลมีความเครียด ความเข้าใจต่อสภาพทางอารมณ์ของเด็กนั้นเบี่ยงเบนไป การมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก เด็กจะรับรู้ถึงความรู้สึกที่ไม่อบอุ่น ไม่ปลอดภัย นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดในการคิดวิเคราะห์ปัญหา และมีการตอบสนองต่ออารมณ์ของเด็กที่ไม่เหมาะสม การศึกษาของ Hammen, Gordon, Burge, Adrian, Jaenicke, & Hiroto (1987) พบว่ามารดาที่มีภาวะเครียด จะส่งผลต่อสภาพจิตใจของบุตรหรือความสามารถในการปรับตัวเมื่อเข้าเรียน และความสามารถทางสังคมของบุตร

4. รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู (parenting-style) มีผลต่อความวิตกกังวลของเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูมี 4 ประเภท ได้แก่ แบบประชาธิปไตย แบบเข้มงวด แบบตามใจ และแบบปล่อยปละละเลย (Baumrind, 1989) จากการศึกษาพบว่าเด็กที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตยจะมีความคิดเชิงบวก เป็นเหตุเป็นผล จะมีความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี และมีความวิตกกังวลน้อยกว่าเด็กที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบอื่นๆ (Weiss & Schwarz, 1996) จากการศึกษาของ Wolfradt, Hempel, and Miles (2003) ที่ศึกษารูปแบบการอบรมเลี้ยงดูกับความวิตกกังวลและพฤติกรรมในการจัดการความวิตกกังวลของเด็ก พบว่าเด็กกลุ่มที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุมมีความวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่และแบบตามใจ และจากการศึกษาของ Murphy (1993) ที่ศึกษาการอบรมเลี้ยงดูเด็ก พบว่าการอบรมเลี้ยงดูแบบตามใจส่งผลต่อความวิตกกังวลของเด็กมากกว่าการอบรมเลี้ยงดูแบบอื่นๆ

5. ประเภทของครอบครัว (family-type) เด็กที่อยู่ในครอบครัวขยายจะพัฒนาความรักความผูกพันต่อผู้ดูแลหลายคน เช่น ป้า ย่า ตา ยาย เด็กเหล่านี้จะปรับตัว

กับสิ่งใหม่ๆ และคนแปลกหน้าได้ง่ายกว่า ส่วนเด็กที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวที่ไม่ค่อยได้พบปะบุคคลอื่นมากมักการให้เด็กแยกจากบุคคลในครอบครัวเพื่อสร้างความผูกพันกับบุคคลใหม่อาจทำได้ไม่ง่ายขึ้น (Balaban, 2013) เด็กจึงมีโอกาสที่จะเกิดความเครียดจากการพรางจากบุคคลในครอบครัวค่อนข้างสูง

นอกจากนี้ พบว่ามีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อความวิตกกังวลจากการพรางจากของเด็ก เช่น ความยากจน ครอบครัวแตกแยก การย้ายบ้านใหม่ การมีน้องใหม่ ภาวะเครียดในครอบครัว การเจ็บป่วยหรือการตายของคนในครอบครัว การเปลี่ยนพี่เลี้ยงใหม่ และเด็กที่มีลักษณะพิเศษ (Watkins, 2001; Balaban, 2013) ซึ่งเด็กที่มีลักษณะพิเศษนั้น สื่อสัญญาณของเข่าอ่านยาก ทำให้ผู้ดูแลตอบสนองได้อย่างไม่เหมาะสม

ผลกระทบของความวิตกกังวลจากการพรางจาก

เมื่อเกิดความวิตกกังวลจากการพรางจากขึ้นกับเด็ก มีผลกระทบที่เกิดขึ้นกับเด็กหลายประการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2556; Videbeck, 2008)

1. ผลกระทบต่อตัวเด็ก

1.1 ด้านร่างกาย ความวิตกกังวลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมีและสรีรวิทยา เป็นผลให้ร่างกายมีการหลั่งฮอริโมนอีพิเนพริน (epinephrine) นอร์อีพิเนพริน (norepinephrine) และฮอริโมนอะดรีโนคอร์ติโคโทรปิก (adrenocorticotrophic hormone) มากขึ้น ซึ่งฮอริโมนเหล่านี้มีผลต่อการควบคุมสมดุลของเกลือแร่ สารน้ำ และการเผาผลาญสารอาหารต่างๆ ในร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอริโมนต่างๆ มีผลทำให้ระบบต่างๆ ภายในร่างกายทำงานมากขึ้น การศึกษาของ Teung (1982) และ Garnezy (1983) ที่ศึกษาผลกระทบจากการพรางจากผู้ดูแลไปอยู่โรงพยาบาล พบว่าเกิดผลเสียกับเด็ก ได้แก่ มีการขัดขวางการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย และทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Field & Reite (1984) ที่ศึกษาพฤติกรรมเด็กวัยก่อนเรียนและการตอบสนองทางร่างกายเมื่อต้องพรางจากมารดา จากการที่มารดาไปโรงพยาบาลเพื่อคลอดน้องใหม่

พบว่าเกิดผลกระทบทางลบ เช่น มีการเพิ่มขึ้นของอัตราการหายใจ มีการตื่นกลางคืน และร้องไห้ และเมื่อมารดากลับมา เด็กแสดงลักษณะของอาการซึมเศร้า เป็นต้น

1.2 ด้านอารมณ์และจิตใจ ความวิตกกังวลมีผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจ โดยอารมณ์จะเปลี่ยนเร็ว ไวต่อสิ่งกระตุ้น ตื่นตัวดี มีความรู้สึกหวาดหวั่น กลัว ตื่นตระหนกตกใจ มีความตึงเครียด ไม่มั่นใจว่าจะแก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างไร มีการตัดสินใจผิดพลาดได้ โดยเฉพาะในเด็กนั้น ผลของความวิตกกังวลจากการพรากจากการดูแลหรือผู้ดูแล เด็กจะเกิดความสับสน ทำให้อารมณ์ไม่สงบ จิตใจได้รับความชอกช้ำ และกระทบต่อการพัฒนาทางอารมณ์ด้วย หากเกิดเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดอารมณ์ที่ผิดปกติไป

1.3 ด้านความจำและการเรียนรู้ (cognitive response) จะมีการเปลี่ยนแปลงตามระดับความวิตกกังวล กล่าวคือ ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จะทำให้การรับรู้ผ่านประสาททั้ง 5 ดีขึ้น สมาธิ ความจำ และการเรียนรู้ดีขึ้น แต่ถ้าความวิตกกังวลระดับสูงหรือสูงมาก การเปลี่ยนแปลงต่างๆ จะเป็นไปในทางที่เลวลง เช่น ขาดความตั้งใจ การตัดสินใจผิดพลาด สับสน วุ่นวาย ความคิดหุุดหะงัก สมาธิ ความจำ และการเรียนรู้แย่ลง นอกจากนี้ ความเครียดและความวิตกกังวลยังมีผลต่อการหลั่งคอร์ติซอลในสมอง จะหยุดยั้งความกระตือรือร้นในการเรียนรู้สิ่งแวดล้อม ทำให้ความสามารถทางด้านสติปัญญาของเด็กลดลง และเด็กจะมีความก้าวร้าวเพิ่มขึ้น (McLeod, 2013)

1.4 ด้านพฤติกรรม เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นกับบุคคล จะมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อลดหรือขจัดภาวะวิตกกังวลออกไป โดยอาจมีพฤติกรรมที่ตอบโต้ อย่างเปิดเผย เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย โกรธ ทำทาง กระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง หรืออาจเป็นพฤติกรรมซ่อนเร้น เช่น รู้สึกขุ่นเคือง ไม่เป็นมิตร บางคนมีการเบนความสนใจ ไปสู่อาการหรือความเจ็บป่วยทางกาย เช่น มีอาการหอบหืด หรือแสดงพฤติกรรมถอยหนี บางคนเก็บความรู้สึกไว้ ภายในและกลายเป็นอาการเศร้า นอกจากนี้ ความวิตกกังวล

ที่ยาวนานจะสามารถส่งผลต่อเด็ก ทำให้มีอาการกลัวสังคม ในวัยรุ่น (Watkins, 2001) และมีการแสดงออกทางพฤติกรรมของเด็กที่มีความวิตกกังวลจากการพรากจาก เช่น การไม่ยอมนอน การไม่ยอมรับประทานอาหาร การเพิกเฉย ไม่สนใจผู้ปกครอง ทำให้เด็กมีสุขภาพกายแย่ลงและเจริญเติบโตไม่เต็มที่

นอกจากนี้ การที่เด็กมีความวิตกกังวลสูง เด็กอาจใช้กลไกทางจิต (defense mechanisms) ซึ่งคือพฤติกรรมถดถอย เช่น การควบคุมการขับถ่าย การช่วยเหลือตนเอง อารมณ์ พฤติกรรม ของเด็กถอยกลับไปสู่จุดที่เคยพัฒนามาแล้ว เช่น ปัสสาวะรดที่นอน ไม่ยอมอาบน้ำเอง ไม่ยอมรับประทานข้าวเอง ดื้อบิดามารดามากขึ้น สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้เด็กมีสุขภาพไม่ดี การเจริญเติบโตหยุดชะงัก และส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้าตามมา

2. ผลกระทบต่อครอบครัว

เนื่องจากเด็กแตกต่างจากผู้ใหญ่ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งเด็กจะมีพัฒนาการด้านต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น เมื่อเด็กมีความวิตกกังวลจากการพรากจากในระดับสูงหรือรุนแรงเป็นเวลานาน จะส่งผลให้ครอบครัวมีความรู้สึกเครียดและวิตกกังวลกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จากการศึกษาของ Murphy (1993) พบว่ามารดาที่มีความเครียดหรือความวิตกกังวลน้อย เมื่อดูแลเด็ก จะทำให้ระยะเวลาของความวิตกกังวลจากการพรากจากสั้นลง นอกจากนี้ ครอบครัวที่มีเด็กวิตกกังวลในระดับสูงหรือยาวนาน จนส่งผลให้มีอาการเจ็บป่วยทางกาย เช่น ปวดศีรษะ เจ็บคอ ปวดท้อง ท้องเสีย อ่อนเพลีย และปฏิเสธการไปโรงเรียน เด็กที่มีปัญหาดังกล่าว ครอบครัวจะต้องรับภาระในการดูแลเพิ่มขึ้น ทำให้สูญเสียเวลาและค่าใช้จ่าย อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของบิดามารดาและเศรษฐกิจของครอบครัว ในด้านอารมณ์ ผู้ปกครองอาจรู้สึกผิด โกรธ โดดเดี่ยว ไม่มั่นคงในชีวิต ความสัมพันธ์ในครอบครัว อาจถูกบั่นทอน และอาจนำไปสู่ปัญหาการหย่าร้างได้ ดังนั้น บิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กจึงควรดูแลเอาใจใส่ เพื่อไม่ให้เด็กเกิดภาวะดังกล่าว

บทบาทของพยาบาลในการลดความวิตกกังวลจากการพรางจากในเด็กวัยก่อนเรียน

เด็กวัยก่อนเรียนมักจะต้องเผชิญกับการพรางจากในสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น การแยกจากบิดามารดาเมื่อต้องไปอยู่สถานรับเลี้ยงเด็กหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษายาบาล ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลจากการพรางจากในเด็กวัยก่อนเรียน โดยพยาบาลมีบทบาทในการช่วยเหลือและให้คำแนะนำบิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็ก ทั้งในการเตรียมความพร้อมเพื่อป้องกันการเกิดความวิตกกังวลจากการพรางจาก และการดูแลเมื่อเด็กมีความวิตกกังวลจากการพรางจาก ดังนี้ (Potts & Mandelco, 2007; Baby Centre Medical Advisory Board, 2008; Motamedi, 2013; Hockenberry & Wilson, 2015)

1. การเตรียมความพร้อมเพื่อป้องกันการเกิดความวิตกกังวลจากการพรางจากของเด็กวัยก่อนเรียน พยาบาลควรดูแลหรือให้คำแนะนำผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็ก ดังนี้

1.1 ส่งเสริมให้บิดามารดาให้ความอบอุ่นอย่างใกล้ชิดกับเด็ก เพราะถ้าผู้ดูแลกับเด็กมีความผูกพันใกล้ชิดกัน จะทำให้เด็กรู้สึกไว้วางใจ มั่นคง ปลอดภัย และสามารถปรับตัวเมื่อเกิดความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม

1.2 ควรฝึกเด็กทุกครั้งที่แยกจากกับเด็ก โดยการบอชบาย หรือสวัสดิ เพื่อ让孩子รู้สึกว่าการจากกันเป็นเรื่องธรรมดา ซึ่งจะทำให้เด็กยอมรับการพรางจากได้ง่ายขึ้น

1.3 แนะนำให้ผู้ปกครองแสดงบทบาทสมมติกับเด็ก เพื่อเป็นการฝึกซ้อมการพรางจาก

1.4 ควรเตรียมเด็กก่อนการพรางจาก โดยพูดคุยกับเด็กถึงข้อดีของการไปโรงเรียนหรือสถานรับเลี้ยงเด็ก เช่น มีเพื่อนเล่น มีขนมให้รับประทาน มีสนามเด็กเล่น และมีของเล่นมากมาย

1.5 ควรมีการฝึกเตรียมเด็กเพื่อการพรางจากที่ยาวนาน เช่น พาเด็กผ่านหน้าสถานรับเลี้ยงเด็กหรือโรงเรียน หลังจากนั้นอาจพาเด็กเดินดูโรงเรียนและพาเล่นเครื่องเล่นในโรงเรียน ก่อนจะพาไปทำควมคุ้นเคยกับครู

และพาครูห้องเรียน ห้องน้ำ อุปกรณ์ของเล่น และสนามเด็กเล่น

1.6 เมื่อนำเด็กเข้ารับบริการในสถานรับเลี้ยงเด็ก ควรให้ครูพี่เลี้ยงหรือผู้ดูแลคนใหม่ได้ทราบข้อมูลที่เป็นสำหรับเด็ก เช่น อาหารที่ชอบ กิจกรรมที่ชอบ ชื่อสัตว์เลี้ยง เมื่อผู้ดูแลเอ่ยถึงสิ่งเหล่านี้ จะทำให้เด็กรู้สึกว่าคุณดูแลรู้จักตนเอง จะสามารถลดความวิตกกังวลของเด็กได้

1.7 ในวันแรกของการพรางจาก ควรให้เด็กได้อยู่กับญาติพี่น้องหรือบุคคลที่เด็กคุ้นเคยมากที่สุดก่อน เพื่อเป็นการช่วยให้เด็กสามารถปรับตัวกับผู้ดูแลคนใหม่ได้ดีขึ้น

1.8 บิดามารดาหรือผู้ดูแลต้องมีจิตใจเข้มแข็งเมื่อเกิดการพรางจากวันแรก เด็กบางคนร้องไห้สะอึกสะอื้น ถ้าผู้ดูแลสงสารและใจอ่อนให้หยุดพัก เพราะสงสารเด็ก จะทำให้ระยะเวลาการปรับตัวของเด็กยืดออกไปอีก

1.9 ผู้ปกครองควรรักษาเวลาและยึดมั่นคำสัญญา เช่น การนัดมารับหรือมาเยี่ยม ควรมาให้ตรงเวลา เพราะการมาผิดเวลาจะทำให้เด็กคิดว่าบิดามารดาจะทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว ในวันต่อ ๆ ไป เด็กจะยิ่งร้องและไม่ยอมแยกจากผู้ปกครอง

1.10 การจัดสิ่งแวดล้อมให้มีสิ่งทีเด็กรู้สึกคุ้นเคยอยู่ด้วย จะช่วยลดปฏิกิริยาของการพรางจากได้ เช่น ผ้าห่มผืนประจำ ของเล่น ขวดนม หรือชุดนอนตัวโปรด เด็กจะรู้สึกว่บิดามารดาหรือผู้ดูแลจะกลับมาหา และนำของเหล่านั้นกลับบ้านด้วย

2. การดูแลในขณะที่เด็กวัยก่อนเรียนมีความวิตกกังวลจากการพรางจาก พยาบาลควรดูแลหรือให้คำแนะนำผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็ก ดังนี้

2.1 ควรสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับเด็ก ใช้คำพูดที่เหมาะสมกับอายุและขั้นพัฒนาการของเด็ก เลือกใช้คำพูดที่เข้าใจง่าย ใช้น้ำเสียงที่สงบเรียบ รวมทั้งใช้สายตาและการสัมผัสที่อ่อนโยน

2.2 จัดให้มีผู้ดูแลเด็กอย่างสม่ำเสมอ 1 คน โดยเริ่มค้นหาเด็กและพูดคุยกับเด็กในขณะที่บิดาหรือมารดาอยู่ด้วย

2.3 ให้ความอบอุ่น มั่นคง มั่นใจกับเด็ก กอด

ปลอดภัย เมื่อเด็กต้องการให้เข้ามาหา

2.4 ยอมรับการร้องไห้และอารมณ์โกรธของเด็ก ในขณะที่เด็กแสดงพฤติกรรมความวิตกกังวลออกมา ให้ความมั่นใจกับเด็กว่าบิดามารดาจะกลับมา

2.5 ในขณะที่เด็กยังมีอารมณ์เสีย โกรธ หรือ ร้องไห้ ควรเลื่อนกิจกรรมหรือการพยาบาลที่ทำให้เด็ก เจ็บปวดออกไป หากไม่ขัดกับแผนการรักษา เพื่อให้เด็ก มีการปรับตัวก่อน

2.6 ไม่ควรใช้การทำหัตถการหรือเรื่องของการรักษามาขู่ให้เด็กกลัวหรือขู่ให้เด็กหยุดร้องไห้

2.7 อนุญาตให้เด็กมีของรักหรือของคู่ใจติดตัวได้ (security object) เช่น ตุ๊กตา ผ้าห่ม ชุมนอน ตัวโปรดเด็กจะรู้สึกว่ามีบิดามารดาจะมาหา และจะต้องนำของเหล่านี้กลับบ้านด้วย

2.8 ในระยะพฤติกรรมประท้วงที่เด็กแสดงอาการโกรธ ควรจัดกิจกรรมการเล่นให้เด็กได้ระบาย ความโกรธ โดยการเล่นของเล่นที่ต้องใช้กำลัง เช่น การเล่น โยนลูกบอล การเล่นทุบโต๊ะ ปั้นดินเหนียว ดินน้ำมัน

2.9 จัดกิจกรรมการเล่นให้เด็ก เพื่อลดความรู้สึก การพรางจาก เช่น เล่นจ๊ะเอ๋ ซ่อนหา หรือเล่นิทานเกี่ยวกับการจากกัน แล้วสุดท้ายได้มาพบกันดังเดิม

2.10 ควรพูดให้เด็กฟังเกี่ยวกับบิดามารดาหรือ ผู้ดูแลเสมอ เพื่อให้เด็กยังจำได้ และเน้นให้บิดามารดาหรือ ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการมาเยี่ยมเด็กตามที่ได้ออก ไว้ อย่างจริงจัง

2.11 ฝึกฝนทักษะในกิจวัตรประจำวันที่เด็ก เคยทำได้ เช่น การพูด การฝึกหัดขับถ่าย เพราะเมื่อเกิด ภาวะเครียด เด็กจะไม่สามารถทำได้ และเด็กจะลืมทักษะ ที่เคยทำได้ล่าสุด

2.12 อนุญาตให้บิดามารดาได้อยู่กับเด็กและ สามารถเข้าเยี่ยมได้ตลอดเวลา และเปิดโอกาสให้ครอบครัว พี่น้อง เข้าเยี่ยม พูดคุย โดยจำกัดการเยี่ยมเมื่อจำเป็น เท่านั้น

2.13 แนะนำให้บิดามารดาบอกเล่าเด็กเมื่อจะ กลับบ้าน และอธิบายให้เห็นความสำคัญของการไม่หลอกเด็ก

ไม่ควรหลบออกไปโดยไม่บอกเด็กให้รู้ตัว เพราะเป็น การทำให้เด็กเกิดความเครียดและวิตกกังวลอยู่ตลอดเวลา กลัวว่าบิดามารดาจะหายตัวไป

2.14 อธิบายให้บิดามารดาทราบว่าเด็กต้องการ ให้บิดามารดาอดหรืออ้อมเสมอ ถึงแม้เขาจะแสดงท่าที ปฏิเสธก็ตาม และสนับสนุนให้บิดามารดาแสดงบทบาท ในการดูแลเด็ก ถึงแม้เด็กอาจแสดงอาการว่าไม่ต้องการ การดูแลจากบิดามารดาก็ตาม

การพรางจากบิดามารดาหรือผู้ดูแลจะทำให้เด็ก เกิดความวิตกกังวลจากการพรางจาก ซึ่งลักษณะพฤติกรรม การแสดงออกของเด็กแต่ละคนแตกต่างกัน และความวิตกกังวล จากการพรางจากยังมีผลต่อเด็กแต่ละคนแตกต่างกันด้วย หากเด็กสามารถผ่านพ้นช่วงเวลาของการเกิดความวิตกกังวล จากการพรางจากได้ จะทำให้เด็กได้เรียนรู้การเข้าสังคม เรียนรู้การพรางจากบุคคลที่ตนผูกพันเพื่อไปสร้างสัมพันธภาพ กับบุคคลอื่น เรียนรู้ที่จะไว้วางใจในบุคคลอื่น และสามารถ ปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เด็กวัยก่อนเรียนที่ต้องพรางจากบิดามารดาหรือผู้ดูแล ไปอยู่ในสถานที่ใหม่ที่ไม่น่าคุ้นเคย ทำให้เด็กเกิดความวิตกกังวล จากการพรางจากได้ ซึ่งหากเป็นความวิตกกังวลที่รุนแรง และระยะเวลายาวนาน อาจส่งผลกระทบต่อทั้งเด็กและ ครอบครัวได้ พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็กจึงต้องให้ ความสนใจในการปฏิบัติเพื่อลดการเกิดความวิตกกังวล จากการพรางจากของเด็ก โดยการเตรียมความพร้อมของ เด็กก่อนการพรางจาก และการดูแลช่วยเหลือเมื่อเด็ก เกิดความวิตกกังวลจากการพรางจาก เพื่อให้เด็กวัยก่อนเรียน สามารถผ่านประสบการณ์การพรางจากได้ มีการเจริญเติบโต และพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมที่ดี ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กวี สุวรรณกิจ. (2541). *โรควิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: เมดิคัล มีเดีย.

- ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย. (2556). *พื้นฐานอารมณ์: ความแตกต่างระหว่างเด็กแต่ละคน*. สืบค้น วันที่ 12 ธันวาคม 2556, จาก http://www.rcpsych.org/cap/book01_12.php
- ณัชนันท์ ชีวานนท์, และมนิรัตน์ ภาณุรูป. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการพลาจากของเด็กวัยก่อนเรียน ตามการรับรู้ของมารดา ในสถานรับเลี้ยงเด็ก จังหวัดชลบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(1), 161-175.
- ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุนทร, ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, วิไล เลิศธรรมเทวี, อัจฉรา เป็รื่องเวทย์, พรณรัตน์ แสงเพิ่ม, และสุดาภรณ์ พยัคฆเรือง. (บ.ก.). (2555). *ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: พรี่-วัน.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2556). *ตำราจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- แสงทอง เลิศประเสริฐพงศ์. (2544). *ความวิตกกังวลเกี่ยวกับบุตรที่ถูกแยกจากมารดา การรับรู้พฤติกรรมทารกแรกเกิด กับสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดากับทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดเอาทารกออกจากหน้าท้อง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อาภาพรณ ทิฆมวิวรรธน์. (2547). *ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลจากการพลาจาก ของเด็กวัยเดินที่แรกเข้ารับบริการในศูนย์สาธิตการพัฒนาศิลปะ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Baby Centre Medical Advisory Board. (2008). *Your anxious child (ages 3 to 4)*. Retrieved October 28, 2013, from <http://www.babycentre.co.uk/a1022260/your-anxious-child-ages-3-to-4m>
- Balaban, N. (2013). *Easing the separation process for infants, toddlers, and families*. Retrieved March 20, 2014, from <http://www.naeyc.org/files/yc/file/200611/BTJBalaban.pdf>
- Baumrind, D. (1989). *Child development today and tomorrow*. San Francisco, C.A.: Jossey Bass.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Volume II separation: anxiety and anger*. New York: The Tavistock Institute of Human Relation.
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (1999). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: The Guilford Press.
- Commodari, E. (2013). Preschool teacher attachment, school readiness and risk of learning difficulties. *Early Childhood Research Quarterly*, 28(1), 123-133.
- Ellen, J. M., Gina, H., Heather, L., Jaelline, J., & Jeanne, S. (2008). *Separation anxiety and separation anxiety disorder*. Retrieved October 28, 2013, from <http://helpguide.org/mentalseparation-anxiety-causes-prevention-treatment.htm>
- Field, T., & Reite, M. (1984). Children's responses to separation from mother during the birth of another child. *Child Development*, 55(4), 1308-1316.
- Garmezy, N. (1983). Stressors of childhood. In Garmezy, N., & Rutter, M. (Eds.). *Stress, coping, and development in children*. pp. 43-84. New York: McGraw-Hill.
- Hammen, C., Gordon, D., Burge, D., Adrian, C., Jaenicke, C., & Hiroto, D. (1987). Maternal affective disorders, illness, and stress: Risk for children's psychopathology. *The American Journal of Psychiatry*, 144(6), 736-741.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2015). *Wong's nursing care of infants and children* (10th ed.). St.Louis: Mosby.

- Kaminski, J. (1998). *Cultural factors and separation anxiety in preschoolers*. Retrieved October 20, 2014, from http://hygeia-design.com/sep_anxiety.pdf
- Learnard, K. (2002). *Infant & toddlers separation anxiety: Preparing you & your child for separation*. Retrieved October 20, 2014, from <http://www.allaboutbaby.com/infants/separate.htm>
- Littlejohn, M. (2013). *How the Bowlby attachment theory applies to early childhood and adult therapy*. Retrieved March 20, 2014, from <http://www.spiritualbirth.net/how-the-bowlby-attachment-theory-applies-to-early-childhood-and-adult-therapy>
- McLeod, S. (2013). *Attachment theory*. Retrieved March 11, 2013, from <http://www.simplypsychology.org/attachment.html>
- Motamedi, B. (2013). *Children's health anxious child age 1 to 3*. Retrieved March 11, 2013, from <http://www.Ahealthyvantage.com/topic/anxious1to3>
- Murphy, M. A. (1993). *Anxiety and daycare: Effects on mother, and children's separation behavior*. Paper presented at the American Psychiatric Association; 20-24 August 1993. Toronto Ontario, Canada.
- Potts, N. C., & Mandleco, B. L. (2007). *Pediatric nursing caring for children and their families* (2nd ed.). New York: Thomson Delmar Learning.
- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 7-66.
- Spencer, A. R. (2006). *Childhood and adolescence: Voyages in development*. Canada: Thomson Learning.
- Teung, A. G. (1982). *Growth and development: A self-mastery approach*. Connecticut: Appleton-Century Crofts.
- Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel.
- Videbeck, S. L. (2008). *Psychiatric-mental health nursing* (4th ed.). Philadelphia: Williams & Wilkins.
- Watkins, C. E. (2001). *Separation anxiety in young children*. Retrieved October 28, 2015, from http://www.baltimorepsych.com/separation_anxiety.htm
- Weiss, L. H., & Schwarz, J. C. (1996). The relationship between parenting types and older adolescents' personality, academic achievement, adjustment, and substance use. *Child Development*, 67(5), 2101-2114.
- Wolfradt, U., Hempel, S., & Miles, J. N. V. (2003). Perceived parenting styles, depersonalisation, anxiety and coping behaviour in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 34(3), 521-532.
- Young, A. R., & Szpunar, M. (2012). Parenting and fear and anxiety in young children integrating. *Science and Practice*, 2(1), 10-14.

โรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศ: บทบาทพยาบาล Erectile Dysfunction Diseases (ED): Nurses' Role

ชัชวาล วงศ์สารี, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) *
Chutchavarn Wongsaree, M.N.S. (Adult Nursing) *

โรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เป็นปัญหาสุขภาพเพศชายที่สำคัญ เนื่องจากมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของชีวิตคู่ โรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ชายชาวยุโรปในช่วงอายุ 40-70 ปี พบอัตราความชุกร้อยละ 52 ซึ่งผู้ป่วยโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศส่วนใหญ่มีโรคหัวใจและโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัว (Hatzimouratidis et al., 2010) ส่วนในประเทศไทยยังไม่มี การเก็บข้อมูลที่ชัดเจน จึงขาดข้อมูลทางสถิติที่เป็นปัจจุบัน จากการสืบค้นข้อมูลความชุกโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศที่เก็บอย่างเป็นระบบในประเทศไทย พบข้อมูลล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2542 ซึ่งพบอัตราความชุกร้อยละ 37.50 โดยโรคนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ และการมีโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคร่วม (Kongkanand, 2000) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสถิติผู้ป่วยโรคที่เป็นสาเหตุของโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศ พบว่าโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราป่วยสูงสุดจำนวน 602,548 ราย อัตราป่วย 937.58 ต่อประชากรแสนคน และพบโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 24,587 ราย อัตราป่วย 38.26 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเป็นอัตราที่สูง (อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิ, และภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์, 2555) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีอัตราความชุกของโรคเรื้อรังหลายโรค และผู้สูงอายุมักมีปัญหาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (ชนิกา ตรีบุญจิตต์กุล, 2554) จากสถิติสำนักทะเบียนราษฎร พบว่าในปี พ.ศ. 2552 ประเทศไทยมีประชากร 67.20 ล้านคน และเป็นประชากรสูงอายุ 7.20 ล้านคน ซึ่งหมายความว่าในประชากรประมาณ 10 คน จะเป็นผู้สูงอายุ 1 คน จึงสามารถคาดคะเนได้ว่า

อัตราความชุกของผู้ป่วยโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศต้องเพิ่มจำนวนมากขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุด้วย

การหย่อนสมรรถภาพทางเพศจะทำให้วิถีธรรมชาติในการดำรงชีวิตผิดปกติไป หลายคนมีความเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นยาอายุวัฒนะของมนุษย์ที่จะทำให้มีความสุขสงบ และสันติในครอบครัว ทำให้มีชีวิตชีวา และประการสำคัญคือ ช่วยให้มีอายุยืนยาวขึ้น จากการวิจัยพบว่าประชาชนชาวอเมริกันและยุโรปที่แต่งงานและอยู่กันจนแก่เฒ่ามีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวมากกว่าคนโสดหรือเป็นหม้าย (ศรีนวล สติวิทยานันท์, 2551) ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่เมืองของผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ปัญหาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศจึงเป็นอีกหนึ่งปัญหาที่จะต้องพบมากขึ้นอย่างปฏิเสธไม่ได้ พยาบาลเป็นผู้ให้บริการสุขภาพที่เข้าถึงผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ง่าย จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศมากขึ้น เพื่อแก้ไขปัญหาความไม่สมดุลในเรื่องเพศสัมพันธ์กับคู่ชีวิต หากพยาบาลมีความเข้าใจและแก้ไขปัญหาอย่างถูกต้อง จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศมีชีวิตครอบครัวที่มีความสุขได้

กลไกการแข็งตัวขององคชาต

กลไกการแข็งตัวขององคชาตมีความเกี่ยวข้องกับการทำงานของร่างกาย 3 ระบบ ได้แก่ ระบบหลอดเลือด ระบบประสาท และระบบฮอร์โมน ซึ่งระบบเหล่านี้ถูกกระตุ้นโดยความต้องการทางเพศ (Lee, 2002; McVary, 2007) กล่าวโดยสรุปได้ดังนี้

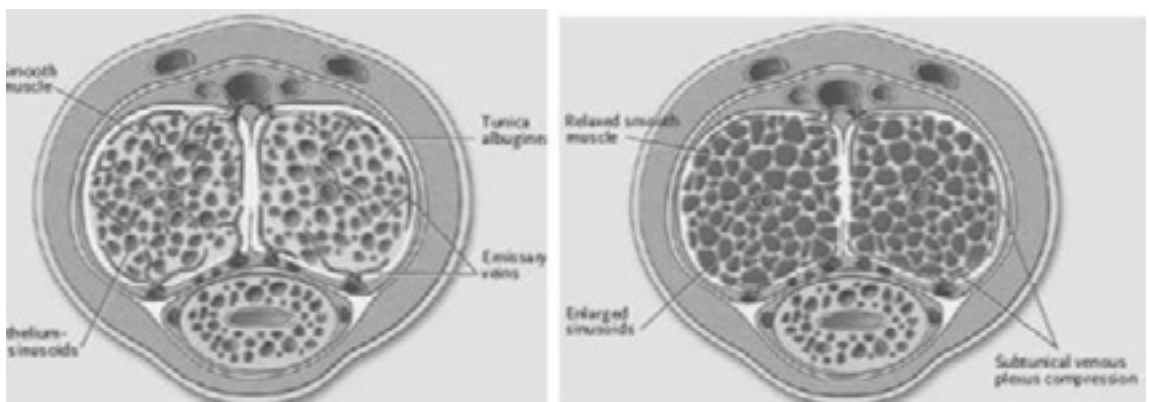
* อาจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ กาญจนบุรี มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

1. ระบบหลอดเลือด (vascular system) องคชาติ ประกอบด้วยกล้ามเนื้อในชั้น corpora คือ กล้ามเนื้อ corpora cavernosa 2 มัด และกล้ามเนื้อ corpus spongiosum 1 มัด ซึ่งภายในกล้ามเนื้อทั้ง 3 มัด จะมีโพรงมากมาย สำหรับรับเลือดเข้าไปเพื่อให้เกิดการแข็งตัวขององคชาติ และถัดออกมาจะเป็นชั้นของ fibrous tissue membrane ที่เรียกว่า tunica albuginea ซึ่งหุ้มชั้น corpora อยู่ เพื่อจำกัด การขยายตัวขององคชาติ ในขณะที่องคชาติอ่อนตัว (flaccid state) การไหลเวียนของเลือดระหว่างหลอดเลือดแดงที่นำเลือด เข้าไปใน corpora และหลอดเลือดดำที่นำเลือดออกจาก corpora จะอยู่ในภาวะสมดุล คือ arterial flow เท่ากับ venous outflow แต่ในขณะที่องคชาติแข็งตัว (erection phase) การไหลเวียนของ arterial flow จะเพิ่มขึ้น ทำให้ เลือดไหลเข้าไปในโพรง sinusoids ภายใน corpora มากขึ้น ส่งผลให้องคชาติเกิดการขยายตัวได้ และการที่องคชาติ จะสามารถคงการแข็งตัวอยู่นั้น เกิดเนื่องมาจากการที่ หลอดเลือดดำถูกกดโดย corpora ที่ขยายตัวออก ทำให้ การไหลออกของเลือดผ่านหลอดเลือดดำลดลง การไหลเวียน ของเลือดเข้าไปใน corpora ถูกกระตุ้นโดย acetylcholine (Ach) ซึ่ง Ach ไม่ได้มีผลโดยตรงต่อการเพิ่ม arterial flow แต่เป็น co-neurotransmitter ที่ทำงานร่วมกับ nonpeptidergic intracellular neurotransmitters ต่าง ๆ ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการขยายหลอดเลือด

2. ระบบประสาท (nervous system and psychogenic stimuli) ในบางครั้งการแข็งตัวขององคชาติ เกิดจากการทำงานของ sacral nerve reflex arc เช่น กรณีที่องคชาติแข็งตัวในขณะที่นอนหลับ อย่างไรก็ตาม การแข็งตัวขององคชาติที่มาจากการกระตุ้นทางเพศนั้น จะถูกควบคุมโดยระบบประสาทส่วนกลาง เช่น การเห็น ภาพที่กระตุ้นการอารมณ์ การได้ยินคำพูดไพเราะ การได้กลิ่น จำเพาะบางอย่าง ก็สามารถทำให้องคชาติแข็งตัวได้ ซึ่งใน กรณีนี้ สมอจะส่งสัญญาณประสาทผ่านทางไขสันหลัง เพื่อไปยัง peripheral cholinergic nerve ที่อยู่บริเวณ หลอดเลือด corpora ซึ่งประกอบด้วย inhibitory sympathetic neurons (T11-L2), proerectogenic parasympathetic neurons และ proerectogenic somatic neurons (S2-S4) จึงส่งผลให้เกิดการแข็งตัวของ องคชาติได้

3. ระบบฮอร์โมน (hormonal system) ฮอร์โมน เพศชาย (testosterone) มีผลกระตุ้นความต้องการทางเพศ ในผู้ชาย ซึ่งความเข้มข้นของ testosterone ในเลือด ปกติมีค่า 300-1,100 นาโนกรัม/เดซิลิตร ดังนั้น ในผู้ที่ มีระดับ testosterone ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ จึงมักรู้สึก ไม่มีแรง อารมณ์ซึมเศร้า และความต้องการทางเพศลดลง เมื่อความต้องการทางเพศลดลง ก็จะส่งผลให้องคชาติ ไม่แข็งตัว หรือในบางคนอาจไม่มีความต้องการทางเพศเลย

ภาพตัดขวางขององคชาติ แสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ภาพตัดขวางขององคชาติ : ระยะอ่อนตัว (ซ้าย) และระยะแข็งตัว (ขวา)

ที่มา : McVary (2007)

ความหมายและระดับการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

Hatzimouratidis et al. (2010) กล่าวว่า โรคการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ หมายถึง การที่อวัยวะเพศไม่สามารถแข็งตัวได้นานพอในขณะที่มีเพศสัมพันธ์จนถึงขั้นสำเร็จความใคร่เป็นประจำ หรือเกิดขึ้นทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ แต่ยังมีระดับความรู้สึกต้องการทางเพศปกติ โดยระดับความรุนแรงของการหย่อนสมรรถภาพทางเพศแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 การหย่อนสมรรถภาพทางเพศระดับเล็กน้อย คือ องค์กรสามารถแข็งตัวได้ดีพอสำหรับที่จะมีเพศสัมพันธ์เกือบทุกครั้ง

ระดับที่ 2 การหย่อนสมรรถภาพทางเพศระดับปานกลาง คือ องค์กรสามารถแข็งตัวได้ดีพอสำหรับที่จะมีเพศสัมพันธ์บางครั้ง

ระดับที่ 3 การหย่อนสมรรถภาพทางเพศโดยสิ้นเชิง คือ องค์กรไม่สามารถแข็งตัวได้ดีพอสำหรับที่จะมีเพศสัมพันธ์ โดยเกิดอาการนี้ทุกครั้งที่มีความรู้สึกต้องการทางเพศ

ในบางราย อาจเกิดการหย่อนสมรรถภาพทางเพศแบบทันที ซึ่งสัมพันธ์กับการได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลังบริเวณ T11-S4

สาเหตุของการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

การหย่อนสมรรถภาพทางเพศเกิดจากหลายสาเหตุ จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถจัดหมวดหมู่ข้อมูลของสาเหตุได้เป็น 7 สาเหตุ (สมบุญ เหลืองวัฒนากิจ, 2553; ชนิกา เจริญจิตต์กุล, 2554; Hatzimouratidis et al., 2010) กล่าวโดยสรุปได้ดังนี้

1. อายุที่เพิ่มขึ้น พบว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้นพบอุบัติการณ์การเกิดโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศเพิ่มมากขึ้นด้วย ซึ่งเกิดจากการเสื่อมของต่อมที่ผลิตฮอร์โมน testosterone ทำให้ระดับฮอร์โมนลดลง

2. โรคประจำตัว พบว่าโรคประจำตัวหลายโรคเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการหย่อนสมรรถภาพทางเพศตามมา ดังนี้

2.1 โรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมีผลกระทบ

ทำให้การไหลเวียนของเลือดแดงไปยังองคชาตลดลง นอกจากนี้ ยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงยังมีผลทำให้องคชาตไม่แข็งตัวอีกด้วย

2.2 โรคเบาหวาน มักพบเมื่อมีอาการแสดงของโรคเบาหวานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป โดยผลกระทบของโรคมีผลต่อการทำลายหลอดเลือด ระบบประสาท และระบบฮอร์โมน ประกอบกับการมีโภชนาการต่างๆ ที่ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารพวกแป้งและไขมันมากเกินไป ทำให้มีไขมันไปสะสมตามหลอดเลือด ซึ่งนำไปสู่การเสื่อมของหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น

2.3 โรคต่อมลูกหมากอักเสบ พบว่าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การแข็งตัวขององคชาตไม่เต็มที่ และไม่สามารถควบคุมการหลั่งอสุจิได้ ความรุนแรงขึ้นอยู่กับการอักเสบที่เกิดขึ้น

3. การผ่าตัดและการบาดเจ็บในอุ้งเชิงกราน ทำให้ใยประสาทจากบริเวณไขสันหลังที่ไปควบคุมการแข็งตัวขององคชาตถูกตัดหรือถูกทำลาย ส่งผลต่อการหย่อนสมรรถภาพทางเพศตามมา

4. ยาที่ใช้ในการรักษาโรคประจำตัวบางชนิด ซึ่งเป็นสาเหตุที่หลีกเลี่ยงได้ยาก ทั้งที่มีหลักฐานที่ชัดเจนว่าหลังการใช้ยาจะส่งผลให้เกิดการหย่อนสมรรถภาพทางเพศได้ เช่น ยาฮอร์โมนเอสโตรเจน หรือยาฮอร์โมนกลูตาโคโรฟินที่ใช้ในการรักษามะเร็งต่อมลูกหมาก ยาต้านโรคซึมเศร้า ยาต้านความดันโลหิตสูง ล้วนมีผลให้เกิดโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศที่รุนแรงมากขึ้น

5. ภาวะทางจิตใจ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล โรคซึมเศร้า รวมถึงผลจากความกดดันจากที่มีต่อตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้ความรู้สึกต้องการทางเพศลดลง ทำให้เกิดการหย่อนสมรรถภาพทางเพศได้

6. สังคมและเศรษฐกิจ พบว่าอาชีพและรายได้มีผลต่อการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ โดยผู้ที่มีการศึกษาและรายได้สูง มีโอกาสเกิดโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศได้น้อยกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ เนื่องจากมีการเข้าถึงข้อมูลความรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยทั่วไป รวมถึงเรื่องสุขภาพทางเพศ และเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้ดีกว่า

7. พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยอื่นๆ ดังนี้

7.1 การสูบบุหรี่ สารเคมีในบุหรี่จะทำลายหลอดเลือด และก่อให้เกิดโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น ความดันโลหิตสูง มะเร็งต่างๆ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการหย่อนสมรรถภาพทางเพศตามมา

7.2 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการนอนพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง

7.3 การออกกำลังกาย ผลจากการออกกำลังกายสม่ำเสมอทำให้ร่างกายแข็งแรง ฮอโมนในร่างกายสมดุล อารมณ์ร่าเริง แจ่มใส ซึ่งผู้ที่ออกกำลังกายมีโอกาสเกิดการหย่อนสมรรถภาพทางเพศได้น้อยกว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกายเลย

7.4 พฤติกรรมทางเพศ เช่น รูปแบบการมีกิจกรรมทางเพศ ค่านิยม ความรู้ ความต้องการทางเพศ คุณค่า และความรู้สึกนึกคิดต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น การมีพฤติกรรมทางเพศที่รุนแรงแล้วทำให้อีกฝ่ายเจ็บ หรือมีเลือดออกขณะมีเพศสัมพันธ์ จนต้องหยุดการมีเพศสัมพันธ์อย่างกะทันหัน ทำให้รู้สึกสูญเสียคุณค่าและเกิดความรู้สึกผิดต่อการมีเพศสัมพันธ์ บางคนจำฝังใจ จนถึงขั้นที่พออีกฝ่ายบอกว่าเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ องคชาตจะอ่อนตัวลงอย่างกะทันหันและไม่กลับมาแข็งตัวอีก ส่งผลให้เกิดการหย่อนสมรรถภาพทางเพศได้

การรักษาโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

ปัจจุบัน การรักษาโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศส่วนใหญ่รักษาตามสาเหตุที่เกิด โดยวิธีการรักษาเริ่มตั้งแต่การชี้แนะให้ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง การกระตุ้นด้วยอุปกรณ์ การใช้ยา และการผ่าตัด ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (สมบุญ เหลืองวัฒนากิจ, 2553; ศรีณพร กิจไชยา, จริยา อัครวัชรธร, และสลักจิต ชุตินพวิเวท, 2555; Hatzimouratidis et al., 2010)

1. การรักษาด้วยยา มีดังนี้

1.1 ยากลุ่มยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ phosphodiesterase-5 (PDE-5 inhibitor) เนื่องจากการกระตุ้นให้องคชาตแข็งตัวนั้น เลือดในองคชาตจะมีการปล่อยสาร “ไนตริกออกไซด์” ออกมากระตุ้นให้มีการสร้างสารไซคลิกจีเอ็มพี (cGMP) ซึ่งเป็นสารที่ทำให้

มีการคลายตัวของกล้ามเนื้อเรียบ sinusoid ในองคชาต หลังจากนั้นองคชาตจึงแข็งตัว โดยสารไซคลิกจีเอ็มพีจะถูกทำลายโดยเอนไซม์ PDE-5 ดังนั้น การรับประทานยาในกลุ่ม PDE-5 inhibitor จึงช่วยชะลอการแข็งตัวขององคชาตได้ขึ้น ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ได้แก่ ยาซิลденаฟิ (sildenafil) และที่กำลังจะวางจำหน่ายอีกหลายชนิด เช่น ทาเดลาฟิ (tadalafil) และวาเดนาฟิ (vardenafil) โดยให้รับประทานก่อนมีเพศสัมพันธ์ประมาณ 1 ชั่วโมง ผลข้างเคียงของยาที่พบได้แก่ อาการปวดศีรษะ ร้อนวูบ จากการที่มีหลอดเลือดขยายตัว ซึ่งยามีค่าครึ่งชีวิตที่ยาวนาน คือ ประมาณ 17 ชั่วโมง

1.2 ยากลุ่มอะโม่อร์ฟีน (apomorphine) ให้อิมได้ลิ้น ประมาณ 10 นาที ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ ยากลุ่มนี้ไม่มีข้อห้ามในการรับประทานร่วมกับยาอื่นในเตตร ประสิทธิภาพประมาณร้อยละ 50 ได้ผลเร็วภายใน 30 นาที ผลข้างเคียงของยาที่พบได้คือ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ที่บริเวณศูนย์ควบคุมการแข็งตัวขององคชาตบริเวณ paraventricular nucleus (PVN) ซึ่งอยู่ในบริเวณก้านสมอง

1.3 ยากลุ่มที่ใช้สอดทางท่อปัสสาวะ หรือ medicated urethral system for erection (MUSE) จะมีตัวยา prostaglandin E-1 ซึ่งออกฤทธิ์เป็นยาขยายหลอดเลือด แต่การสอดทางท่อปัสสาวะต้องใช้ขนาดยาสูง และร้อยละ 30 มีอาการแสบภายในท่อปัสสาวะขณะสอดยา อีกทั้งยังมีราคาค่อนข้างสูง จึงไม่ค่อยได้รับความนิยมมากนัก อย่างไรก็ตาม ยากลุ่มนี้จัดว่าเป็นยาที่มีความปลอดภัยสูง

1.4 ยาฉีดเข้าโคนองคชาต (intracavernous injection therapy: ICI) กลุ่มนี้มียาขยายหลอดเลือดหลายๆ ชนิด แต่ที่นิยมมากที่สุดจะเป็นกลุ่ม prostaglandin E-1 (caverject) เช่นเดียวกับยาสอด แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่กลัวการฉีดยาเข้าตัวเอง และมีอาการปวดหลังการฉีดได้บ่อย อีกทั้งยังมีราคาแพง จึงหมดความนิยมลงไป ทั้งๆ ที่ได้ผลดีถึงร้อยละ 90

2. การใช้ปั๊มสุญญากาศ เป็นวิธีการรักษาต่างๆ ที่ได้ผลดีเกือบร้อยละ 90 แต่อาจรู้สึกไม่เป็นธรรมชาติ อีกทั้งการต้องใช้ยางรัดที่โคนองคชาต อาจทำให้ผู้ใช้รำคาญ

รู้สึกว่า หลั่งน้ำอสุจิไม่สะดวก จึงได้รับความนิยมน้อยมากนัก อย่างไรก็ตาม การใช้ปั๊มสุญญากาศเป็นวิธีทางเลือกที่เหมาะสมกับผู้ที่มียารได้น้อย เพราะลงทุนเพียงแค่ครั้งเดียว

3. การผ่าตัดใส่แกนองคชาตเทียม แกนองคชาตเทียมที่ได้รับความนิยมจะเป็นแบบ 3 ชิ้น คือ มีแกน 2 แกน บั๊มน้ำ และถุงเก็บน้ำ การผ่าตัดทำได้ง่ายมาก มีเพียงแผลขนาดเล็กระหว่างโคนองคชาตกับถุงอั้นทะ ยาว 1 นิ้ว การผ่าตัดเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงมาก ได้ผลใกล้เคียงกับธรรมชาติ แต่มีข้อเสียคือ มีราคาแพงมาก

การรักษาแต่ละวิธีนั้น มีข้อดี ข้อเสีย และความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายที่แตกต่างกัน พยาบาลซึ่งเป็นบุคคลที่ดูแลผู้ป่วย จึงต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

ในการดูแลผู้ป่วยโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศนั้น พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะเฉพาะที่จะดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยบทบาทที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้มี 2 บทบาทสำคัญ ดังนี้

1. บทบาททิสระ คือ บทบาทที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ตามขอบเขตของวิชาชีพโดยไม่ต้องรอความเห็นจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ การให้ความรู้ในการป้องกันการลดสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ การให้คำปรึกษากับผู้ป่วยที่เกิดการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (ศรีนวล สถิตวิทยานันท์, 2551; ชนิกา เจริญจิตต์กุล, 2554; Feldman, Goldstein, Hatzichristou, Krane, & McKinlay, 1994)

1.1 ประเมินสภาพผู้ป่วย ด้วยการซักประวัติ ตรวจร่างกายเบื้องต้น เพื่อหาสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้น

1.2 ให้ความรู้เรื่องสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เช่น ให้ความรู้เรื่องการลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคต่อมลูกหมากอักเสบ หรือเมื่อเกิดโรคเหล่านี้ขึ้น ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

เพื่อให้โรคสงบเร็วที่สุด

1.3 พักยาสีทิให้กับผู้ป่วยในรายที่เกิดโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศจากยาที่ใช้รักษาโรคประจำตัว เช่น ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง หากผู้ป่วยมีปัญหาที่รุนแรงและไม่สามารถแก้ไขได้ พยาบาลต้องประสานงานกับแพทย์เพื่อเปลี่ยนตัวยานใหม่ที่มีผลต่อสุขภาพทางเพศน้อยที่สุด

1.4 ให้การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยง โดยแนะนำให้ออกกำลังกาย นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ อย่างต่อเนื่อง

1.5 ให้คำปรึกษาและชี้แนะ โดยการให้คำปรึกษาเรื่องข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ส่งต่อหรือชี้แนะแนวทางการรักษาได้ถูกต้อง

1.6 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สนทนาเพื่อระบายความเครียดและลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายมากที่สุด รับฟัง และให้ความรู้พร้อมวิธีการจัดการกับอารมณ์ดังกล่าวเป็นช่วงๆ ตามเนื้อหาและประเด็นการสนทนา

2. บทบาทกึ่งอิสระ คือ บทบาทที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ตามขอบเขตของวิชาชีพ แต่ต้องอยู่ภายใต้ความเห็นจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งบทบาทนี้ต้องมีการประสานงานระหว่างวิชาชีพและมีแบบแผนการปฏิบัติที่ไม่ขัดแย้งกัน โดยพยาบาลต้องปฏิบัติให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ดังนี้ (สมบุญ เหลืองวัฒนากิจ, 2553; ศรีณพร กิจไชยา, จริยา อัครวัฒน์ธร, และสลักจิต ชุตินพวิเวท, 2555; Hatzimouratidis et al., 2010)

2.1 แนะนำ ให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาแต่ละกลุ่ม วิธีการใช้ยา และผลข้างเคียงที่พบ รวมทั้งการดูแลตนเองต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับยา

2.2 แนะนำวิธีการใช้ปั๊มสุญญากาศ ตามแผนการรักษา ดังนี้

2.2.1 นำแหวนยางรัดที่ปากกระบอก ทาหล่อลื่นด้วยครีมหรือเจลหล่อลื่น

2.2.2 สอดองคชาตเข้าไปด้านใน จากนั้นดันกระบอกให้แนบกับตัว ไม่ให้มีอากาศเข้าออกได้

2.2.3 ถีมนั้บโดยการบีบลูกยางต่อเนื่องหลายๆ ครั้ง อย่างช้าๆ จนกว่าจะรู้สึกตึงคับจากแรงกดบริเวณ

องคชาต

2.2.4 ทิ้งไว้ประมาณ 10 วินาที จากนั้นให้กด วาล์วเพื่อปล่อยลม ทำตามขั้นตอนทั้งหมดซ้ำอีกหลายๆ ครั้ง โดยใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 10-15 นาที

2.2.5 เมื่อครบเวลาที่กำหนดหรือองคชาตแข็งตัว เต็มที่ ให้กดวาล์วปล่อยลม ดึงองคชาตออก และถอด แหวนยางออก แล้วดำเนินกิจกรรมทางเพศทันที

2.2.6 หลังจากเสร็จกิจกรรมทางเพศให้นำ อุปกรณ์ไปล้างให้สะอาดและผึ่งลมให้แห้ง

หมายเหตุ กลไกของปั๊มสุญญากาศคือ ทำให้ เกิดภาวะสุญญากาศบางส่วน ซึ่งทำให้สามารถดึงเลือด เข้ามาภายในองคชาต หลอดเลือดขยายตัว และทำให้อองคชาตแข็งตัวขึ้น อุปกรณ์ดังกล่าวมีอยู่ 3 ส่วน ได้แก่ ครอบพลาสติกสำหรับครอบองคชาต ตัวปั๊มซึ่งช่วยดึง อากาศออกจากครอบสุญญากาศ และยางรัดซึ่งวาง รอบฐานขององคชาตเพื่อให้การแข็งตัวคงอยู่ได้หลังนำ ครอบสุญญากาศออกและระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ โดยป้องกันเลือดไหลย้อนกลับ หลังการหลั่งน้ำอสุจิ องคชาต จะอ่อนตัวลง

อุปกรณ์ช่วยให้อองคชาตแข็งตัวหรือปั๊มสุญญากาศ แสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 อุปกรณ์ช่วยให้อองคชาตแข็งตัวหรือปั๊มสุญญากาศ (ซ้าย) และสาธิตการใช้ (ขวา)
ที่มา : สมบุญ เหลืองวัฒนาภิ (ม.ป.ป.)

2.3 การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ใส่แกนองคชาตเทียมตามแผนการรักษา มีดังนี้

2.3.1 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการผ่าตัดรักษา ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศทำได้ 3 วิธี ได้แก่ 1) การผ่าตัดใส่อวัยวะเทียมเป็นแกนองคชาต เพื่อให้ องคชาตสามารถแข็งตัวได้ 2) การสร้างหลอดเลือดแดงใหม่ เพื่อให้มีเลือดไหลเข้าองคชาตได้ และ 3) การหยุดเลือดดำ ไม่ให้ไหลออกจากองคชาต สำหรับการผ่าตัดใส่อวัยวะเทียม จะพิจารณาในผู้ป่วยที่รับประทานยาแล้วไม่ได้ผล หรือต้องการ แก้ไขแบบถาวร

2.3.2 เตรียมผู้ป่วยส่งห้องผ่าตัด และให้การดูแล หลังการผ่าตัดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอื่นๆ เหมือนการผ่าตัด

ทั่วไป

2.3.3 หลังการผ่าตัด แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติ ตัวอย่างเคร่งครัดตามแผนการรักษาของแพทย์ และให้ กลับมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อให้แพทย์ตรวจความสมบูรณ์ หลังการผ่าตัดก่อน เมื่อแพทย์อนุญาตจึงมีเพศสัมพันธ์ได้

ปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศของผู้ชาย ไม่ได้มีผลกระทบต่อผู้ป่วยคนเดียว แต่จะมีผลกระทบต่อภรรยา หรือคู่ครองด้วย ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าปัญหาภาวะหย่อน สมรรถภาพทางเพศเป็นปัญหาของทั้งคู่ ซึ่งควรแก้ไขปัญหา หรือยอมรับการรักษาร่วมกัน ภรรยาหรือคู่ครองจึงควรศึกษา และทำความเข้าใจภาวะนี้ให้มากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้

และควรมีการสื่อสารระหว่างกัน เพื่อเป็นพื้นฐานช่วยให้มีความสัมพันธ์ที่ดีขึ้น และควรให้กำลังใจสามีหรือคู่่นอนว่าไม่ได้ถูกทอดทิ้งหรืออยู่กับปัญหาเพียงคนเดียว พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดและรับทราบปัญหาผู้ป่วย จึงต้องแสดงบทบาทอิสระที่สามารถช่วยแก้ไขปัญหให้กับผู้ป่วย เช่น การประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น และให้การแก้ไขตามบทบาทของตน ให้ความรู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นผู้ให้คำปรึกษาชี้แนะที่ดี ส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยให้แข็งแรงอยู่เสมอ ส่วนบทบาทกึ่งอิสระนั้น พยาบาลต้องปฏิบัติให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ทั้งการรักษาด้วยยา วิธีการใช้ปั๊มสุญญากาศ ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องรับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดได้แก่องค์ขาดเทียม

เอกสารอ้างอิง

- ชนิกา เจริญจิตต์กุล. (2554). เพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุ. *วารสาร มวก.วิชาการ*, 15(29), 97-112.
- ศรัณยพร กิจไธยา, จริยา อัครวิธธร, และสถักจิต ชูติพงษ์วิท. (2555). การศึกษาวิเคราะห์การรักษาอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศที่ผิดปกติในเขตภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย. *วารสารอาหารและยา*, 19(1), 44-51.
- ศรีนวล สถิตวิทยานันท์. (2551). *เพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุ*. สืบค้น วันที่ 9 เมษายน 2559, จาก http://www.stou.ac.th/stoukc/elder/main1_6.html
- สมบุญ เหลืองวัฒนาภิจ. (2553). *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง โรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศ. เครือข่ายโรงพยาบาลกรุงเทพ. ณ โรงพยาบาลกรุงเทพ กรุงเทพมหานคร วันที่ 29 กันยายน 2553. (อัครำเนา).*

- สมบุญ เหลืองวัฒนาภิจ. (ม.ป.ป). *หลักการทํางานของเครื่องบริหารระบบสุญญากาศ*. สืบค้น วันที่ 11 เมษายน 2559, จาก http://th.aliexpress.com/promotion/promotion_vacuum-pumps-for-sale-promotion.htm
- อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพพิธธา, และภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์ (2555). *รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2555*. นนทบุรี: สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (อัครำเนา).
- Feldman, H. A., Goldstein, I., Hatzichristou, D. G., Krane, R. J., & McKinlay, J. B. (1994). Impotence and its medical and psychological correlates: Results of the Massachusetts male aging study. *The Journal of Urology*, 151(1), 54-61.
- Hatzimouratidis, K., et al. (2010). Guidelines on male sexual dysfunction: Erectile dysfunction and premature ejaculation. *European Urology*, 57(5), 804-814.
- Kongkanand, A. (2000). Prevalence of erectile dysfunction in Thailand. Thai Erectile Dysfunction Epidemiological Study Group. *International Journal of Andrology*, 23 (suppl. 2), 77-80.
- Lee, M. (2002). Erectile dysfunction. In Dipiro, J. T. (Ed.). *Textbook of pharmacotherapy: A pathophysiologic approach* (6th ed.). pp. 1511-1531. Philadelphia: McGraw-Hill.
- McVary, K. T. (2007). Clinical practice. Erectile dysfunction. *The New England Journal of Medicine*, 357(24), 2472-2481.

กระบวนการในการดูแลสุขภาพชุมชน: บทบาทพยาบาลชุมชน Community Health Care Process: The Role of Community Nurse

กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, ปส.ด. (การพยาบาล) *

Kamontip Khungtumneam, Ph.D. (Nursing) *

การดูแลสุขภาพ เป็นความรับผิดชอบของบุคคล ชุมชน และสังคม การดูแลสุขภาพจึงเป็นการกิจร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน การที่จะทราบถึงปัญหาและความต้องการทางสุขภาพของแต่ละชุมชนท้องถิ่นนั้น พยาบาลชุมชนต้องใช้กระบวนการในการดูแลสุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นวิธีการศึกษาภาวะสุขภาพและความต้องการของประชาชนเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาพร้อมกับชุมชน โดยต้องมีกระบวนการประเมินปัญหาสุขภาพชุมชนที่ชัดเจนและสอดคล้องกับสภาพจริง ใช้เครื่องมือหลายอย่างประกอบ เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การใช้แบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อกำหนดปัญหาและความต้องการของชุมชน วางแผนเพื่อแก้ไขปัญหา ดำเนินการตามแผนร่วมกับชุมชนและประเมินผลการปฏิบัติงานร่วมกันเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานเพื่อสร้างสุขภาพของคนในชุมชนต่อไป

สาระของบทความนี้ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน ได้แก่ แนวคิดของสุขภาพชุมชน บทบาทขององค์กรภาคีในการดูแลสุขภาพชุมชน และกระบวนการในการดูแลสุขภาพชุมชนในบทบาทของพยาบาลชุมชน

แนวคิดของสุขภาพชุมชน: การมองสุขภาพของชุมชนโดยรวม

คำว่า ชุมชน มีผู้ให้ความหมายที่หลากหลาย ชุมชน เป็นการรวมของกลุ่มคนที่มีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ที่กำหนดโดยภูมิศาสตร์ หรือมีเป้าหมายและความสนใจร่วมกัน มีการทำหน้าที่ภายใต้โครงสร้างทางสังคม (Marshall,

2010) ชุมชนยังหมายถึง การอยู่ร่วมกันของกลุ่มคนที่หลากหลาย มีความผูกพันกันทางสังคมในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง มีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน หรือมีการพึ่งพาซึ่งกันและกัน ทำหน้าที่เพื่อให้บรรลุความต้องการต่าง ๆ (วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และจริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2553) จากความหมายของชุมชนสรุปได้ว่าชุมชนประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ได้แก่ คน คือสมาชิกของชุมชนที่อาศัยในพื้นที่นั้น ๆ สถานที่ คือมิติทางด้านภูมิศาสตร์ขอบเขต พื้นที่ตั้งของชุมชน และการทำหน้าที่ คือกิจกรรมของคนในชุมชน เพื่อทำให้บรรลุความต้องการต่าง ๆ ของชุมชน ด้วยการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน (Shuster, 2014)

สุขภาพ หมายถึง ภาวะทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่มีการเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และจริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2553)

ดังนั้น สุขภาพชุมชน จึงหมายถึง การมองสุขภาพของทุกคนหรือประชากรของชุมชนโดยรวม โดยมีการตรวจสอบใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) สภาวะ คือการวัดสุขภาพของคนในชุมชนทางด้านกายภาพ อารมณ์ และสังคม 2) โครงสร้างของชุมชน คือบริการสุขภาพหรือแหล่งประโยชน์ที่ช่วยในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน และ 3) กระบวนการ คือการทำหน้าที่ของชุมชนในการช่วยกันแก้ไขปัญหา เพื่อส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่ดีของทุกคน

ประชากรเป้าหมายของการดูแลสุขภาพชุมชน

การดูแลสุขภาพชุมชน เป็นการทำงานที่เอาสมาชิก

* อาจารย์ สาขาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ในชุมชนเป็นตัวตั้ง ดังนั้น เมื่อพยาบาลชุมชนทำงานจึงต้องทำความรู้จักกับคนหรือหาคนที่เป็เป้าหมายในการดูแลให้พบ โดยใช้เครื่องมือต่าง ๆ ในการค้นหา เช่น การวิจัยเชิงคุณภาพ การทำแผนที่คนดี การทำแผนที่ศักยภาพ ซึ่งการกำหนดกลุ่มประชากรเป้าหมายในการดูแลสุขภาพชุมชนโดยทั่วไป สามารถจำแนกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้ (ชนินฐา นันทบุตร, 2551)

กลุ่มที่ 1 จัดกลุ่มตามอายุและพัฒนาการ ได้แก่ เด็กแรกเกิด เด็กวัยก่อนเรียน วัยรุ่น ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ

กลุ่มที่ 2 จัดกลุ่มตามภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มสุขภาพแข็งแรง (เช่น กลุ่มเด็ก ผู้ใหญ่) กลุ่มเสี่ยง (เช่น วัยรุ่น คนที่ทำงานในโรงงานทอผ้า คนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) และกลุ่มเจ็บป่วย (เช่น คนที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง) ที่ผ่านมานักวิชาการทางด้านสุขภาพวิเคราะห์โดยใช้ข้อมูลจากหลายแหล่ง เช่น สถิติการเจ็บป่วย สถิติการใช้บริการในหน่วยบริการสุขภาพ หรือวิเคราะห์จากปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคและความเจ็บป่วยต่าง ๆ

กลุ่มที่ 3 จัดกลุ่มตามความต้องการเฉพาะ เช่น ผู้ด้อยโอกาส (ผู้พิการ ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง คนยากจน) สตรีในระยะเจริญพันธุ์ เด็กอายุ 0-5 ปี สตรีวัยหมดประจำเดือน ผู้ชายวัยทอง

หากต้องการทำให้การดูแลสุขภาพชุมชนบรรลุเป้าหมายและเกิดขึ้นจริงในพื้นที่ ต้องอาศัยการทำงานหลายกระบวนการ โดยขึ้นอยู่กับสมรรถนะ ความชำนาญขององค์กรภาคี หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ประเด็นปัญหา และความต้องการด้านสุขภาพของคนในพื้นที่

ทั้งนี้ พยาบาลชุมชนต้องหาประชากรเป้าหมายในการดูแลให้พบ เพื่อที่จะได้ให้การพยาบาลได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของคนในชุมชน โดยอาจใช้ข้อมูลสถิติการเจ็บป่วย การให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพ หรือผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของคนในชุมชน เป็นต้น มาค้นหาประชากรเป้าหมายที่ชุมชนควรให้การดูแล เช่น การศึกษาของกมลทิพย์ ชลัษฐธรรมนิยม (2552) ที่ศึกษาการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กวัยรุ่น โดยชุมชนมีส่วนร่วม กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาค้น

เลือกตามภาวะสุขภาพและผลกระทบต่อสุขภาพที่พบมากในชุมชน คือกลุ่มประชากรเด็กวัยรุ่น อายุ 11-20 ปี โดยใช้ข้อมูลจาก 1) สถิติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กวัยรุ่นในชุมชนเพิ่มขึ้นในปี 2550 ร้อยละ 30 มีอัตราการเสียชีวิตของเด็กวัยรุ่นจากการเมาแล้วขับในปี 2550 จำนวน 3 คน 2) การสัมภาษณ์เชิงลึกเด็กวัยรุ่น อายุระหว่าง 10-19 ปี จำนวน 14 คน พบว่ามีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 12 คน โดยเริ่มดื่มครั้งแรกเมื่ออายุ 12-13 ปี และ 3) การสนทนากลุ่ม ผู้นำชุมชนเห็นว่าประเด็นการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กวัยรุ่นในชุมชนกำลังเป็นปัญหาสำคัญ สะท้อนได้จาก

“...บ้านเราเด็กดื่มเหล้าเยอะ บางครั้งคนดื่มไม่รู้หรือกว่ามันเป็นปัญหา มันน่าจะมึ่วิธีการที่ทำให้เขาสำนึกได้ ต่างคนต่างเห็นปัญหาที่เกิดขึ้น แต่ไม่เคยที่จะมานั่งคุยกัน พ่อแม่ ผู้ใหญ่ในชุมชนต้องมาร่วมกันคิดหาทางเพราะเด็กเหล่านี้อีกก็เป็นลูกหลานเราทั้งนั้น ปล่อยไว้มันก็เป็นปัญหาให้แก่สังคม ประเทศชาติต่อไป...”

สัมภาษณ์ผู้นำชุมชน, 12 สิงหาคม 2550

จากข้อมูลดังกล่าว ทำให้เกิดความร่วมมือกันขององค์กรภาคีในพื้นที่ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล โรงเรียน ชุมชน นักวิชาการทางด้านสุขภาพ และเด็กวัยรุ่น โดยร่วมกันหาแนวทางป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน

บทบาทขององค์กรภาคีในการดูแลสุขภาพชุมชน

การดูแลสุขภาพชุมชนจะประสบความสำเร็จนั้นมักไม่ได้เกิดจากการทำงานของพยาบาลชุมชนฝ่ายเดียว แต่เป็นการร่วมคิดร่วมทำของหลายภาคส่วนที่เป็นเจ้าของเรื่องสุขภาพชุมชน ซึ่งองค์กรหลักที่ร่วมดูแลสุขภาพชุมชนประกอบด้วยอย่างน้อย 3 ภาคส่วน ดังนี้ (ชนินฐา นันทบุตร, 2551)

1. ประชาชน องค์กรชุมชน กลุ่มเครือข่าย เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน คณะกรรมการหมู่บ้าน ครู พระสงฆ์ กลุ่มอาสาสมัคร เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ช่วยเหลื่อต่าง ๆ ที่ชุมชน

จัดให้มี กลุ่มแม่บ้าน หรือกลุ่มช่วยเหลือกันของผู้ป่วยและชาวบ้าน กลุ่มคนเหล่านี้สามารถสะท้อนถึงปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ และยังเป็นผู้ที่มีส่วนช่วยในการดูแลสุขภาพทั้งของตนเอง คนในครอบครัว และคนในชุมชน ซึ่งบทบาทของแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับกิจกรรมที่ร่วมทำ โดยอาศัยหลักของการช่วยเหลือเกื้อกูลกันเป็นฐานในการดูแล เช่น การรวมกลุ่มกันของสตรีในพื้นที่ตำบลปริก อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา โดยใช้ชื่อว่า แม่อาสา ร่วมกันออกเยี่ยม ดูแลสตรีตั้งครรภ์ มารดาหลังคลอด และทารกแรกเกิด (กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม และคณะ, 2553)

2. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 บทบาทหน้าที่หนึ่งขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นคือ ให้การดูแลสุขภาพของกลุ่มประชากรเป้าหมายในพื้นที่ร่วมกับสถานบริการด้านสาธารณสุข ในการจัดการบริการสุขภาพชุมชน ครอบคลุมกลุ่มประชากรเป้าหมาย ตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต ทุกกลุ่มวัย โดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถที่จะจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่น แผนพัฒนาสุขภาพ และกำหนดนโยบายใช้ในท้องถิ่นของตนเองได้ เช่น การจัดทำกติกา ข้อตกลงในการจำกัดพื้นที่การดื่ม การสนับสนุนงบประมาณให้กับหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ให้กับวัยรุ่น การจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ถูกทอดทิ้ง

3. หน่วยบริการสุขภาพในชุมชน เช่น พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีบทบาทหน้าที่หลักในการจัดบริการสุขภาพและให้การดูแลสุขภาพของประชาชน จัดกลุ่มประชากรเป้าหมายทั้งตามอายุ ตามภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเจ็บป่วย และตามความต้องการเฉพาะ โดยเน้นบทบาทในการดูแลสุขภาพเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ เน้นการให้บริการด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การตรวจรักษา การคัดกรองโรค การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพแกนนำ

ทั้งนี้ การดูแลสุขภาพชุมชนควรมีการนำองค์กรภาคีมาร่วมดูแลสุขภาพชุมชน เพราะแต่ละองค์กรมีประสบการณ์และบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน เมื่อนำศักยภาพของแต่ละองค์กรมาช่วย จะทำให้สามารถดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนได้อย่างครอบคลุม เช่น การศึกษาของกมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม (2552) ที่ศึกษาการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กวัยรุ่นโดยชุมชนมีส่วนร่วม พบว่าแต่ละองค์กรเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กวัยรุ่น ดังนี้

ระบบ	องค์กรและภาคี	บทบาทหน้าที่
ระบบเฝ้าระวัง		
การเฝ้าระวังในระดับบุคคล	วัยรุ่น	- ให้คำปรึกษาเพื่อน ดักเตือนเพื่อน - หากิจกรรมทำยามว่าง เช่น เล่นกีฬา ช่วยบิดามารดาทำงาน - ดูแลตนเอง ทำจิตใจให้เข้มแข็ง รู้จักประมาณตนเอง เช่น เมาไม่ขับ เมาอย่าซ่าส์ ไปไม่ไหวนอนค้าง - เฝ้าระวัง สอดแนม แจ้งข่าวต่อกลุ่มเพื่อนและครู

ระบบ	องค์กรและภาคี	บทบาทหน้าที่
การเฝ้าระวังในระดับครอบครัว ชุมชน	ครอบครัว ชุมชน	- สอดส่องดูแล ตักเตือน - แจ้งข่าวแก่ผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน - เป็นแบบอย่างที่ดี
การเฝ้าระวังในระดับชุมชน/ตำบล	กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน	- ต้นแบบผู้นำเล็กเหล่า - รักษาความปลอดภัยในตำบล เช่น ตรวจอาวุธ วัตถุอันตราย เมื่อมีงานบุญหมอลำ ตั้งด่านตรวจเมื่อมีเทศกาล - ประกาศกฎระเบียบของตำบลให้ลูกบ้านรับทราบ - ตักเตือนร้านค้า และประกาศทางหอกระจายข่าวให้ทราบถึงโทษของผู้ที่ขายเหล้าให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี
	ร้านค้าชุมชน	- ไม่ขายเหล้าให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี - ขายเหล้าในเวลาที่กำหนด
	อบต.	- สนับสนุนงบประมาณ เงินรางวัลในการดำเนินกิจกรรม - เปิดโอกาสทางการศึกษา เช่น เรียน กศน. เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการภาคประชาชนคัดเลือกเด็กด้อยโอกาสในพื้นที่เข้าเรียนในระดับมหาวิทยาลัย - จัดกิจกรรม เช่น กีฬา ค่ายฝึกฟุตบอลให้กับเยาวชน โครงการ To be number one
	ศูนย์สุขภาพชุมชน	- ให้สุศึกษาที่โรงเรียน - ให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นและครอบครัว - จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน เช่น ชมรมออกกำลังกายเพื่อนใจวัยรุ่น - จัดหาแกนนำโครงการรณรงค์เข้าพรรษา - บำบัดรักษาผู้ที่ติดเหล้า ติดยาเสพติด
	ครู	- จัดทำพื้นที่เสี่ยง เช่น ตลาดนัดวัวควาย ป่าหลังโรงเรียน ห้องน้ำ ติดตามตรวจสอบจุดเสี่ยงทุกสัปดาห์ - บรรจุเรื่องโทษของสารเสพติดในวิชาเรียน เช่น สุขศึกษา จริยธรรม - กิจกรรมพัฒนาทักษะ เช่น เข้าค่ายธรรมะ จัดประสบการณ์เห็นของจริงจากการดูวิดีโอ เยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล (เมาแล้วขับ) พูดคุยกับคนในชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากการดื่ม เช่น ผู้พิการจากการเมาแล้วขับ

กระบวนการในการดูแลสุขภาพชุมชน: บทบาทของพยาบาลชุมชน

กระบวนการในการดูแลสุขภาพชุมชน เป็นเครื่องมือสำคัญที่พยาบาลชุมชนใช้เพื่อทำการศึกษากาเวสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน และร่วมกับชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ ให้บริการพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งกระบวนการในการดูแลสุขภาพชุมชนใช้หลักการเดียวกับกระบวนการพยาบาลชุมชนดังนี้

1. การประเมินสุขภาพชุมชน เป็นขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน กาวะสุขภาพ ข้อมูลสิ่งแวดล้อม ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนความสามารถของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาเพื่อช่วยให้เข้าใจปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน (Shuster, 2014) กระบวนการนี้ให้ความสำคัญกับ 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การค้นหา เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพคนในชุมชน 2) การเปิดเผยให้เห็นปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน พร้อมทั้งศักยภาพในการแก้ไขปัญหา และ 3) กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาคส่วนขององค์กรหน่วยงานรัฐ ภาคประชาชน และองค์กรชุมชนในการให้ข้อมูล เก็บข้อมูล และรับทราบข้อมูลร่วมกัน (Severtson, Baumann, & Will, 2002; Cibula, Novick, Morrow, & Sutphen, 2003)

ข้อมูลที่ใช้ในการประเมินสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของชุมชนที่แสดงถึงลักษณะทางกายภาพของชุมชน สามารถแสดงได้ด้วยแผนที่เดินดิน การทำแผนที่ชุมชน ซึ่งจะช่วยให้เห็นลักษณะความเป็นอยู่ของชุมชน 2) ข้อมูลด้านประชากร โครงสร้างประชากร เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ ความหนาแน่นของประชากร เช่น จำนวนประชากรต่อพื้นที่อาศัย วัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมของชุมชน 3) ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม เป็นข้อมูลที่แสดงให้เห็นฐานะ วิถีการดำเนินชีวิต และความเป็นอยู่ของชุมชน เช่น กิจกรรมในรอบปี กิจกรรมตามประเพณี กลุ่มคนที่เกี่ยวข้อง 4) ข้อมูลด้านสุขภาพ เป็นข้อมูลหลักในการวินิจฉัย

ปัญหาสุขภาพของชุมชน เช่น จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคต่างๆ ข้อมูลการรับบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อัตราป่วย อัตราตาย 5) ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชน 6) ข้อมูลด้านบริการสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ ความพอเพียง รวมทั้งบริการสุขภาพแบบพื้นบ้าน สมุนไพร แพทย์แผนโบราณ ร้านขายยา (ขนิษฐา นันทบุตร, 2551; วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และจริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2553; ศิวพร อึ้งวัฒนา และพรพรรณ ทรัพย์ไพบุลย์กิจ, 2555; Shuster, 2010)

วิธีการรวบรวมข้อมูลสุขภาพชุมชน พยาบาลชุมชนสามารถเลือกใช้วิธีการได้ตามความเหมาะสม แต่ควรเป็นวิธีที่ให้แก่คนในชุมชนเข้ามาเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพชุมชนและเห็นปัญหาสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกัน การรวบรวมข้อมูลสุขภาพชุมชนมีหลายวิธี ดังนี้ (สมใจ วินิจกุล, 2550; วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และจริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2553; สุนีย์ ละกะปิ่น, 2558)

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิที่มีอยู่ เป็นการรวบรวมข้อมูลที่มีอยู่จากแหล่งต่างๆ มาวิเคราะห์แยกตามหมวดหมู่ที่ต้องการ ข้อมูลที่ได้มาเบื้องต้น เช่น ประวัติศาสตร์ชุมชน ข้อมูลสุขภาพที่มีอยู่ เช่น ข้อมูลจากบันทึกรายงานต่างๆ ที่ทำอยู่ในงานประจำของหน่วยงาน จะใช้เป็นข้อมูลเริ่มต้นในการทำความรู้จักชุมชนในแง่มุมต่างๆ เพื่อนำไปขยายความในการศึกษาจากข้อมูลปฐมภูมิต่อไป การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิอาจทำได้โดยใช้ความรู้ทางวิทยาการระบาดเกี่ยวกับโรค การกระจายโรค และสาเหตุของการเกิดโรค มาประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลว่าเพียงพอต่อการอธิบายภาวะสุขภาพของคนในชุมชนหรือไม่ ซึ่งถ้าข้อมูลส่วนใดยังไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจน จำเป็นต้องศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมต่อไป

2. การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการการดูแล และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน ผู้อาวุโส เจ้าอาวาส กลุ่มแม่บ้าน อาจเริ่มสัมภาษณ์เกี่ยวกับสมาชิกหรือกลุ่มและเหตุการณ์ในชุมชน กาวะสุขภาพของคนในชุมชน และการจัดการตามความเห็นของบุคคลที่

ถูกสัมภาษณ์ ข้อมูลที่ได้มักเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น วิธีการดูแลสุขภาพของกลุ่มคนต่าง ๆ วิธีการรักษาตัวเมื่อเจ็บป่วย ประวัติชุมชน การดำเนินกิจกรรมของกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพชุมชน เช่น การจัดการขยะในครัวเรือน บทบาทของชุมชนต่อการจัดการสุขภาพ

3. การสังเกต เป็นการหาข้อเท็จจริงโดยการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเอาใจใส่ เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้นกับสิ่งอื่น การสังเกตแบ่งออกเป็น 1) การสังเกตแบบมีส่วนร่วมผู้สังเกตเข้าไปร่วมกิจกรรมของผู้ถูกสังเกตโดยมีการซักถาม สังเกต และบันทึกข้อดีของวิธีนี้คือทำให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง ส่วนข้อด้อยคืออาจเกิดอคติได้ง่ายตามประสบการณ์ของผู้สังเกต และ 2) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ผู้สังเกตจะไม่เข้าร่วมในกิจกรรมของผู้ถูกสังเกตแต่ใช้การเฝ้าดูจากภายนอก ข้อดีคือ ใช้เวลาน้อย ประหยัด ส่วนข้อด้อยคือ ผู้สังเกตจะเก็บข้อมูลได้ไม่ครบทุกเรื่อง เนื่องจากอาจไม่ได้สนใจในสิ่งที่ผู้ถูกสังเกตให้ความสำคัญหรือผู้ถูกสังเกตรู้ตัวว่าถูกสังเกตอยู่ อาจไม่แสดงพฤติกรรมที่แท้จริงออกมา ซึ่งการสังเกตอาจสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นในชุมชนในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการจัดการข้อมูลที่ได้ เช่น พฤติกรรมการกินอาหารและดื่มสุราในงานบุญประเพณีต่างๆ ของชุมชน การใช้สารเคมีในการทำเกษตรกรรมของคนในชุมชน

4. การสนทนากลุ่ม เป็นการอภิปรายกับคนกลุ่มเล็ก ๆ ประมาณ 5-10 คน โดยมีจุดเน้นเฉพาะในประเด็นที่อภิปราย วิธีการนี้ใช้เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อต้องการข้อมูลจากหลากหลายคนพร้อมกัน เพื่อยืนยันร่วมกันในประเด็นที่เป็นปัญหาหรือประเด็นสำคัญ เช่น หาข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กวัยรุ่นในชุมชน

5. การใช้แบบสำรวจ แบบสอบถามเป็นการค้นหาข้อมูลโดยภาพรวม ส่วนใหญ่มักใช้ในการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลด้านประชากร ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการสำรวจอาจใช้แบบสอบถามโดยให้ผู้ตอบอ่านและตอบด้วยตนเอง หรือใช้การสัมภาษณ์ที่มีผู้ถามและอธิบายให้ก่อนตอบ เช่น แบบสำรวจค่าใช้จ่ายในครัวเรือน

แบบสอบถามความคิดเห็นเรื่องการใช้สารเสพติด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กวัยรุ่นในชุมชน

6. การประเมินชุมชนแบบเร่งด่วน เป็นกลวิธีที่ให้คนในชุมชนเข้ามาร่วมเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพชุมชนและเห็นปัญหาสุขภาพ นำไปสู่การวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกัน โดยมีการสร้างทีมวิจัยชุมชน ซึ่งประกอบด้วยองค์กรในพื้นที่ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาชน ผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และหน่วยงานราชการในพื้นที่ โดยเฉพาะหน่วยงานด้านสุขภาพ องค์กรในพื้นที่จะเข้ามาร่วมเก็บข้อมูล เรียนรู้ข้อมูลสุขภาพร่วมกัน หลังจากนั้น ทีมวิจัยชุมชนมาร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาปัญหาสุขภาพและแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน (ชนินฐา นันทบุตร, 2551)

เมื่อพยาบาลชุมชนได้ข้อมูลสุขภาพชุมชนแล้วควรนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามหมวดหมู่ โดยอาจแบ่งเป็น 4 หมวดใหญ่ ๆ ได้แก่ 1) ลักษณะทั่วไปของชุมชน ประกอบด้วยที่ตั้งชุมชน สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคม ข้อมูลด้านประชากร เช่น อายุ เพศ อาชีพ รายได้ ลักษณะชุมชน สภาพแวดล้อม 2) ข้อมูลด้านสุขภาพอนามัย เช่น อัตราการเกิด อัตราการตาย การเกิดโรค การเจ็บป่วยในชุมชน 3) ข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับโรค เช่น การได้รับภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุ 0-6 ปี ภาวะโภชนาการ ภาวะเจริญพันธุ์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-44 ปี รวมถึงพฤติกรรมของชุมชนในการรักษาสุขภาพ เป็นต้น และ 4) ข้อมูลระบบบริการต่างๆ สิทธิในการรักษาและการใช้บริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน (อาภาพร เฝ้าวัฒนา, 2558) ส่วนข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ สามารถวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ซึ่งเป็นการค้นหาคำหรือกลุ่มคำจากข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้ เพื่อแสดงรายละเอียดของประเด็นที่มีการกำหนดไว้ และควรจัดทำการนำเสนอข้อมูลที่เข้าใจง่าย เช่น การนำเสนอข้อมูลสุขภาพเป็นกราฟ แผนภูมิแท่ง การนำเสนอปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพชุมชนเป็นรูปภาพ เพื่อให้ประชาชนในชุมชนเห็นข้อมูล แนวโน้มของปัญหาและความต้องการของชุมชน จัดลำดับความสำคัญ

ของปัญหา และนำไปวางแผนดำเนินงานแก้ไขปัญหาร่วมกับชุมชนต่อไป

2. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพชุมชน เป็นขั้นตอนที่บอกให้ทราบว่าชุมชนนั้นมีปัญหาอะไรสาเหตุเกิดจากอะไร และมีความต้องการสุขภาพอย่างไร หัวใจสำคัญในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาคือการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพิจารณานาของปัญหา ความรุนแรงของปัญหา ความยากง่ายในการแก้ไข ปัญหา และความวิตกกังวลของชุมชนที่มีต่อปัญหา (อาภาพร เฝ้าวัฒนา, 2558) ซึ่งการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพชุมชนเน้นการใช้แนวทางการทำประชาคม ซึ่งเป็นการจัดประชุมเพื่อรับทราบปัญหา ประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้าร่วมและเสนอความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นเตรียมการ พยาบาลชุมชนต้องมีการสรุปข้อมูลที่ได้จากชุมชน โดยเป็นปัญหาที่พบทั้งหมด เพื่อให้ชุมชนรับทราบว่าภาพรวมของชุมชนนั้น ปัญหาของชุมชนมีเรื่องใดบ้าง ซึ่งอาจนำเสนอด้วยภาพถ่ายที่เห็นบริบทปัญหา และผลกระทบที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังต้องเตรียมคนที่เข้าร่วม โดยต้องเป็นตัวแทนของคนในชุมชน และเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น ตัวแทนภาคประชาชน ตัวแทนภาครัฐ ทั้งนี้ เวลาและสถานที่ที่จัดควรเอื้ออำนวยให้คนในชุมชนสามารถเข้าร่วมได้ 2) ขั้นตอนการ จะต้องมีการอธิบายวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ การเลือกปัญหาที่ต้องการให้ได้รับการแก้ไขในชุมชน โดยพยาบาลชุมชนควรสรุปประเด็นปัญหา พร้อมบอกข้อมูลสนับสนุนในแต่ละปัญหา และให้ผู้เข้าร่วมได้ร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และ 3) ระบุสรุป เป็นการสรุปว่าปัญหาที่ชุมชนต้องการแก้ไขอย่างเร่งด่วนคือปัญหาใด และเพื่อเป็นการวางแผนการแก้ไขปัญหา พยาบาลชุมชนควรถามความคิดเห็นของชุมชนว่ามีแนวทางแก้ไขปัญหายังไร ชุมชนควรเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหานั้นในบางส่วนใดบ้าง ใครเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องและมีบทบาทอย่างไรในการเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหานั้น เพื่อนำข้อมูลไปวางแผนในการดูแลสุขภาพชุมชนในประเด็นที่ชุมชนต้องการแก้ไขต่อไป

3. การวางแผนการดูแลสุขภาพชุมชน เป็นกระบวนการดำเนินการเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน โดยพิจารณาจากข้อมูลสุขภาพของพื้นที่ แล้วนำมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยให้ชุมชนได้ร่วมคิดร่วมวางแผนแก้ไขปัญหานั้น กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงานหรือกิจกรรมหรือโครงการที่สามารถปฏิบัติได้จริง และใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่ในการดูแลสุขภาพชุมชนให้เกิดประโยชน์มากที่สุด ขั้นตอนที่สำคัญในกระบวนการนี้คือ 1) การร่วมทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้แสดงปัญหาและศักยภาพของชุมชนตามประเด็นที่ต้องการจัดการ 2) ร่วมค้นหาแนวทาง ทางออกในการจัดการกับปัญหา ซึ่งอาศัยการศึกษาข้อมูลจากงานวิจัย การศึกษาดูงานพื้นที่อื่น หรือจากความรู้ของคนในชุมชน และ 3) ร่วมปฏิบัติการและสรุปบทเรียนจากการทำงานร่วมกัน โดยใช้เวทีระดมสมอง ประชุมเชิงปฏิบัติการ เวทีประชุมปรึกษาหารือกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

ผลลัพธ์ของกระบวนการนี้คือ ได้วิธีการดูแลสุขภาพของกลุ่มประชากรเป้าหมาย เช่น การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน กระบวนการจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินและอุบัติเหตุในชุมชน หรือเกิดกตึกา ข้อตกลงนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพระดับพื้นที่ (ชนวิษฐา นันทบุตร, 2551) เช่น ชุมชนมีการตั้งกตึกาว่า ถ้าร้านค้าในชุมชนขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่เด็กวัยรุ่น จะถูกปรับ 2,000 บาท (กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม, 2552)

4. การปฏิบัติการเพื่อดูแลสุขภาพชุมชน เป็นการให้บริการดูแลสุขภาพตามแผนที่วางไว้ โดยมีการทำงานร่วมกับองค์กรชุมชนหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่รับผิดชอบในพื้นที่ เช่น การจัดทำโครงการการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กวัยรุ่นในชุมชนซึ่งเป็นโครงการที่ทำร่วมกันระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบล โรงเรียน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งวัตถุประสงค์ของโครงการคือ เพื่อลดอัตราการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 15 ปี กิจกรรมที่จัดทำ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้แก่เด็กวัยรุ่นเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โรงเรียนเชิญผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาเล่าประสบการณ์ให้เด็กใน

โรงเรียนพัง เป็นต้น (กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, 2552)

5. การประเมินผลการดำเนินงาน โดยให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการประเมินผลตั้งแต่เริ่มดำเนินการ ขณะดำเนินการ หลังดำเนินการ ตลอดจนร่วมวิเคราะห์หาสาเหตุและการดำเนินการแก้ไขหากผลการดำเนินการไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ จนกว่าจะบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ เช่น ผลลัพธ์จากการจัดโครงการเพื่อลดอัตราการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ทำให้เกิดการแบ่งบทบาทหน้าที่ของแต่ละองค์กรในการสอดส่องดูแลเด็กวัยรุ่นในชุมชน ชุมชนร่วมกันสร้างลานอเนกประสงค์ ทำให้เด็กวัยรุ่นในชุมชนหันมาทำกิจกรรมร่วมกันแทนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น (กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, 2552)

กระบวนการในการดูแลสุขภาพชุมชน จะต้องเน้นให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการ พยาบาลชุมชนต้องมีการใช้ข้อมูลจากการศึกษาและประเมินชุมชนมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ แสดงให้คนในชุมชนเห็นปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของคนในชุมชนร่วมกัน และร่วมกันออกแบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ ซึ่งบริการสุขภาพในชุมชนสามารถดำเนินการในรูปแบบของรายกิจกรรม โครงการบริการสุขภาพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการด้านสุขภาพในแต่ละประเด็นและศักยภาพของชุมชน

เอกสารอ้างอิง

กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม. (2552). *การป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น* (วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชฎบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, และคณะ. (2553). *การศึกษาระบบสุขภาพชุมชน กรณีศึกษาตำบลปริก อำเภอเสนา จังหวัดสงขลา* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: สำนักสนับสนุนสุขภาพชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

ขนิษฐา นันทบุตร. (2551). *ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน: แนวคิด เครื่องมือ การออกแบบ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบการพยาบาล สถานการพยาบาล.

วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, และจริยาวัตร คมพยัคฆ์. (2553). *การพยาบาลอนามัยชุมชน: แนวคิด หลักการและการปฏิบัติการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: จามจุรี โปรดักท์.

ศิวพร อังวัฒนา, และพรพรรณ ทรัพย์ไพบูลย์กิจ. (2555). *การพยาบาลชุมชน*. เชียงใหม่: ครองช่าง พรินต์ติ้ง.

สมใจ วิจิกุล. (2550). *อนามัยชุมชน กระบวนการวินิจฉัย และการแก้ปัญหา*. กรุงเทพฯ: ฟันนี่พับบลิชซิง.

สุณีย์ ละกำป็น. (2558). แนวคิดเกี่ยวกับชุมชนและการประเมินสุขภาพชุมชน. ใน วิภา เทียงธรรม, และ อาภาพร เฝ้าวัฒนา. (บ.ก.). *การพัฒนาศักยภาพชุมชน: แนวคิดและการประยุกต์ใช้*. หน้า 129-157. กรุงเทพฯ: แดเน็กซ์ อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น.

อาภาพร เฝ้าวัฒนา. (2558). การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา. ใน วิภา เทียงธรรม, และอาภาพร เฝ้าวัฒนา. (บ.ก.). *การพัฒนาศักยภาพชุมชน: แนวคิดและการประยุกต์ใช้*. หน้า 159-177. กรุงเทพฯ: แดเน็กซ์ อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น.

Cibula, D. A., Novick, L. F., Morrow, C. B., & Sutphen, S. M. (2003). Community health assessment. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(suppl. 4), 118-123.

Marshall, F. A. (2010). Community as client: Applying the nursing process in community health nursing : Promoting and protecting the public's health. In Allender, J. A., Rector, C., Waener, K. D. (Eds.). *Community health nursing: Promoting and protecting the public's health*. pp. 390-414. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Severtson, D. J., Baumann, L. C., & Will, J. A. (2002). A participatory assessment of environmental health concerns in an Ojibwa community. *Public Health Nursing*, 19(1), 47-58.

Shuster, G. F. (2010). Community assessment and evaluation in foundations of nursing in the community: Community-oriented practice. In Stanhope, M., & Lancaster, J. (Eds.). *Foundations of nursing in the community: Community-oriented practice*. pp. 216-233. Missouri: Mosby Elsevier.

Shuster, G. F. (2014). Community as client: Assessment and analysis. In Stanhope, M., & Lancaster, J. (Eds.). *Public health nursing: Population-centered health care in the community*. pp. 396-426. Missouri: Mosby Elsevier.

การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเด็กที่มีภาวะไตขาดเฉียบพลันที่ได้รับ การบำบัดทดแทนไตแบบ Continuous Venovenous Hemofiltration Nursing Care for Critically Ill Children with Acute Kidney Injury Using Continuous Venovenous Hemofiltration

กัลยพัทธ์ นิยมวิทย์, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) *

Kanyapat Niyomwit, M.N.S. (Nursing Administration) *

จริยาพร วรธนโชติ, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก) **

Jariyaphon Wannachot, M.N.S. (Pediatric Nursing) **

ภาวะไตขาดเฉียบพลัน (acute kidney injury: AKI) เป็นภาวะวิกฤตระบบไตที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยวิกฤตถึงร้อยละ 20 และสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 50-70 (Langford, Slivar, Tucker, & Bourbonnais, 2008) อุบัติการณ์ภาวะไตขาดเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็กพบประมาณ 3.9 คน ต่อประชากรเด็ก 1 แสนคนต่อปี โดยทารกแรกเกิด-1 ปี มีอุบัติการณ์สูงสุดคือ 19.7 คน ต่อ 1 แสนคนต่อปี (จักรชัย จิรพิพานิช, 2554) ซึ่งเป็นภาวะที่การทำงานของไตลดลงอย่างเฉียบพลัน เกิดจากการสูญเสียการทำหน้าที่ของไตอย่างทันทีทันใด อาจเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน ส่งผลให้มีการกั่งของยูเรียและของเสียอื่นๆ ในร่างกายและทำให้ร่างกายไม่สามารถรักษาสมดุลน้ำ อิเล็กโทรไลต์ และกรด-ด่างได้ ระดับความรู้สึกลดลง และมีความดันโลหิตต่ำ ภาวะไตขาดเฉียบพลันเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้ป่วยเด็ก เนื่องจากเด็กมักปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ได้ไม่ดีเท่าผู้ใหญ่ โดยเฉพาะเด็กเล็กซึ่งไวต่อการเปลี่ยนแปลง ส่งผลต่อระบบไหลเวียนเลือด ร่วมกับภาวะล้มเหลวของอวัยวะในระบบต่างๆ ของร่างกายอย่างรุนแรงหลายระบบ เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นการวินิจฉัยภาวะไตขาดเฉียบพลันในระยะแรกและการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างทันที่ อาจทำให้ผลการรักษาดีขึ้น ลดอัตราการตายของผู้ป่วยได้

การบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง เป็นวิธีการที่เหมาะสมที่สุดในการลดระดับของเสียในร่างกาย และรักษาสมดุลของกรด-ด่างและสารน้ำอย่างช้าๆ แบบค่อยเป็นค่อยไปในภาวะวิกฤต ซึ่งการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องเป็นวิธีการรักษาที่มีความซับซ้อน ต้องการความร่วมมือในด้านต่างๆ ทั้งเครื่องมือ อุปกรณ์ และผู้ดูแล โดยเฉพาะพยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วย ซึ่งควรมีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และมีทักษะการดูแลทั้งผู้ป่วยและเครื่องมือ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น

ความหมายของภาวะไตขาดเฉียบพลัน

ภาวะไตขาดเฉียบพลัน หมายถึง ภาวะที่ไตมีการสูญเสียการทำงานอย่างรวดเร็วในเวลาเป็นชั่วโมงหรือในเวลาไม่กี่วัน ทำให้ไตไม่สามารถขจัดของเสียออกไปได้ เป็นผลให้มีของเสียเพิ่มขึ้น เกิดความไม่สมดุลของสารน้ำ อิเล็กโทรไลต์ และภาวะกรด-ด่างในร่างกาย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะน้ำเกิน ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรด ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือเกิดการเสื่อมสภาพของไต จนเกิดภาวะไตวายเรื้อรังได้ (จักรชัย จิรพิพานิช, 2554)

* พยาบาลวิชาชีพ ภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ภาควิชาการพยาบาลเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

สาเหตุของภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน

ภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันเกิดจากสาเหตุหลายประการ ซึ่งจำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) prerenal injury พบได้บ่อยในเด็ก เกิดจากเลือดไปเลี้ยงไตลดลงจากสาเหตุต่างๆ เช่น การขาดน้ำ การเสียเลือด การสูญเสียสารน้ำทางผิวหนังจากการถูกความร้อนลวก โรคไข้เลือดออก ภาวะล้มเหลวของอวัยวะหลายอวัยวะพร้อมๆ กัน (multi-organ failure) กรณีเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี มักมีสาเหตุมาจากการขาดน้ำรุนแรง และภาวะหัวใจวาย 2) intrinsic renal disease เกิดจากการมีพยาธิสภาพที่เนื้อไต ที่พบได้บ่อยคือ acute tubular necrosis ซึ่งเกิดจากไตขาดเลือดเป็นเวลานาน ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (sepsis) หรือการได้รับสารพิษ สำหรับเด็กโต พบได้บ่อยจากภาวะไตอักเสบภายหลังการติดเชื้อ Streptococcus group A ภาวะไตอักเสบจากโรคเอสแอลอี และ 3) obstructive uropathy เช่น ภาวะอุดตันทางเดินปัสสาวะ หรือความผิดปกติของทางเดินปัสสาวะแต่กำเนิด ทั้งนี้ ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่ต้องให้การรักษาทันที เพราะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ได้แก่ ภาวะน้ำท่วมปอด ภาวะเลือดเป็นกรด ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง และภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าในปี พ.ศ. 2547 Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) ได้ร่วมกันกำหนดคำจำกัดความใหม่ของภาวะไตวายเฉียบพลัน (acute renal failure: ARF) ว่าภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน (acute kidney injury: AKI) และใช้เกณฑ์ RIFLE criteria เป็นเกณฑ์มาตรฐานในการวินิจฉัยภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน โดยอาศัยข้อมูลซีรั่มครีเอตินิน (creatinine) ร่วมกับปริมาณปัสสาวะ ซึ่งสามารถจำแนกความรุนแรงได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ Risk (R), Injury (I) และ Failure (F) และจำแนกผลลัพธ์ทางคลินิกออกเป็น 2 ระดับ คือ Loss (L) of Kidney Function และ End-stage (E) Kidney Disease ทั้งนี้ ได้นำไปใช้ศึกษาในผู้ป่วยวิกฤตทั่วโลก พบว่า

สามารถทำนายการเสียชีวิตและความจำเป็นในการบำบัดทดแทนไตได้เป็นอย่างดี (ณัฐชัย ศรีสวัสดิ์ และขจร ติรณชนากุล, 2554) ในปี พ.ศ. 2550 คณะผู้เชี่ยวชาญในนาม Acute Kidney Injury Network (AKIN) ได้ปรับปรุงเกณฑ์วินิจฉัยที่ดัดแปลงจาก RIFLE criteria มาเป็น AKIN criteria เพื่อใช้ในผู้ป่วยเด็กและทำให้วินิจฉัยได้ง่ายขึ้น โดยการดัดแปลง RIFLE ออกไป 2 เกณฑ์ คือ Loss of Kidney Function และ End-stage Kidney Disease รวมทั้งได้เสนอเกณฑ์การวินิจฉัยใหม่ดังนี้ 1) มีการเพิ่มขึ้นของค่าซีรั่มครีเอตินินมากกว่าหรือเท่ากับ 0.3 มก./ดล. ภายใน 48 ชั่วโมง 2) มีการเพิ่มขึ้นของค่าซีรั่มครีเอตินินมากกว่าหรือเท่ากับ 1.5 เท่า จากค่าซีรั่มครีเอตินินเดิมภายใน 7 วันที่ผ่านมา และ 3) ปริมาณปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 มล./กก./ชม. ติดต่อกันนาน 6 ชั่วโมง แต่จากการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันโดยใช้ RIFLE criteria กับ AKIN criteria ในผู้ป่วยภาวะวิกฤตนั้น พบว่าทั้ง 2 เกณฑ์มีความไวและความจำเพาะไม่แตกต่างกัน (Lopes et al., 2008) และจากการวินิจฉัยภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในทารกแรกเกิดอายุ 1-7 วัน โดยการใช้ค่าซีรั่มครีเอตินินสูงเพียงครั้งเดียวต้องระวังมาก เพราะค่าซีรั่มครีเอตินินในสัปดาห์แรกเป็นค่าซีรั่มครีเอตินินที่มาจากมารดา ไม่ใช่ของทารกเอง (ประยงค์ เวชนิชสนอง, 2557)

ในปี พ.ศ. 2555 ทาง Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) ได้กำหนดแนวทางการวินิจฉัยภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน โดยใช้ค่าซีรั่มครีเอตินินและเพิ่มปริมาณปัสสาวะของผู้ป่วยในเกณฑ์การวินิจฉัย ดังนี้ ระดับที่ 1 ผู้ป่วยที่มีค่าซีรั่มครีเอตินินเพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 0.3 มก./ดล. ภายใน 48 ชั่วโมง หรือปริมาณปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 มล./กก. เป็นเวลา 6-12 ชั่วโมง ระดับที่ 2 ค่าซีรั่มครีเอตินินเพิ่มขึ้น 2-2.9 เท่า จากค่าพื้นฐานเดิม หรือปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 มล./กก. เป็นเวลาตั้งแต่ 12 ชั่วโมงขึ้นไป และระดับที่ 3 ค่าซีรั่มครีเอตินินเพิ่มขึ้นตั้งแต่ 3 เท่า จากค่าพื้นฐานเดิม หรือระดับซีรั่มครีเอตินินตั้งแต่ 4 มก./ดล. ขึ้นไป หรือเพิ่งได้รับการบำบัด

ทดแทนไต หรือการประเมินค่าอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate: eGFR) น้อยกว่า 35 มก./ดล./นาที่/1.73 ตร.ม. ในผู้ที่อายุน้อยกว่า 18 ปี หรือปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.3 มล./กก. เป็นเวลาตั้งแต่ 24 ชั่วโมงขึ้นไป หรือไม่มีปัสสาวะออกเลยเป็นเวลาตั้งแต่ 12 ชั่วโมงขึ้นไป (Aspelin et al., 2012)

การรักษาภาวะไตขาดเฉียบพลัน

การรักษาภาวะไตขาดเฉียบพลันประกอบด้วยการมุ่งหาสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้ การป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะน้ำท่วมปอด ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง ส่วนการรักษาแบบประคับประคองนั้น มีจุดประสงค์เพื่อรักษาสมดุลของสารน้ำ อิเล็กโทรไลต์ และกรด-ด่าง ให้อยู่ในสภาวะที่เหมาะสม ร่วมกับการให้สารอาหารที่ครบถ้วนและเพียงพอ ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้บ่อยที่สุด หากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบประคับประคอง จะพิจารณาให้ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องตามข้อบ่งชี้ (ประจักษ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2555)

การบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยภาวะไตขาดเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก

ในปัจจุบันมีวิธีการบำบัดทดแทนไตให้เลือกหลายวิธี ได้แก่ การล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis: PD) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบไม่ต่อเนื่อง (intermittent hemodialysis: IHD) และการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (continuous renal replacement therapy: CRRT) การเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ ขนาดร่างกาย และโรคที่เป็นสาเหตุหรือโรคร่วม โดยผู้ป่วยเด็กมักปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ได้ไม่ดีเท่าผู้ใหญ่ โดยเฉพาะเด็กเล็กและเด็กที่มีสัญญาณชีพไม่คงที่ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับการไหลเวียนเลือดได้บ่อยและรุนแรงจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบไม่ต่อเนื่อง (กาญจนา ตั้งนารักษ์กิจ, 2551) จากการทบทวนวรรณกรรม

พบว่าการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องเป็นการบำบัดทดแทนไตวิธีหนึ่งที่ถูกเลือกใช้กับผู้ป่วยวิกฤตเด็กที่มีภาวะไตขาดเฉียบพลันที่มีปัญหาระบบไหลเวียนเลือดไม่คงที่ เนื่องจากสามารถขจัดสารน้ำและของเสียอย่างช้าๆ ควบคุมปริมาตรของเลือดที่เข้า-ออกจากวงจรได้อย่างแม่นยำ โดยมีประสิทธิภาพในการขจัดของเสียเทียบเท่าหรือดีกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบไม่ต่อเนื่อง รวมทั้งสามารถควบคุมระบบไหลเวียนเลือด สมดุลของสารน้ำ และสมดุลของกรด-ด่างได้คงที่มากกว่าวิธีอื่น ทั้งนี้ พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กต้องมีความรู้ ทักษะ และความชำนาญในการใช้เครื่องบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง ติดตามและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างการรักษาบำบัด รวมทั้งประสานความร่วมมือระหว่างแพทย์เฉพาะทางด้านโรคไตเด็ก แพทย์ประจำหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก และพยาบาลหน่วยไตเทียม

การบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (continuous renal replacement therapy: CRRT)

การบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง คือ การบำบัดทดแทนไตที่ทำต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง เป็นเวลาหลายวันในหอผู้ป่วยวิกฤต อยู่ในความดูแลของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยมีแพทย์หรือพยาบาลหน่วยไตเทียมให้คำปรึกษา (อดิสรุ ทศณรงค์, 2557) ใช้หลักการการแลกเปลี่ยนสารให้เกิดขึ้นอย่างช้าๆ ปรับให้มีการดึงเลือดออกจากร่างกายในอัตราที่ต่ำ ทำให้ผู้ป่วยมีความคงที่ของระบบไหลเวียนเลือดมากกว่าการบำบัดทดแทนไตแบบไม่ต่อเนื่อง และช่วยให้สามารถควบคุมปริมาตรของเลือดที่เข้า-ออกจากวงจรได้อย่างแม่นยำ

ข้อบ่งชี้ในการเลือกการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะไตขาดเฉียบพลันนั้น ควรพิจารณาเริ่มให้การรักษาด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องได้ทันที โดยไม่จำเป็นต้องรอจนเกิดภาวะล้มเหลวของอวัยวะในระบบต่างๆ ของร่างกายอย่างรุนแรง ข้อบ่งชี้ดังกล่าวได้แก่ ภาวะน้ำเกินที่ไม่ตอบสนองต่อยาขับปัสสาวะ ภาวะเลือดเป็นกรดที่ไม่ตอบสนองต่อยา ภาวะโพแทสเซียมใน

เลือดสูงที่ไม่ตอบสนองต่อยา ภาวะซูรีเมีย ภาวะอะโซทีเมีย (azotemia) ภาวะเลือดกำเืองสารไนโตรเจน ปัสสาวะออกน้อย การได้รับยาเกินขนาด และมีความผิดปกติของการเผาผลาญ ในทารกแรกเกิด (ณัฐชัย ศรีสวัสดิ์, 2557; ธวัชชัย ดิจจรเดช, 2557)

ชนิดของการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง

การบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง สามารถแบ่งตามหลักการกำจัดของเสียได้ 3 ชนิด ดังนี้

1. continuous venovenous hemofiltration (CVVH) ใช้หลักการกำจัดของเสียด้วยการแพร่ (diffusion) และการพา (convection)

2. continuous venovenous hemodialysis (CVVHD) ใช้หลักการกำจัดของเสียด้วยการแพร่โดยใช้ น้ำยาฟอกเลือด

3. continuous venovenous hemodiafiltration (CVVHDF) ใช้หลักการกำจัดของเสียด้วยการแพร่และการพา โดยมีการทำ ultrafiltration และ dialysis รวมทั้งมีการให้สารน้ำทดแทน (replacement fluid)

ทั้งนี้ ในบทความนี้ ผู้เขียนขอกล่าวถึงเฉพาะ ชนิดที่ใช้บ่อยในผู้ป่วยวิกฤตเด็ก คือ continuous venovenous hemofiltration

การบำบัดทดแทนไตชนิด continuous venovenous hemofiltration

การบำบัดทดแทนไตชนิด continuous venovenous hemofiltration (CVVH) เป็นการบำบัดทดแทนไตโดยใช้เทคนิคที่มีการนำเลือดออกจากร่างกายทางสายสวน หลอดเลือดดำส่วนกลางชนิดสองช่อง ที่ต้องอาศัยระบบอัดฉีดเลือด (blood pump) เป็นตัวกำหนดปริมาณเลือดที่ไหลเข้าเครื่อง (blood flow) และเป็นตัวขับเคลื่อนเลือดเข้าสู่ วงจรผ่าน dialysis catheter อย่างต่อเนื่อง เข้าสู่ตัวกรอง ที่มีประสิทธิภาพสูง เพื่อขจัดสารน้ำออกจากร่างกาย แล้วให้ สารน้ำทดแทน โดยไม่ต้องใช้น้ำยา dialysate ในการบำบัด ด้วยวิธีนี้ จะมีการกำจัดของเสียบางส่วนออกจากร่างกาย ด้วยการพาไปกับน้ำที่มีการขจัดผ่านตัวกรองออกไปยัง dialysate compartment เรียกน้ำเลือดที่ถูกกรองออกไปนี้ว่า ultrafiltrate และ solute

ส่วนประกอบของวงจรการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT circuit) มีดังนี้

1. ตัวกรอง (hemofilter) ภายในตัวกรอง ประกอบด้วยท่อเล็กๆ ที่รวมกันเป็นแท่ง เพื่อให้เลือดไหลผ่าน ผนังของท่อมีลักษณะเป็นเยื่อบางๆ เพื่อให้ น้ำและ สารต่างๆ ผ่านเข้าออกได้ ทั้งนี้ ควรเลือกใช้ตัวกรองที่มี ขนาดใกล้เคียงกับพื้นที่ผิวกายของผู้ป่วย ซึ่งในประเทศไทย ใช้ตัวกรองและสายส่งเลือดชนิด Aquarius และ Primaflex โดยแบ่งตามเกณฑ์ดังนี้ 1) น้ำหนักต่ำกว่า 15 กก. มีพื้นที่ ผิวกาย 0.3 ตร.ม. ใช้ Aquamax HF 03 2) น้ำหนัก มากกว่า 15 กก. มีพื้นที่ผิวกาย 0.7 ตร.ม. ใช้ Aquamax HF 07 3) น้ำหนักมากกว่า 30 กก. มีพื้นที่ผิวกาย 1.2 ตร.ม. ใช้ Aquamax HF 12 4) น้ำหนักมากกว่า 8 กก. มีพื้นที่ผิวกาย 0.2 ตร.ม. ใช้ Primaflex HF 20 และ 5) น้ำหนักมากกว่า 30 กก. มีพื้นที่ผิวกาย 1 ตร.ม. ใช้ Primaflex HF100

2. สายส่งเลือด (blood line) จำเป็นต้องใช้ สายส่งเลือดที่ออกแบบกับเครื่องที่ใช้ตามอายุและน้ำหนัก ของเด็ก

3. สารต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) สำหรับป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในวงจร เนื่องจากเลือดใน วงจรสัมผัสตัวกรอง สารต้านการแข็งตัวของเลือดที่ใช้บ่อย ได้แก่ เฮพาริน (heparin)

4. สารน้ำทดแทน หากต้องการขจัดสารน้ำและ ของเสียออกมาก จำเป็นต้องให้สารน้ำทดแทนส่วนที่กรอง ออกไป สารน้ำทดแทนควรมีส่วนประกอบใกล้เคียงกับ พลาสมา ได้แก่ normal saline solution (NSS), Ringer's lactate solution, Ringer's acetate solution หรือสารน้ำ ที่ผสมเองในโรงพยาบาล โดยสามารถปรับส่วนประกอบ เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเด็กที่มีภาวะไตขาดเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตชนิด continuous venovenous hemofiltration

การบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องของผู้ป่วยเด็ก ที่มีภาวะไตขาดเฉียบพลัน เป็นการบำบัดที่ต้องปฏิบัติ ในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก ภายใต้การดูแลของพยาบาลที่

ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ตลอดระยะเวลาการบำบัด ซึ่งแบ่งการดูแลผู้ป่วยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (พยอม บุญสุต, 2554; ศิริรัตน์ ปานพันธุ์โพธิ์, 2558)

การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนการบำบัด เป็นระยะของการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย การเตรียมหลอดเลือดที่ใช้ในการบำบัดทดแทนไต และการเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย เป็นการเตรียมความพร้อมทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเด็กโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family centered care) ดังนี้

1.1 การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย โดยการประเมินระดับความรู้สึกตัว ประเมินสัญญาณชีพ ตรวจสภาพร่างกายตามระบบ รวมทั้งเตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ได้แก่ ค่าซีรีมครีเอตินิน ค่าอิเล็กโทรไลต์ ค่าการแข็งตัวของเลือด (coagulogram) และความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

1.2 การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ มีดังนี้

1.2.1 การเตรียมสภาพจิตใจของผู้ป่วยเด็ก ในการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง ผู้ป่วยอาจเกิดความเจ็บปวดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ต้องพบกับเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ ที่ไม่คุ้นเคย และถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในขณะรับการบำบัด ทำให้เกิดความกลัวและไม่ให้ความร่วมมือ จึงควรให้ข้อมูลที่ตรงตามสภาพความเป็นจริงโดยไม่ทำให้เกิดความกลัว รวมทั้งคำนึงถึงความแตกต่างด้านวัยและระดับพัฒนาการ

1.2.2 การเตรียมสภาพจิตใจของครอบครัว ผู้ป่วยเด็ก ควรอธิบายให้ผู้ปกครองเข้าใจวัตถุประสงค์ของการบำบัด วิธีการ การเตรียมตัว การดูแล ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาของการบำบัด และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอนของการบำบัด โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

2. การเตรียมหลอดเลือดที่ใช้ในการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง ส่วนใหญ่ใช้ชนิดชั่วคราว ได้แก่

สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางชนิดสองช่อง โดยเลือกขนาดของสายสวนตามน้ำหนักตัวเด็กคือ ทารกแรกเกิดถึงน้ำหนัก 3-6 กิโลกรัม ใช้ขนาด 7 Fr น้ำหนัก 6-10 กิโลกรัม ใช้ขนาด 8 Fr น้ำหนัก 10-20 กิโลกรัม ใช้ขนาด 9 Fr น้ำหนัก 20-30 กิโลกรัม ใช้ขนาด 10 Fr และน้ำหนักมากกว่า 30 กิโลกรัม ใช้ขนาด 12 Fr (รัชชชัย ดิษฐเดช, 2557) ส่วนตำแหน่งที่ใส่สายสวนนั้น ควรเลือกให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กแต่ละราย ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายและสภาวะของผู้ป่วยในขณะนั้น หลอดเลือดที่นิยมใช้ได้แก่ internal jugular vein, subclavian vein และ femoral vein โดยให้ผู้ปกครองลงบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรในการยินยอมเพื่อการบำบัด การเตรียมหลอดเลือดที่ใช้ในการบำบัดทดแทนไตมีการปฏิบัติที่สำคัญคือ ผู้ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางและผู้ช่วยล้างมือแบบ surgical hand washing ในขั้นตอนการใส่ ผู้ใส่และผู้ช่วยใช้เทคนิค maximal barrier precaution ได้แก่ สวมถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก หมวก และเสื้อคลุม ด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ (aseptic technique) โดยขณะทำการใส่สายสวน ใช้ผ้าคลุมปลอดเชื้อขนาดใหญ่คลุมผู้ป่วย (งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558)

3. การเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ประกอบด้วยเครื่อง CRRT ตัวกรอง ชุดสายส่งเลือด รวมทั้งสารน้ำทดแทนและสารต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งขึ้นอยู่กับแผนการบำบัดของแพทย์ เช่น NSS 1,000 มล. ผสมกับเฮพาริน 5,000 ยูนิต

3.1 การเตรียมเครื่อง CRRT โดยปฏิบัติดังนี้
1) เปิดเครื่อง ซึ่งเครื่องจะทดสอบความพร้อมในการใช้งานโดยอัตโนมัติ โดยแจ้งสถานะเมื่อการทดสอบความพร้อมเสร็จสิ้น 2) นำสายส่งเลือด ตัวกรอง และสารน้ำทดแทนติดตั้งที่ตัวเครื่องตามคำสั่งอัตโนมัติของเครื่อง โดยบนหน้าจอของเครื่องจะแสดงคำแนะนำในแต่ละขั้นตอนเป็นระยะ เพื่อให้ปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง 3) นำ NSS 1,000 มล. ผสมกับเฮพาริน 5,000 ยูนิต มาเติมในระบบวงจร (priming) จนครบตามเวลา เมื่อเครื่องตรวจสอบแล้วว่าไม่มีฟองอากาศในทุกตำแหน่งของวงจร เป็นอันเสร็จสิ้น

และพร้อมใช้งาน 4) ป้อนข้อมูลปริมาตรของน้ำที่ต้องการดึงออก (ultrafiltration rate: UF) ต่อชั่วโมง ปริมาณสารน้ำทดแทน และการให้สารต้านการแข็งตัวของเลือดในวงจรกรณีผู้ป่วยไม่มีภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก หากมีภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก ให้ NSS 100 มล. ล้างสายทุก 30 นาที แทนเฮพาริน และ 5) นำสายส่งเลือดเชื่อมต่อกับสายสวนหลอดเลือดดำด้วยเทคนิคปลอดเชื้อทุกขั้นตอน โดยดูดน้ำยาเฮพารินที่หล่อปลายสายสวนหลอดเลือดดำทิ้งข้างละ 3 มล. ทดสอบการทำงานของสายสวนหลอดเลือดดำ โดยใช้กระบอกฉีดขนาด 3 มล. ดูดเลือดเข้า-ออกข้างละ 2-3 ครั้ง หากเลือดไหลดี ไม่มีการติดขัด แสดงว่าสายสวนหลอดเลือดดำทำงานได้ดี จากนั้นให้เชื่อมต่อสายส่งเลือดเข้ากับสายสวนหลอดเลือดดำ ซึ่งมี 2 วิธี ดังนี้

1) วิธี double connection โดยต่อสายนำเลือดแดงและสายนำเลือดดำเข้ากับสายสวนหลอดเลือดดำพร้อม ๆ กัน ใช้ในกรณีผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำและระบบไหลเวียนเลือดไม่คงที่

2) วิธี single connection โดยต่อสายนำเลือดแดงเข้ากับสายสวนหลอดเลือดดำทางด้าน arterial port ก่อน ส่วนสายนำเลือดดำ เมื่อเลือดของผู้ป่วยมาแทนที่ NSS แล้ว จึงต่อเข้าทางด้าน venous port ใช้ในกรณีผู้ป่วยมีความดันโลหิตปกติและระบบไหลเวียนเลือดคงที่

3.2 ตัวกรองและชุดสายส่งเลือด ควรเลือกใช้ตัวกรองที่มีขนาดใกล้เคียงกับพื้นที่ผิวของผู้ป่วย ในประเทศไทยตัวกรองที่ใช้กับผู้ป่วยเด็กมีหลายชนิด ได้แก่ ชนิด Aquamax HF 03 มีพื้นที่ผิว 0.3 ตร.ม. ปริมาตร 32 มล. ใช้ชุดสายส่งเลือด Pediatric aqualine 64 มล. ชนิด Aquamax HF 07 มีพื้นที่ผิว 0.7 ตร.ม. ปริมาตร 54 มล. ใช้ชุดสายส่งเลือด Pediatric aqualine 64 มล. ชนิด Prismaflex HF 20 มีพื้นที่ผิว 0.2 ตร.ม. รวมตัวกรองและชุดสายส่งเลือดเท่ากับปริมาตร 60 มล. และชนิด Prismaflex M 100 มีพื้นที่ผิว 1 ตร.ม. รวมตัวกรองและชุดสายส่งเลือดเท่ากับปริมาตร 152 มล.

3.3 สารน้ำทดแทน เช่น NSS, Ringer's lactate solution, Ringer's acetate solution โดยใช้ใน

อัตราเร็ว 1,000 มล./พื้นที่ผิวกาย 1.73 ตร.ม./ชม. โดยอาจให้ในระยะก่อนเลือดเข้าตัวกรอง หรือในระยะหลังเลือดออกจากตัวกรอง หรือแบ่งให้ทั้งใน 2 ระยะดังกล่าว (รัชชัย ดิจจรเดช, 2557) โดยป้อนข้อมูลให้เครื่อง CRRT กำหนดอัตราการไหล

3.4 เฮพาริน ให้ขนาดเริ่มต้น 20-30 หน่วย/กก. และให้ต่อเนื่องด้วยอัตรา 5-20 หน่วย/กก. โดยปรับขนาดยาให้เลือดที่ผ่านออกตัวกรองมีค่า PTT 1.5-2 เท่าของค่าปกติ แต่ผลข้างเคียงคือ ภาวะเลือดออกและเกล็ดเลือดต่ำ ปัจจุบันพบว่าการใช้ซิเตรทในเด็กเล็กมีประสิทธิภาพดี และตัวกรองมีอายุการใช้งานนานกว่าการใช้เฮพาริน (รัชชัย ดิจจรเดช, 2557)

การพยาบาลผู้ป่วยระยะให้การบำบัด มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ขณะรับการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง และเพื่อให้เครื่อง CRRT สามารถทำงานได้ตามปกติ จนสิ้นสุดข้อบ่งชี้ของการบำบัด โดยมีการปฏิบัติดังนี้

1. เมื่อถึงเลือดผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ ให้ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ลักษณะสีผิว อุณหภูมิ ปลายมือ ปลายเท้า และอาการเปลี่ยนแปลง ทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก เมื่อสัญญาณชีพคงที่ ให้ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ลักษณะสีผิว อุณหภูมิ ปลายมือ ปลายเท้า และอาการเปลี่ยนแปลง ทุก 30 นาที

2. ประเมินอาการแพ้ตัวกรองในช่วง 5-15 นาทีแรก ได้แก่ อาการหน้ามืด ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ชาตามปลายมือ ปลายเท้า และปวดหลัง หากอาการรุนแรงอาจถึงขั้นหมดสติ เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการแพ้ตัวกรอง ให้หยุดการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง โดยไม่ต้องคืนเลือดเข้าตัวผู้ป่วย เพราะเป็นเลือดที่ผ่านตัวกรอง จากนั้นรายงานแพทย์ ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที และให้ยาแก้แพ้ตามแผนการบำบัด

3. ปรับอัตราการไหลของเลือด (blood flow rate) ให้เหมาะสม โดยใช้อัตราต่ำ ๆ ในระยะเริ่มการบำบัด คือ ประมาณ 3-5 มล./กก./นาที คงไว้จน 15 นาที จากนั้น หากสัญญาณชีพคงที่ ให้ปรับเพิ่มขึ้นดังนี้ ผู้ป่วยน้ำหนัก 0-10 กิโลกรัม ปรับเป็น 20-50 มล./นาที น้ำหนัก 11-20

กิโลกรัม ปรับเป็น 50-100 มล./นาที่ น้ำหนัก 21-50 กิโลกรัม ปรับเป็น 100-150 มล./นาที่ และน้ำหนักมากกว่า 50 กิโลกรัม ปรับเป็น 150-250 มล./นาที่ (Colm, Kevin, & Ajay, 2016)

4. หากอัตราการไหลของเลือดไม่ดี ระบบสัญญาณเตือนของเครื่อง CRRT จะแจ้งที่หน้าจอว่า low access pressure เครื่องจะไม่ทำงาน จึงไม่สามารถส่งเลือดเข้าสู่ระบบได้ ให้สลับสาย หากสลับสายแล้วยังไม่สามารถส่งเลือดเข้าสู่ระบบได้ ให้หยุดระบบอัตโนมัติเลือด และทดสอบการทำงานของสายสวนหลอดเลือดดำโดยใช้กระบอกฉีดยาขนาด 3 มล. ดูเลือดเข้า-ออก ข้างละ 2-3 ครั้ง หากเลือดไหลได้ไม่ดี มีการติดขัด ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาทางหลอดเลือดใหม่

5. กรณีผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ไม่ให้ความร่วมมือ ซึ่งทำให้สายสวนหลอดเลือดดำมีโอกาสเลื่อน หลุด หรือหัก พับ งอ ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยานอนหลับเป็นรายๆ เพื่อให้การบำบัดดำเนินต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ

6. ปรับและตั้งอุณหภูมิของเครื่อง CRRT ประมาณ 37-37.5 องศาเซลเซียส และติดตามภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำหรือสูง ทุก 2-4 ชั่วโมง

7. บันทึกปริมาตรสุทธิของน้ำที่ต้องการดึงออกโดยเครื่อง CRRT (net UF) ทุก 1 ชั่วโมง ซึ่งการกำหนด net UF นั้น ขึ้นอยู่กับสมดุลของสารน้ำในร่างกายและสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละวัน โดยทั่วไปแนะนำให้ตั้งไว้ประมาณ 0.5-2 มล./กก./ชม. โดย net UF คำนวณได้จากปริมาตรสุทธิของน้ำที่ต้องการดึงออกทั้งหมด (total UF) ลบด้วยปริมาณสารน้ำทดแทน และลบด้วยปริมาณ NSS ที่ใช้ล้างสาย (flush) ทั้งนี้ อัตราส่วนระหว่าง total UF ต่ออัตราการไหลของเลือด ไม่ควรเกินร้อยละ 25 เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในตัวกรอง (รัชชัย ดิจรเดช, 2557)

8. ติดตามประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่าซีรัมครีเอตินิน ค่าอิเล็กโทรไลต์ แคลเซียม ฟอสเฟต แมกนีเซียม และกลูโคส ทุก 8-12 ชั่วโมง เพื่อประเมินการให้สารน้ำทดแทนและการดึงสารน้ำออกจากร่างกาย ตรวจค่าการแข็งตัวของเลือดทุก 8-12 ชั่วโมง เพื่อปรับการให้สารด้านการแข็งตัวของเลือดที่เหมาะสม

ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดทุกวัน เพื่อประเมินการสูญเสียเลือดจากการอุดตันของวงจรและตัวกรอง และประเมินภาวะติดเชื้อในร่างกาย (กาญจนา ตั้งนรัชชกิจ, 2551)

9. บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกทุก 4 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะขาดน้ำและภาวะน้ำเกิน หากปริมาณน้ำเข้า-ออกไม่สมดุลกัน ให้รายงานแพทย์เฉพาะทางด้านโรคไตเด็ก เพื่อปรับ net UF

10. จัดสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยเด็กให้สะอาด และเรียบร้อย จัดผ้าปูเตียงให้เรียบตึง ยกวางกันเตียงขึ้นทุกครั้งหลังทำกิจกรรม และพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง โดยขณะพลิกตะแคงตัว ต้องดูแลไม่ให้สายส่งเลือดหัก พับ งอ หรือเลื่อนหลุด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและสบาย

11. ดูแลเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อบริเวณสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ดังนี้

11.1 การ dressing แผล ให้ปฏิบัติดังนี้
1) สวมถุงมือสะอาด ทำแผลด้วยหลัก aseptic technique
2) เช็ดทำความสะอาดด้วย 2% chlorhexidine in 70% alcohol
3) ปิดแผลด้วยแผ่นโปร่งใส (transparent dressing) หรือ gauze dressing และ 4) ทำความสะอาดบริเวณรอยต่อ (scrub the hub) โดยใช้ 70% alcohol เช็ดแล้วทิ้งไว้อย่างน้อย 15 วินาที หรือตามแนวทางปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยที่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของแต่ละโรงพยาบาล ทั้งนี้ เปลี่ยนแผ่นโปร่งใสให้ทุก 7 วัน หากใช้ gauze dressing เปลี่ยนให้วันเว้นวัน

11.2 ทำความสะอาดแผลบริเวณเส้นฟอกเลือด (vascular access) เมื่อแผลซึมเปื้อน และเปลี่ยนก๊อชที่หุ้มบริเวณข้อต่อและผ้าปิดแผลที่คลุมสายสวนทุก 24 ชั่วโมง

11.3 ทำความสะอาดหลังการขยับย้ายปีสภาวะ และอุจจาระทุกครั้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อของสายสวนที่ตำแหน่ง femoral vein

11.4 ใช้เทคนิคปลอดเชื้อในทุกกระยะของการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การปลดข้อต่อต่างๆ การดูแลวงจรสาย และการทำแผล

11.5 ยึดแนวทางการล้างมือ 5 moments ได้แก่ ล้างมือก่อนสัมผัสผู้ป่วย ก่อนทำหัตถการกับผู้ป่วย หลังสัมผัสสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย หลังสัมผัสผู้ป่วย และหลังสัมผัสสิ่งที่ล้อมรอบผู้ป่วย

11.6 ประเมินอาการบวม แดง กดเจ็บ หรือมีหนองบริเวณรูเปิดของสายสวน ผิวหนังบริเวณตำแหน่งที่แทงสายสวน และเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังตามทางเดินของสายสวน ทุก 8 ชั่วโมง

11.7 ประเมินการติดเชื้อในกระแสเลือดจากอาการและอาการแสดง ได้แก่ มีไข้ หนาวสั่น ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเบา เร็ว และระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง กรณีมีการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง โดยไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อในตำแหน่งอื่น ให้เปลี่ยนสายสวนและตำแหน่งที่ใส่สายสวน (Seifert, Jansen, & Farr, 2004)

12. ตรวจสอบ ติดตาม และเฝ้าระวังปัญหาการทำงานของเครื่อง ดังนี้

12.1 ตรวจสอบระบบสัญญาณเตือนแรงดันที่ตำแหน่งต่างๆ ได้แก่ access pressure, filter pressure, effluent pressure, return pressure และ transmembrane pressure

12.2 ตรวจสอบระบบสัญญาณเตือนของการให้สารน้ำทดแทนและสารน้ำที่ดึงออก โดยดูแลแก้ไขตามสัญญาณที่เตือน

12.3 ตรวจสอบระบบป้องกันฟองอากาศและระบบตรวจการรั่วซึมของเลือดออกจากตัวกรองเลือด เพื่อเฝ้าระวังการเกิดฟองอากาศในระบบ

12.4 ดูแลเพื่อเฝ้าระวังการเกิดลิ่มเลือดอุดตันของตัวกรองและระบบสายส่งเลือด ซึ่งอาจเกิดจากการเปิดอัตราการไหลของเลือดต่ำ ร่วมกับระดับฮีมาโตคริตที่สูงขึ้น ในระหว่างที่เลือดผ่านเข้าตัวกรอง มีผลกระทบทำให้เกิดลิ่มเลือดได้ง่ายยิ่งขึ้น การเกิดการอุดตันในวงจร ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียเลือดเพิ่มขึ้นจากการที่มีเลือดค้างในวงจร ไม่สามารถไล่เลือดกลับได้หมด เพิ่มภาระงานในการเปลี่ยนสายส่งเลือดและตัวกรอง รวมทั้งเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่าย เนื่องจากต้องเปลี่ยนสายส่งเลือดและตัวกรอง ดังนั้นจึงต้องดูแลไม่ให้เกิดการอุดตันในวงจรดังนี้

12.4.1 ดูแลให้สารต้านการแข็งตัวของเลือดตามแผนการบำบัด เช่น เฮพาริน

12.4.2 กรณีผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงสูงต่อการมีเลือดออก ไม่สามารถใช้สารต้านการแข็งตัวของเลือดได้ ให้ล้างสายด้วย NSS 100 มล. ทุก 30 นาที ระหว่างการล้างสาย ให้สังเกตว่าเริ่มมีลิ่มเลือดอุดตันที่ตำแหน่งใดของวงจร

12.5 บันทึกค่าแรงดันในตำแหน่งต่างๆ ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินการอุดตันในวงจร

12.6 ประเมินค่าความดันระหว่างเมมเบรน (transmembrane pressure: TMP) ทุก 1 ชั่วโมง หากค่า TMP มากกว่า 250 mmHg บ่งบอกถึงการอุดตันของตัวกรอง

12.7 หากเกิดการอุดตันในตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งของวงจร ให้ไล่เลือดกลับ ซึ่งเป็นการหยุดการบำบัดชั่วคราว เมื่อเปลี่ยนตัวกรองหรือสายส่งเลือดที่ตำแหน่งที่อุดตันแล้ว สามารถกลับเข้าสู่วงจรได้อีก กรณีมีการอุดตันมาก ไม่สามารถคืนเลือดให้ผู้ป่วยได้ทั้งหมด จะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียเลือด อาจทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ หรือมีโอกาสเกิดภาวะช็อกได้ ดังนั้น เพื่อป้องกันภาวะดังกล่าว แพทย์ผู้ให้การบำบัดผู้ป่วยเด็กควรคำนวณ extracorporeal blood volume ที่จะต้องค้างอยู่ในสายส่งเลือดและตัวกรอง ซึ่งเมื่อรวมกันแล้วไม่ควรเกินร้อยละ 10 ของ total blood volume ของเด็ก (80 มล./กก.) (พรชัย กิ่งวัฒนกุล, 2554)

ระยะสิ้นสุดการบำบัด ข้อบ่งชี้ของการสิ้นสุดการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องของผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ การฟื้นตัวของไตกลับมาทำหน้าที่ได้ดีเพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการของร่างกาย โดยประเมินจากปริมาณปัสสาวะ การขับครีเอตินินทางปัสสาวะ การเปลี่ยนแปลงค่ายูเรียไนโตรเจน และซีรัมครีเอตินิน รวมทั้งการขจัดสาเหตุของภาวะไตขาดเจ็บเฉียบพลันให้หมดไปได้ และการไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ เกิดขึ้น การปฏิบัติในระยะนี้ มีดังนี้

1. ประเมินและบันทึกข้อบ่งชี้ของการสิ้นสุดการบำบัดว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น หรือหมดข้อบ่งชี้ในการบำบัด

2. บันทึกปริมาณสารน้ำที่ดึงออกและสัญญาณชีพก่อนสิ้นสุดการบำบัด

3. ลดความเร็วของการไหลของเลือด จากนั้นคืนเลือดให้แก่ผู้ป่วย และกดโปรแกรมสิ้นสุดการบำบัด ซึ่งเครื่องจะบอกขั้นตอนการปฏิบัติจนถึงการนำสายส่งเลือดและตัวกรองออกจากเครื่อง

4. ปลดสายส่งเลือดออกจากสายสวนหลอดเลือดดำ flush สายด้วย NSS ข้างละ 5 มล. จากนั้นหล่อปลายสายสวนด้วยเฮพารินผสมกับ NSS ตามปริมาตรที่ระบุไว้บนสายแต่ละข้างด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ ดังนี้ น้ำหนักต่ำกว่า 10 กิโลกรัม หล่อด้วยเฮพารินผสมกับ NSS ที่มีความเข้มข้น 500 ยูนิต/มล. น้ำหนัก 10-20 กิโลกรัม หล่อด้วยเฮพารินผสมกับ NSS ที่มีความเข้มข้น 1,000 ยูนิต/มล. น้ำหนักมากกว่า 20 กิโลกรัม หล่อด้วยเฮพารินผสมกับ NSS ที่มีความเข้มข้น 2500 ยูนิต/มล. เพื่อยืดอายุการใช้งานของสาย และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากลิ่มเลือดอุดตัน (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2557; Al-alsheikh, 2013) จากนั้นทำความสะอาดแผลซ้ำและห่อสายให้มิดชิดด้วยก๊อชปราศจากเชื้อปิดพลาสติกเพื่อป้องกันการเคลื่อนหลุด

5. บันทึกสัญญาณชีพหลังสิ้นสุดการบำบัดเพื่อประเมินความผิดปกติหลังคืนเลือดในวงจรเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วย

6. ทำความสะอาดแผลและข้อต่อด้วย 2% chlorhexidine in 70% alcohol ใช้วัสดุปิดแผลตามแนวปฏิบัติของแต่ละโรงพยาบาล หุ้มปลายสายสวนด้วยก๊อช ยึดปลายสายสวนไม่ให้เลื่อนไปมา

7. ทำความสะอาดเครื่อง CRRT และเก็บเข้าที่เพื่อใช้งานต่อไป

8. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ หลังสิ้นสุดการบำบัด ตามแผนการบำบัด

9. เปิดทำแผลประเมินรูที่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางโผล่พ้นออกนอกผิวหนัง (exit site) จนกว่าแพทย์จะนำสายสวนหลอดเลือดดำออก

ภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน เป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยวิกฤต และมีอัตราตายสูง CRRT เป็นการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องที่ถูกเลือกใช้

ในผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากช่วยลดระดับของเสียออกจากร่างกาย และรักษาสมดุลของกรด-ด่างและสารน้ำอย่างช้าๆ แบบค่อยเป็นค่อยไปในผู้ป่วยที่มีการไหลเวียนเลือดไม่คงที่ ซึ่งต้องมีการประสานความร่วมมือของทีมนิติเวชศาสตร์ นอกจากนี้ พยาบาลผู้ดูแลในผู้ป่วยวิกฤตต้องผ่านการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้ความรู้เรื่องโรค การวินิจฉัยโรค และความก้าวหน้าของโรค รวมทั้งต้องมีทักษะความชำนาญในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ ในการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการรักษา ระยะขณะให้การรักษา และระยะสิ้นสุดการรักษา โดยสามารถเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในทุกๆ ระยะ หากมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เกิดขึ้น ก็สามารถแก้ไขและช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันเวลาที่ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและพ้นหายจากภาวะวิกฤตได้

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา ตั้งนราวิชญ์. (2551). Management in critically ill child with acute renal failure. ใน สุภารัตน์ ไวยชีตา, ธิดิตา ชัยสุขมงคลลาภ, และเรณู พุกบุญมี. (บ.ก.). *Advanced pediatric critical care nursing*. หน้า 202-214. กรุงเทพฯ: หนังสือดีวัน.
- งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (2558). *CLABSI bundle*. สืบค้น วันที่ 10 มิถุนายน 2558, จาก <http://med.mahidol.ac.th/ic/th/article/bundle09oct2015-0909-th>
- จักรชัย จิรธีรพานิช. (2554). Acute kidney injury. ใน ประไพพิมพ์ ธีรคุปต์, กาญจนา ตั้งนราวิชญ์, อนิรุช ภัทรากาญจน์, และพรพิมล เรือนถาวร. (บ.ก.). *ปัญหาสารน้ำ อิเล็กโทรไลต์ และโรคไตในเด็ก*. หน้า 363-376. กรุงเทพฯ: เนติคุณการพิมพ์.
- ณัฐชัย ศรีสวัสดิ์. (2557). Renal replacement therapy in acute kidney injury. ใน พงศธร กษเสนี, และคณะ. (บ.ก.). *Essentials in hemodialysis*. หน้า 556-590. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.

- ณัฐชัย ศรีสวัสดิ์, และขจร ตีรณธนากุล. (2554). Acute kidney injury. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, สมจิตร์ เอี่ยมอ่อง, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, ขจร ตีรณธนากุล, เกรียง ตั้งสง่า, และวิศิษฐ์ ลิตปรีชา. (บ.ก.). *Textbook of Nephrology volume 2*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- รัชชัย ดิขจรเดช. (2557). Continuous renal replacement therapy. ใน กาญจนา ตั้งนราวิชิต, อนิรุทธ ภัทรากาญจน์, คงกระพัน ศรีสุวรรณ, อังคณีย์ ชะนะกุล, และปวีร์ ศรีสวัสดิ์. (บ.ก.). *ตำราภาวะเร่งด่วนทางไตและทางเดินปัสสาวะในเด็ก*. หน้า 284-395. กรุงเทพฯ: เนติกุลการพิมพ์.
- ประยงค์ เวชนิชสนอง. (2557). Acute kidney injury: Epidemiology and clinical approach. ใน กาญจนา ตั้งนราวิชิต, อนิรุทธ ภัทรากาญจน์, คงกระพัน ศรีสุวรรณ, อังคณีย์ ชะนะกุล, และปวีร์ ศรีสวัสดิ์. (บ.ก.). *ตำราภาวะเร่งด่วนทางไตและทางเดินปัสสาวะในเด็ก*. หน้า 98-108. กรุงเทพฯ: เนติกุลการพิมพ์.
- ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์. (2555). Acute kidney injury. ใน บัญชา สติระพจน์, ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์, อินทรีย์ กาญจนกุล, อำนาจ ชัยประเสริฐ, อุปัทม์ สุกสินธุ์, และพรรณนุพพา ขวีสัย. (บ.ก.). *Essential nephrology*. หน้า 303-315. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- พยอม บุญสุด. (2554). ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตบดเจ็บเฉียบพลันที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยวิกฤต. *วารสารสมาคมพยาบาลสาขากาตตะวันตกเฉียงเหนือ*, 29(4), 50-57.
- พรชัย กิ่งวัฒนกุล. (2554). Continuous renal replacement therapy. ใน ประไพพิมพ์ ชีรคุปต์, กาญจนา ตั้งนราวิชิต, อนิรุทธ ภัทรากาญจน์, และพรพิมล เรียนถาวร. (บ.ก.). *ปัญหาสารน้ำอิเล็กโทรไลต์และโรคไตในเด็ก*. หน้า 414-420. กรุงเทพฯ: เนติกุลการพิมพ์.
- ศิริรัตน์ ปานพันธุ์โพธิ์. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (Acute kidney injury). ใน เสาวนีย์ เนาวพาณิชย์, และวันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. (บ.ก.). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางอายุรศาสตร์ Critical care: Medical nursing*. หน้า 220-254. นนทบุรี: ภาพพิมพ์.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2557). การป้องกันการแข็งตัวของเลือด. ใน ชัยรัตน์ ฉายากุล. (บ.ก.). *ข้อแนะนำเวชปฏิบัติ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พ.ศ. 2557*. หน้า 44-47. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- อดิษฐ์ ทศณรงค์. (บ.ก.). (2557). *Acute kidney injury ภาวะไตบดเจ็บเฉียบพลัน*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- Al-alsheikh, K. (2013). *Hemodialysis in children*. Retrieved August 18, 2016, from <http://www.ssn-sa.com/Presentation/Hemodialysis%20in%20Children%20new.ppt>
- Aspelin, P., et al. (2012). *KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury*. Retrieved June 15, 2016, from http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/KDIGO%20AKI%20Guideline.pdf
- Colm, C., Kevin, T., & Ajay, K. (2016). *Core concepts in dialysis and continuous therapies*. Retrieved August 18, 2016, from <http://link.springer.com/book/10.1007%2F978-1-4899-7657-4>
- Langford, S., Slivar, S., Tucker, S. M., & Bourbonnais, F. F. (2008). Exploring CRRT practices in ICU: A survey of Canadian hospitals. *Dynamics*, 19(1), 18-23.

Lopes, J. A., et al. (2008). Acute kidney injury in intensive care unit patients: A comparison between the RIFLE and the Acute Kidney Injury Network classifications. *Critical Care*, 12(4), R110.

Seifert, H., Jansen, B., & Farr, B. M. (2004). *Catheter-related infections*. New York: Informa Healthcare.

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราในชุมชน Alcohol Behavioral Modification in Community

โสภณสิริ ยุทธวิสุทธ, กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว) * อรัญญา บุญธรรม, ค.ม. (จิตวิทยาการศึกษา) *
Sopinsiri Yoothavisute, M.Ed. (Guidance of Psychology) * Aranya Boontham, M.Ed. (Educational Psychology) *

มงคล ส่องสว่างธรรม, พย.บ. ** กมลนิชา อนันต์, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) **
Mongkol Songsawangthum, B.N.S. ** Kamolnicha Anan, M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing) **

ธัญพร บัวเหลือง, พย.บ. *** ศรีสกุล เขียวแหลม, ก.ด. (อุดมศึกษา) *
Thanyaporn Bualuang, B.N.S. *** Srisakul Cheaplamp, Ph.D. (Higher Education) *

การดื่มสุรา เป็นปัญหาด้านสังคมและด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ การดื่มสุราส่งผลกระทบต่อตัวผู้ดื่มสุรา ครอบครัว สังคม และประเทศ การส่งเสริมให้ผู้ดื่มสุราลด ละ เลิกพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งนี้ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าว ทุกภาคส่วนจะต้องคำนึงถึงองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ทั้งตัวผู้ดื่มสุราเอง ครอบครัว และชุมชน ซึ่งองค์ประกอบทุกส่วนล้วนช่วยสนับสนุนให้ผู้ดื่มสุราสามารถลด ละ หรือเลิกสุราได้สำเร็จ โดยเฉพาะแรงสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ดื่มสุรา บทความนี้นำเสนอสาระสำคัญ 4 ส่วน ได้แก่ ผลกระทบจากการดื่มสุรา องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา แนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และปัจจัยความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในชุมชน ซึ่งในส่วนนี้เป็นข้อมูลที่ได้จากผลการดำเนินโครงการ “เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลด ละ เลิก เหล้าในชุมชนตำบลบ่อ อำเภอลำลูก จังหวัดจันทบุรี” ของผู้เขียน

ผลกระทบจากการดื่มสุรา

ผลกระทบจากการดื่มสุรามีหลายประการ ซึ่งครอบคลุมเป็นกลุ่มแรกที่ได้รับผลกระทบจากการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว (สมบัติ ตรีประเสริฐสุข, 2550) โดยการดื่มสุราส่งผลกระทบต่อตนเอง ต่อครอบครัว และต่อสังคมและประเทศ ดังนี้

1. ผลกระทบต่อตนเอง การดื่มสุรามีผลกระทบต่อผู้ดื่มสุราในหลายด้าน ดังนี้

1.1 ด้านสุขภาพ การดื่มสุราส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยผลกระทบต่อสุขภาพกายพบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากและยาวนานจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น ระบบประสาท ระบบทางเดินอาหาร ระบบหัวใจ และหลอดเลือด ระบบเมตาบอลิซึมและต่อมไร้ท่อ ทำให้เกิดโรคต่างๆ ตามมามากมาย เช่น ผู้ดื่มสุราจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเมธิร์เกราะเพาะอาหารเพิ่มขึ้น 4.47 เท่า (หากดื่มมากกว่า 10 ปี จะมีความเสี่ยง 1.67 เท่า และหากดื่มมากกว่า 187 มล. จะมีความเสี่ยง 8.72 เท่า) ผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมธิร์เกราะเพาะอาหารถึง 9.15 เท่า ในขณะที่

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

*** พยาบาลวิชาชีพ ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ที่เพศชายมีความเสี่ยง 1.62 เท่า ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระเร็งในช่องปากคือ 5.75 เท่า และต่อโรคกระเร็งหลอดอาหาร 4.23 เท่า สำหรับความเสี่ยงต่อความผิดปกติทางระบบประสาทที่พบมากที่สุดคือ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคลมชัก ซึ่งสูงถึง 7.52 เท่า (ณัฐธินิศา เลอฟิลิเบิร์ต, 2557) นอกจากนี้ยังพบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่สูงขึ้น รวมถึงภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจหนาผิดปกติ และภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ หากยังคงดื่มไปเรื่อยๆ จะทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและเสียชีวิตได้ (ดิลก กิโยทัย, 2550) อีกทั้งยังพบว่าโรคตับที่เกิดจากสุราเป็น 1 ใน 10 ของสาเหตุการตายที่สำคัญในประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศ (กาญจนา เลิศถาวรธรรม, สลิษา หลิมศิริรัตน์, และวราเดช ช่างแก้ว, 2549) นอกจากนี้ การดื่มสุรายังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ โดยทำให้เกิดความรู้สึกผิดหรือเสียใจหลังการดื่มสุรา (ณัฐธินิศา เลอฟิลิเบิร์ต, 2557) สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติด้านลบในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้เสพติดสุราเรื้อรังที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี มีความซึมเศร้าในระดับน้อยถึงระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 90 (อรัญญา บุญธรรม, วราภรณ์ จงเจริญ, และพรรณี มงคลศิริ, 2549)

1.2 ด้านพฤติกรรมเสี่ยง การดื่มสุรามีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ หลายพฤติกรรม เช่น การเสพยาเสพติดชนิดอื่น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของเยาวชน (ณัฐธินิศา เลอฟิลิเบิร์ต, 2557) เนื่องจากภาวะที่มึนเมาจากแอลกอฮอล์ มีผลต่อการควบคุมอารมณ์ ทำให้รู้สึกโกรธแค้น ก้าวร้าว ความวิตกกังวลลดลง และส่งผลให้การตัดสินใจบกพร่อง (พงษ์เดช สารการ, เสมอ ตรีคุณา, รังสิมา บำเพ็ญบุญ, นุชรินทร์ หิรัญคำ, ธนิตา บุตรคล้าย, และยุพา พัทธกษาวณิช, 2552)

1.3 ด้านอื่นๆ ที่ไม่สามารถวัดเป็นมูลค่าได้โดยตรง เช่น ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม เช่น ปัญหาการเงิน การไม่ได้รับความไว้วางใจ การขาดการยอมรับ

2. ผลกระทบต่อครอบครัว มีดังนี้

2.1 ผลกระทบทางตรง ในครอบครัวของผู้ดื่มสุรามักพบการทะเลาะเบาะแว้งและการกระทำรุนแรงในครอบครัว จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการดื่มสุราเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการถูกทำร้ายร่างกายของคนในครอบครัว และพบว่าการดื่มสุราของผู้ปกครองเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกระทำทารุณกรรมต่อเด็กในครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่าครอบครัวที่มีการดื่มสุรามีโอกาสเกิดความรุนแรงในครอบครัว คิดเป็น 3.84 เท่า ของครอบครัวที่ไม่มีการดื่มสุรา (ณัฐธินิศา เลอฟิลิเบิร์ต, 2557)

2.2 ผลกระทบทางอ้อม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพฤติกรรมการดื่มสุราของบิดามารดา เป็นตัวแบบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของบุตรเป็นอย่างมาก โดยพบว่าหากบิดามารดามีทัศนคติที่ดีต่อการดื่มสุรา บุตรจะมีความสนใจในการดื่มสุรา (อรรถัย วลีวงศ์, สุรศักดิ์ ไชยสงค์, และทักษพล ธรรมรังสี, 2553) แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของสมาชิกอื่นในครอบครัว และพฤติกรรมการดื่มสุราเป็นลักษณะที่ส่งผ่านกันได้จากรุ่นสู่รุ่น

นอกจากนี้ยังพบว่าบุตรที่บิดามารดาติดสุราจะมีอัตราเสี่ยงต่อการติดสุราเพิ่มขึ้น จากการศึกษาพบว่าพันธุกรรมมีส่วนในการทำให้ป่วยเป็นโรคติดสุรา แต่ยังไม่ทราบยีนส์ที่ชัดเจน ผลการศึกษาในเรื่องยีนส์ที่เกี่ยวข้องกับการติดสุรานั้น ส่วนใหญ่พบว่ายีนส์ที่มักเป็นสาเหตุคือยีนส์ที่เกี่ยวข้องกับเอนไซม์ที่มีหน้าที่ทำลายแอลกอฮอล์ เช่น เอนไซม์ alcohol dehydrogenase (ADH) และเอนไซม์ aldehyde dehydrogenase (ALDH) การที่สุราและสารเสพติดชนิดอื่นส่งผลต่อสารสื่อประสาทหลายตัวและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบประสาทหลายประการ ทำให้คาดว่ายีนส์ที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทบางตัวอาจเกี่ยวข้องกับการติดสุราและสารเสพติดชนิดอื่นด้วย เช่น ยีนส์ที่เกี่ยวข้องกับกรดแกมมาอะมิโนบิวทิริก (gamma-aminobutyric acid หรือ GABA) โดปามีน (dopamine) และอะเซทิลโคลีน (acetylcholine)

(ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2558)

3. ผลกระทบต่อสังคมและประเทศ มีดังนี้ (ณัฐฤติชา เลอพิไลแบร์ต, 2557)

3.1 ความรุนแรงในที่ทำงาน ผู้ดื่มสุราโดยเฉพาะผู้ชาย มักเป็นผู้กระทำความรุนแรงในที่ทำงาน โดยลักษณะการกระทำความรุนแรงคือ การคุกคามและล่วงละเมิดทางเพศ ทั้งทางวาจาและไม่ใช้ทางวาจา รวมทั้งการคุกคามทางกาย

3.2 การกระทำผิดคดีอาญา พบว่าการดื่มสุรามีความเกี่ยวข้องกับคดีอาญาในฐานความผิดต่างๆ ได้แก่ ทำให้เสียทรัพย์ ความผิดเกี่ยวกับเพศ ความผิดต่อร่างกาย ความผิดฐานบุกรุก และความผิดฐานข่มขืนกระทำชำเรา

3.3 ความสูญเสียบนท้องถนน การดื่มสุราเป็นสาเหตุอันดับแรกของการเกิดความสูญเสียบนท้องถนน และยังพบว่าประชากรไทยมีปัญหาด้านทัศนคติเกี่ยวกับการดื่มสุราและสมรรถภาพในการขับรถ โดยมีความเห็นว่าแม้จะดื่มสุรา ก็ยังสามารถขับรถได้อย่างปลอดภัย

3.4 การสูญเสียผลิตภาพและต้นทุนระดับมหภาค เช่น ต้นทุนจากการเสียชีวิตก่อนถึงวัยอันควร ต้นทุนจากการสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงานจากการขาดงาน และการสูญเสียประสิทธิภาพขณะทำงานในผู้ดื่มสุรา ผลกระทบจากการดื่มสุราไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในวันที่ดื่มเท่านั้น แต่จะส่งผลกระทบยาวแม้จะหยุดดื่มแล้ว โดยทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพและต่อภาคเศรษฐกิจโดยรวม นอกจากนี้ การดื่มสุรายังส่งผลให้ประเทศต้องเป็นภาระในการแบกรับค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยจากการดื่มสุราเป็นจำนวนมาก รวมทั้งค่าใช้จ่ายจากการบาดเจ็บอันเนื่องมาจากการดื่มสุรา ซึ่งเมื่อรวบรวมการประเมินมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในประเทศไทยแล้ว พบว่าต้นทุนที่เกิดจากการดื่มสุราคิดเป็นมูลค่า 360 ล้านบาท หรือร้อยละ 1.99 ของรายได้ประชาชาติ

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าการดื่มสุรมีผลกระทบมากมาย ทั้งต่อตัวผู้ดื่มสุรา ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ดังนั้น บุคลากรด้านสุขภาพจึงควรตระหนักและหาแนวทางในการปรับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา โดยในเบื้องต้นควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการปรับ

พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราก่อน

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าองค์ประกอบสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรามี 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ตัวผู้ดื่มสุรา หากตัวผู้ดื่มสุราตระหนักว่าการดื่มสุราของตนเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข รวมทั้งมีความพร้อมด้านร่างกาย ก็จะช่วยให้การปรับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราเป็นไปได้ง่ายขึ้น จากงานวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพการเลิกดื่มสุราอย่างถาวรของผู้เคยติดสุรา พบว่าปัจจัยหนึ่งที่เป็นแรงผลักดันให้ผู้เคยติดสุราอยากเลิกดื่มสุราคือ ปัจจัยภายในตน ซึ่งประกอบด้วยความตระหนักในภาวะสุขภาพ การมีวุฒิภาวะมากขึ้น ผลกระทบจากการดื่มสุรา การมีเป้าหมายในชีวิต และความต้องการเอาชนะคำพุดตลกจากผู้อื่น (ภาวดี โดท่าโรง, ประภา ลิ้มประสูตร, และชนนาด วรรณพศิริ, 2551)

2. ครอบครัว โดยบุคคลในครอบครัวจะเป็นผู้ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ ส่งเสริม และยอมรับในพฤติกรรมของผู้ดื่มสุรา จากงานวิจัยเรื่อง องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวและการปฏิบัติตนเพื่อเลิกดื่มสุราของผู้ติดสุราในโรงพยาบาลราชบุรี พบว่าองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยรวม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกดื่มสุราของผู้ติดสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .26, p < .05$) และองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านความผูกพันในครอบครัวและด้านการแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกดื่มสุราของผู้ติดสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .28, p < .01$ และ $r = .32, p < .01$ ตามลำดับ) (กาญจนา เลิศถาวรธรรม และคณะ, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าปัจจัยหนึ่งที่เป็นแรงผลักดันให้ผู้เคยติดสุราอยากเลิกดื่มสุราคือ ปัจจัยจากครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย การตระหนักในความรู้สึกของคนในครอบครัว การคิดถึงผลเสียจากการดื่มสุราต่อครอบครัว และการอยากให้คนในครอบครัวมีความสุข (ภาวดี โดท่าโรง และคณะ, 2551)

3. ชุมชน เป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบสำคัญที่มีผลต่อการปรับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของคนในชุมชน โดยเฉพาะมุมมองของคนในชุมชนต่อปัญหาการดื่มสุรา เช่น ชุมชนมองว่า “ การดื่มสุราเป็นเรื่องส่วนตัว ไม่ควรเข้าไปยุ่งเกี่ยว... การปรับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราเป็นสิ่งที่ยากเกินกว่าที่จะแก้ไขได้... ผู้ดื่มสุราเป็นบุคคลที่น่าเบื่อหน่ายน่ารำคาญ... การดื่มสุราเป็นเรื่องปกติ ไม่จำเป็นจะต้องแก้ไข” หากชุมชนมีมุมมองเช่นนี้ การปรับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของคนในชุมชน จะเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก แต่หากชุมชนมีทัศนคติในทางตรงกันข้าม ก็ย่อมช่วยให้มีการปรับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของคนในชุมชน เช่น มีการจัดทำมาตรการทางสังคมในการลดการดื่มสุรา ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ดังการศึกษาที่พบว่าปัจจัยหนึ่งที่เป็นแรงผลักดันให้ผู้เคยติดสุราอยากเลิกดื่มสุราก็คือ ปัจจัยทางสังคม ซึ่งประกอบด้วยความตระหนักในคำพูดของคนในชุมชน การคิดถึงผลเสียจากการดื่มสุราที่พบในชุมชน และการสร้างความตระหนักถึงผลเสียจากการดื่มสุราโดยบุคลากรสาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีปัจจัยสนับสนุนให้ผู้เคยติดสุราสามารถเลิกดื่มสุราได้อย่างถาวร ได้แก่ ความกลัวว่าจะดื่มมากกว่าเดิม ความอายคนอื่นหากกลับไปดื่มอีก และการนำความท้อมาเป็นแรงผลักดันให้เลิกดื่มสุรา (ภาวดี โททาโรง, และคณะ, 2551)

อย่างไรก็ตาม องค์ประกอบที่นับว่าสำคัญที่สุดที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา คือ ตัวผู้ดื่มสุราเอง หากตัวผู้ดื่มสุราตระหนักว่าการดื่มสุราของตนเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข ก็จะช่วยให้การปรับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราเป็นไปได้ง่ายขึ้น

แนวทางในการปรับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

ปัจจุบัน การปรับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรามีหลายแนวทาง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า “จิตสังคมบำบัด” เป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ติดสุรามีแรงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง และมีทักษะที่จำเป็นต่อการเลิกสุราให้สำเร็จ โดยจิตสังคมบำบัดที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ติดสุรามีหลายวิธี เช่น วิธีการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และการป้องกันการเสพยาซ้ำ

หรือวิธีการสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงใจ (พิชัย แสงชาญชัย, 2552) ในบทความนี้ ขอนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) ของ Prochaska and DiClemente (โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์, 2552) อ้างถึงในพิชัย แสงชาญชัย, 2552) ซึ่งเป็นกระบวนการหนึ่งในการบำบัดแบบเสริมแรงใจ ที่ผู้เขียนได้นำไปใช้ในการปรับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในชุมชนแห่งหนึ่ง โดยมีขั้นตอนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 ขั้น ดังนี้

1. ขั้นไม่สนใจปัญหา (pre-contemplation) เป็นขั้นที่ผู้ป่วยไม่คิดว่าตนเองติดสุรา จึงไม่เห็นความจำเป็นที่จะต้องเปลี่ยนแปลง มักเกิดในช่วงเริ่มต้นของการดื่ม ผู้ป่วยรับรู้ผลดีจากการดื่ม ดังนั้น ท่าทีที่เหมาะสมในการจูงใจผู้ป่วยคือ การให้ข้อมูล (information) และการสะท้อนข้อมูลกลับ (feedback) เพื่อให้ได้เห็นผลเสียจากการดื่ม

2. ขั้นลังเลใจ (contemplation) เป็นขั้นที่ผู้ป่วยประสบผลเสียของการดื่มสุราบ้าง แต่ผู้ป่วยยังเห็นว่าการดื่มมีประโยชน์มากกว่าโทษ และรู้สึกว่าตนเองยังควบคุมการดื่มได้ ท่าทีที่เหมาะสมในการจูงใจผู้ป่วยคือ การให้ผู้ป่วยได้พิจารณาข้อดี-ข้อเสียของการดื่ม และข้อดี-ข้อเสียของการหยุดดื่ม (pros and cons) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

3. ขั้นตัดสินใจหยุดดื่มอย่างจริงจัง หรือขั้นเตรียมการเปลี่ยนแปลง (determination or preparation) เป็นขั้นที่ผู้ป่วยมักเผชิญโทษภัยของสุราที่รุนแรง และตัดสินใจหยุดดื่ม ท่าทีที่เหมาะสมในการจูงใจผู้ป่วยคือ การพูดคุยถึงวิธีการแก้ไขปัญหา (menu) การเปิดโอกาสให้เลือกหนทางโดยอิสระ (freedom of choice) การส่งเสริมความรับผิดชอบในตนเอง (responsibility) และการส่งเสริมศักยภาพในตน (self-efficacy) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยลงมือเปลี่ยนแปลงตนเอง

4. ขั้นลงมือปฏิบัติ (action) เป็นขั้นที่ผู้ป่วยกำลังลงมือหยุดดื่ม อยู่ในช่วง 6 เดือนแรก พฤติกรรมการหยุดดื่มยังไม่มั่นคง ท่าทีที่เหมาะสมในการจูงใจผู้ป่วยคือ การส่งเสริมความร่วมมือร่วมใจและความต่อเนื่องใน

การบำบัดรักษา (compliance and adherence) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์จากวิธีการที่ผู้ป่วยเลือก

5. ขั้นกระทำต่อเนื่อง (maintenance) เป็นขั้นที่ผู้ป่วยหยุดดื่มมาได้ระยะหนึ่ง นานประมาณ 6 เดือนขึ้นไป พฤติกรรมการหยุดดื่มมีความมั่นคงในระดับหนึ่ง ทำที่ที่เหมาะสมในการช่วยให้ผู้ป่วยคือ การป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (relapse prevention) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และประสบความสำเร็จ

6. ขั้นกลับไปติดสุราซ้ำ (relapse) เป็นขั้นที่ผู้ป่วยกลับไปติดสุราซ้ำ ผู้ป่วยเองมักรู้สึกผิด ขาดความมั่นใจ คิดว่าตนเองไม่สามารถเลิกดื่มสุราได้ ทำที่ที่เหมาะสมในการช่วยให้ผู้ป่วยคือ การให้ความหวัง กำลังใจ (hope) การประคับประคองด้านจิตใจ (support) และการส่งเสริมศักยภาพในตนเองว่ายังสามารถเปลี่ยนแปลงได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจกลับเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงตนเองอีก

การใช้กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบำบัดผู้ดื่มสุราในโครงการนี้ พบว่าขั้นตอนที่ยากที่สุดคือ ระยะที่ผู้ดื่มสุรายังไม่เห็นความสำคัญของปัญหา ในระยะนี้พยาบาลควรใช้เวลาแก่ผู้ดื่มสุรา โดยการรับฟังให้มาก ไม่ควรรุกร้า ไม่ควรใจร้อน ควรค้นหาวิธีที่จะช่วยให้ผู้ดื่มสุราตระหนักด้วยตนเอง โดยกระตุ้นให้ผู้ดื่มสุราคิดในสิ่งที่ไม่เคยคิดมาก่อน ให้คิดถึงเรื่องสุขภาพว่าหากตนเองเจ็บป่วย จะทำงานไม่ได้ ขาดรายได้ เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จะส่งผลต่อครอบครัวเช่นไร สิ่งที่ยังระงังคือ ทีมผู้ให้การบำบัดไม่ควรให้ความรู้เรื่องโทษและผลกระทบจากสุรา เพราะผู้ดื่มสุราไม่ได้คิดเช่นนั้น ในการช่วยเหลือนั้น ต้องให้ผู้ดื่มสุราคิดได้ด้วยตัวเอง เห็นปัญหาด้วยตนเอง ผู้ดื่มสุราจึงจะตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและสามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืนได้ ส่วนในระยะกลับไปดื่มสุราอีก สิ่งที่ต้องทำคือ ไม่ตำหนิผู้ดื่มสุรา เพราะผู้ดื่มสุราจะรู้สึกผิดอย่างมากอยู่แล้ว ช่วยหาสาเหตุพร้อมกับแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยมุ่งเน้นให้ผู้ดื่มสุราได้ตระหนักคิดด้วยตนเอง เน้นการเข้าใจในความรู้สึกของผู้ดื่มสุรา พร้อมทั้งให้กำลังใจให้ผู้ดื่มสุราที่มีความมั่นใจที่จะเริ่มต้นใหม่อีกครั้ง ให้ผู้ดื่มสุรารับรู้ว่ามีคนมาช่วยทำได้ ครั้งต่อไปจึงไม่ใช่เรื่องยากสำหรับตนเอง รวมถึงการให้ผู้ดื่มสุราจมอยู่กับความรู้สึกที่มีความสุขในช่วงที่เคยหยุดสุราได้

(happiness memory) ให้ผู้ดื่มสุราได้อิ่มกับความรู้สึก เช่นนั้นจนอยากกลับไปมีความรู้สึกเช่นนั้นอีก

ปัจจัยความสำเร็จในการปรับพฤติกรรมการดื่มสุราในชุมชน: บทเรียนจากการดำเนินโครงการ

สาระในส่วนนี้เป็นการสรุปบทเรียนที่ได้จากผลการดำเนินโครงการของผู้เขียน ซึ่งได้ดำเนินโครงการ “เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการปรับพฤติกรรมลด ละ เลิกเหล้าในชุมชนตำบลบ่อ อำเภอลำดวย จังหวัดจันทบุรี” โดยมีวัตถุประสงค์ให้ตำบลบ่อเป็นชุมชนต้นแบบที่เข้มแข็งด้านสุขภาพจิตในการปรับพฤติกรรมลด ละ เลิกสุรา โดยได้คัดเลือกหมู่ 7 เป็นชุมชนนำร่อง และได้รับทุนสนับสนุนจากงบประมาณกองทุนหมู่บ้าน ตำบลบ่อ ใช้ระยะเวลาดำเนินโครงการ 4 เดือน และติดตามผลหลังสิ้นสุดโครงการ 6 เดือน และ 1 ปี โดยเริ่มต้นจากการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพของแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 12 คน เพื่อฝึกประสบการณ์การดูแลผู้ดื่มสุราจำนวน 14 คน ลงฝึกปฏิบัติเยี่ยมผู้ดื่มสุราพร้อมนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เป็นเวลา 4 เดือน โดยในการฝึกนั้น เน้นการทำความเข้าใจในบริบท วิถีชีวิต และพฤติกรรมของผู้ดื่มสุราแต่ละคน ค้นหาแรงจูงใจและเป้าหมายในชีวิต ให้กำลังใจ โดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม นักศึกษาพยาบาลและอสม. จะร่วมประชุมปรึกษาหารืออาจารย์พยาบาล โดยใช้วิธีการนำเสนอกรณีศึกษาที่ไปเยี่ยมแต่ละกรณี โดยอาจารย์จะกระตุ้นให้นักศึกษาพยาบาลและอสม. ได้สะท้อนคิดในสิ่งที่เกิดขึ้น และร่วมกันสรุปการเรียนรู้ที่ได้ ผลการดำเนินการพบว่าผู้ดื่มสุรา 14 คน สามารถเลิกสุราได้อย่างเด็ดขาด 8 คน ส่วนอีก 6 คนลดปริมาณการดื่มลงมาก ครอบครัวและชุมชนมีความสุขมากขึ้น อสม. ทั้ง 12 คน มีศักยภาพในการดูแลการปรับพฤติกรรมผู้ดื่มสุราอย่างเข้าใจ จนสามารถจัดตั้งศูนย์ให้การปรึกษาลด ละ เลิกสุรา ขึ้นในชุมชนได้ ดำเนินการให้การปรึกษาโดยอสม. นอกจากนี้ เจ้าอาวาสวัดท่าสอน หมู่ 7 ยังได้ขยายผลจากโครงการนี้ โดยยกย่องผู้เข้าร่วมโครงการที่เลิกสุราได้ว่าเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ชุมชนในทุก

วันพระ มีการมอบบัตรเชิดชูเกียรติแก่ผู้ที่สามารถเลิกสูราได้อย่างเด็ดขาดเป็นระยะเวลา 3 เดือน ทั้งนี้ เพื่อเป็นตัวอย่างอันดีแก่สังคม นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่เลิกสูราได้อย่างเด็ดขาดนี้ ได้ชักชวนเพื่อนๆ ในกลุ่มให้เลิกสูราด้วย โดยมีผู้ที่สามารถเลิกสูราได้อย่างเด็ดขาดเพิ่มขึ้นอีก 1 คน และมีผู้ที่ลดปริมาณการดื่มลงอย่างมากอีก 5 คน นับเป็นสิ่งที่ดีที่สามารถทำให้คนในชุมชนถือเป็นแบบอย่างและปฏิบัติตาม

จากการดำเนินงาน ผู้เขียนได้วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ โดยพบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของโครงการมีดังนี้

1. การเกิดต้นแบบเลิกสูรา ผู้เข้าร่วมโครงการที่สามารถเลิกสูราได้สำเร็จ เป็นแบบอย่างที่สำคัญที่ทำให้สมาชิกที่ยังไม่สามารถลดหรือเลิกสูราได้ เกิดแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรม โดยเห็นว่าเพื่อนของตนทำได้และมีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป สุขภาพดีขึ้น ชีวิตครอบครัวมีความสุข หน้าที่การงานดีขึ้น และได้รับกำลังใจและคำชื่นชมจากสังคม ทำให้เกิดกำลังใจที่จะปรับเปลี่ยนตนเองให้ได้อย่างเพื่อน

2. การทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย ตามบทบาทหน้าที่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเฉพาะผู้อำนวยการ มีความตระหนักในสำคัญของปัญหา รวมถึงให้ความช่วยเหลือในการดำเนินโครงการ ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการประสานงานกับชุมชน และผู้นำชุมชน ได้ออกเยี่ยมผู้ดื่มสุราร่วม อสม. เป็นที่ปรึกษาและคอยให้กำลังใจแก่ทีมอสม. ติดตามการทำงานของอสม. รับฟังและร่วมเรียนรู้ในแนวทางการบำบัด ทำให้ทีมงานเกิดความรัก ความผูกพัน และทุ่มเทกับงานที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มที่

ผู้นำชุมชน โดยเฉพาะผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งเป็นผู้ที่ตระหนักถึงพิษภัยของสุรา ชักชวนให้ลูกบ้านที่ติดสูราเข้าร่วมโครงการ ให้กำลังใจ สนับสนุน และคอยติดตามประเมินผล พบว่าผู้ดื่มสุราบางคนสามารถเลิกหรือลดสูราได้ เนื่องจากรู้สึกว่าคุณค่า ผู้ใหญ่บ้านให้ความสำคัญได้กำลังใจจากบุคคลสำคัญของหมู่บ้าน ทำให้มีกำลังใจที่จะเลิกสูราให้สำเร็จ ไม่อยากให้ผู้ใหญ่บ้านที่หวังดีกับตน

ต้องเสียใจหรือผิดหวัง นอกจากนี้ยังได้รับกำลังใจและการชี้แนะจากนายอำเภอขลุง ซึ่งให้การสนับสนุนโครงการอย่างดียิ่ง

แกนนำอสม. เป็นผู้ที่มีความสามารถอย่างยิ่งในการให้การปรึกษา ให้กำลังใจ และค้นหาแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนมุมมองของผู้ดื่มสุรา มีความสนใจ ใฝ่รู้ เรียนรู้ที่จะช่วยเหลือ มีความรับผิดชอบสูง เสียสละและทุ่มเทให้กับงานที่ได้รับมอบหมาย มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในงาน รวมถึงมีสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน สามารถสร้างศูนย์ให้การปรึกษาลด ละ เลิกสูราได้สำเร็จ และให้บริการจนเป็นที่ยอมรับของชุมชน

3. การวิเคราะห์และนำข้อมูลไปใช้ จากประเด็นที่พบว่ามีผู้ดื่มสุรากลับไปดื่มสุราอีก และส่งผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว ดังนั้น ชุมชนจึงร่วมวิเคราะห์หาสาเหตุของการดื่มสุราของคนในชุมชน เมื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริงได้แล้ว ทำให้ทีมงานเกิดการเรียนรู้และหาวิธีให้ความช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายจนสามารถปรับพฤติกรรมได้สำเร็จ โดยพบสาเหตุของการดื่มสุราของคนในชุมชนดังนี้ 1) เป็นค่านิยมของลูกผู้ชายในสังคม 2) เป็นเรื่องปกติของชุมชน 3) หาซื้อได้ง่าย ราคาถูก 4) เครียดจากปัญหาต่างๆ ในชีวิต ดื่มเพื่อคลายเครียด ไม่ต้องคิดมาก และทำใหนอนหลับได้ 5) มีปัญหาในครอบครัว ครอบครัวไม่อบอุ่น ทะเลาะกับคนในครอบครัว ดื่มสุราเพื่อประชดหรือเพื่อลดความเครียด ผลคือ เครียดมากขึ้น ขาดงานมากขึ้น 6) เหนงมาก ไม่รู้จะทำอะไร จึงดื่มเป็นกิจวัตรหลังการทำงาน และ 7) กินยาต้องหลังคลอด โดยมีความเชื่อว่าเป็นการบำรุงร่างกาย ขับน้ำคาวปลา ทำให้ลูกไม่กวน เลี้ยงง่าย จึงกินเรื่อยมาจนติด

การปรับวิธีคิด เป็นกระบวนการสำคัญในการช่วยเหลือผู้ดื่มสุรา เนื่องจากสาเหตุของการดื่มสุราส่วนใหญ่มาจากมุมมองของผู้ดื่มสุราเอง ไม่ว่าจะเป็นค่านิยมลูกผู้ชาย ความเชื่อ หรือการดื่มตามกฎเกณฑ์ของสังคมก็ตาม ซึ่งเป็นความคิดมุมมองเดียวของผู้ดื่มสุราว่าการดื่มสุราเป็นเรื่องส่วนตัว โดยผู้ดื่มสุราไม่เคยรับรู้มุมมองของคนในครอบครัวหรือคนรอบข้างว่ารู้สึกเช่นไรต่อการดื่มสุราของตน ในการให้ความช่วยเหลือนั้น เริ่มจาก

ทีมผู้ให้การบำบัดและครอบครัวร่วมรับฟังความคิดของผู้เต็มสุรา และช่วยให้ผู้เต็มสุราเข้าใจมุมมองของครอบครัว โดยเฉพาะคนในครอบครัว เช่น ความรู้สึกของคนในครอบครัวต่อการดื่มสุราของผู้เต็มสุรา หรือช่วยให้ผู้เต็มสุราได้มองแม่แต่่มุมที่ไม่อยากมอง เช่น ผู้เต็มสุราคิดหรือรู้สึกอย่างไรเมื่อคนในครอบครัวใช้คำพูดเกี่ยวกับโรคหรือต่อว่าเมื่อตนดื่มสุรา โดยให้ครอบครัวช่วยสะท้อนมุมมองที่ผู้เต็มสุราไม่เคยมอง ภายได้ความรัก ความปรารถนาดี ให้กำลังใจ และให้ความมั่นใจแก่ผู้เต็มสุราในการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยไม่กดดัน แต่เติมไปด้วยความรู้สึกที่เข้าใจและห่วงใย

4. การสร้างแรงจูงใจและการค้นหาเป้าหมายในชีวิตของผู้เต็มสุรา การค้นหาแรงจูงใจและวิธีต่างๆ เพื่อไม่ให้กลับไปดื่มสุราอีก เมื่อผู้เต็มสุราได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองได้แล้ว ย่อมทำให้ผู้เต็มสุราและครอบครัวดีใจ ภูมิใจ และคาดหวังว่าผู้เต็มสุราจะไม่หวนกลับไปดื่มสุราอีก แต่เมื่อผู้เต็มสุราหวนกลับไปดื่มสุราอีก ผู้เต็มสุราจะรู้สึกผิดหวังกับตนเอง และรู้สึกผิดต่อครอบครัวมาก ผู้เต็มสุราบางคนเผลอกลับไปดื่มเพียงครั้งเดียว กลับถูกครอบครัวตำหนิอย่างรุนแรง จนทำให้รู้สึกท้อใจ หันกลับไปดื่มสุรามากขึ้นกว่าเดิม ด้วยมุมคิดที่ว่า “พยายามแทบตายไม่เห็นคุณค่า แคเผลอไปครั้งเดียว กลับกลายเป็นคนไร้ค่า เมื่อทำได้ไม่ได้ ก็เลิกทำ ไม่รู้ว่าจะทำไปทำไม” กรณีเช่นนี้ทำให้ได้ข้อคิดว่าต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งผู้เต็มสุราและครอบครัว เพื่อให้เรียนรู้ร่วมกันว่าเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นในกรณีที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น มีคนในชุมชนชักชวนให้ดื่มสุรา ผู้เต็มสุราจะมีวิธีเช่นไรที่จะตั้งรับกับสถานการณ์นั้น เพื่อไม่ให้ตนเองรู้สึกถูกกดดัน และไม่ทำให้ผู้ที่ชักชวนรู้สึกเสียหน้า โดยมีการเตรียมครอบครัวให้รับรู้ถึงความพยายามอย่างมากที่ผู้เต็มสุราพยายามที่จะลด ละ เลิกสุราเพื่อครอบครัว ความเข้าใจและการให้กำลังใจเป็นสิ่งสำคัญมาก ไม่ควรใช้วิธีต่อว่า เพราะนอกจากจะไม่ได้ผลแล้ว ยังทำให้ผู้เต็มสุราหวนกลับไปดื่มสุรามากขึ้นอีก จากประสบการณ์ครั้งนี้ พบว่าผู้เต็มสุราจะมีความกังวลและรู้สึกกดดันมากที่สุดคือ กลัวว่าจะไม่สามารถทำได้ตลอด กลัวเสียคำพูด กลัวครอบครัวผิดหวัง กลัวสังคมดูหมิ่น จากการดำเนินการในครั้งนี้นพบว่าเมื่อผู้เต็มสุราหวนกลับไปดื่มสุราอีก ทุกคน

ในครอบครัวจะไม่ตำหนิ แต่จะเข้าใจและให้โอกาสผู้เต็มสุรา กลับตัว ให้กำลังใจ เพื่อที่จะเริ่มต้นใหม่ในการลด ละ เลิกสุรา วิธีนี้จะทำให้ผู้เต็มสุรา รู้สึกคลายความกังวลและตั้งต้นใหม่ได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ การค้นหาแรงจูงใจและเป้าหมายในชีวิต โดยถ่ายทอดออกมาเป็นภาพที่เห็นได้ชัดเจน เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งพบว่าช่วงที่ยังไม่มีแรงจูงใจ และไม่มีเป้าหมายในชีวิต ผู้เต็มสุราไม่รู้จักเปลี่ยนแปลงตัวเองไปเพื่ออะไร แต่เมื่อมีการสนับสนุนให้ค้นหาแรงจูงใจ และเป้าหมายในชีวิตแล้ว ทำให้ผู้เต็มสุราคิดวิธีที่จะนำไปสู่การลด ละ เลิกสุราได้ เช่น การพบครูบุคคลที่รัก เช่น ลูกหรือหลาน คิดไว้ในกระเป๋า เวลาใครชักชวนดื่มสุรา จะดึงรูปนี้ขึ้นมาเพื่อเตือนใจ การนึกถึงคำสัญญาที่ให้ไว้กับลูกหลาน หรือใช้วิธีอ้างคำพูดของหมอที่ไม่ให้ดื่มสุรา ทั้งนี้ การกระตุ้นให้ผู้เต็มสุราค้นหาวิธีที่จะทำให้กำลังใจในการปฏิเสธการดื่มสุราด้วยตนเอง จะเหมาะสมกว่าการใช้วิธีที่ทีมผู้ให้การบำบัดแนะนำ เนื่องจากเป็นกระบวนการความคิดที่กลั่นออกมาจากประสบการณ์และความรู้สึกของผู้เต็มสุราอย่างแท้จริง จึงเป็นวิธีที่เหมาะสมกับบริบทของผู้เต็มสุรา และมีประสิทธิภาพมากกว่าการแนะนำของทีมผู้ให้การบำบัด แต่ในกรณีที่ผู้เต็มสุราไม่สามารถค้นหาวิธีที่จะทำให้ลด ละ เลิกสุราได้ด้วยตนเอง ทีมผู้ให้การบำบัดอาจต้องช่วยคิดหาวิธีต่างๆ และให้ผู้เต็มสุราเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีที่จะนำมาใช้ในการลด ละ เลิกสุราของตนเอง

5. การสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีของผู้เต็มสุรา ครอบครัว และชุมชน พบว่าผู้เต็มสุราแทบทุกคนมองว่าส่วนหนึ่งที่ทำให้ตนเองสามารถลดหรือเลิกสุราได้ คือ สัมพันธภาพที่ดีของทีมผู้ให้การบำบัด อันประกอบด้วยนักศึกษาพยาบาลและอสม. โดยทีมผู้ให้การบำบัดทำให้ผู้เต็มสุรา รู้สึกว่าได้รับการยอมรับ ได้รับความไว้วางใจ มีความผูกพันเหมือนเป็นคนในครอบครัวเดียวกัน ปรารถนาที่จะทำให้นักศึกษาพยาบาลและอสม. ที่ดูแลตนเองมีความสุข ดีใจ ภูมิใจ และมีกำลังใจในการปฏิบัติงาน โดยในระยะแรกของการลงพื้นที่ในโครงการนี้ ทีมผู้ให้การบำบัดมักใช้วิธีเน้นย้ำข้อมูลเกี่ยวกับผลเสียต่อสุขภาพและผลกระทบอื่นๆ ของสุรา ขอร้องให้ผู้เต็มสุราลดหรือเลิกสุรา ซึ่งพบว่าวิธีนี้นอกจากจะไม่ได้ผลแล้ว ยังทำให้เสียสัมพันธภาพกับผู้เต็มสุราอย่างมาก เพราะผู้เต็มสุรา รู้สึกเหมือนถูกคุกคาม ถูกต่อว่า

เสียหน้า และรำคาญ จนไม่ต้องการพบทีมผู้ให้การบำบัดอีก ในขณะที่ทีมผู้ให้การบำบัดเกิดความรู้สึกท้อแท้ ผิดหวัง และขาดความมั่นใจในการให้ความช่วยเหลือ หลังจากวิเคราะห์ผลร่วมกัน จึงเกิดการเรียนรู้ว่าสิ่งที่ใจปรารถนา อยากจะช่วยให้ผู้ดื่มสุราด้วยวิธีที่ทำไปนั้น เป็นสิ่งที่ไม่สมควรอย่างยิ่ง เพราะทุกอย่างตั้งอยู่บนความคิดของทีมผู้ให้การบำบัดฝ่ายเดียว จึงทำในสิ่งที่คิดว่าดีและมีประโยชน์ต่อผู้ดื่มสุรา โดยขาดความคำนึงว่าผู้ดื่มสุราคิดเช่นไร รู้สึกอย่างไร และพร้อมหรือไม่ ดังนั้น ทีมผู้ให้การบำบัดจึงเปลี่ยนแนวทางเป็นการพูดคุย ทักทาย เชื่อมเยิน สร้างสัมพันธภาพกับผู้ดื่มสุราในบทบาทใหม่ เป็นบทบาทที่เป็นมิตร เป็นเพื่อน เป็นญาติที่เชื่อมเยิน รับฟังทุกข์สุข ให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือในขอบเขตที่ทำได้ ยอมรับในสิ่งที่ผู้ดื่มสุราเป็น ไม่ตำหนิ ไม่ทำตนเป็นผู้สั่งสอนอีกต่อไป ซึ่งพบว่าการสร้างสัมพันธภาพเช่นนี้ ทำให้เข้าใจวิถีชีวิตของผู้ดื่มสุราอย่างมาก เข้าใจในสิ่งที่ผู้ดื่มสุราเป็น ไม่ใช่เข้าใจในสิ่งที่อยากให้ผู้ดื่มสุราเป็นหรือทำ เมื่อความรู้สึกเปลี่ยนไป จะเกิดการผ่อนคลายขึ้นทั้งสองฝ่าย การพูดคุยจึงเต็มไปด้วยความเข้าใจ รับรู้ถึงความปรารถนาดีของทีมผู้ให้การบำบัด ไม่รู้สึกกดดัน พร้อมทั้งจะพูดคุยในทุกสิ่ง โดยไม่ต้องปกปิดความรู้สึก ไม่มีความกังวลว่าทีมผู้ให้การบำบัดจะรู้สึกไม่ดีต่อตนเอง ทำให้การบำบัดก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น

6. การนำครอบครัวมามีส่วนร่วมในการดูแล
การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการช่วยเหลือ ต้องเริ่มจากความเข้าใจผู้ดื่มสุรา มีการส่งเสริม สนับสนุน ให้กำลังใจ และชื่นชม เมื่อผู้ดื่มสุราทำได้ ช่วยให้ผู้ดื่มสุรารับรู้ได้ถึงความห่วงใยของคนในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ดื่มสุรามีความสุขและมีกำลังใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากขึ้น ผู้ดื่มสุราหลายคนบอกว่าตนเองรับรู้ได้ถึงบรรยากาศของครอบครัวที่อบอุ่นมากขึ้น เข้าใจกันมากขึ้น รู้สึกมีความสุขมากขึ้น

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดื่มสุราเป็นเรื่องยากที่ต้องใช้ความเข้าใจ ความอดทน ต้องอาศัยระยะเวลา ซึ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ทีมผู้ให้การบำบัดต้องมีหลักการที่

ถูกต้องและเหมาะสม ที่สำคัญคือ ต้องมีความจริงใจที่อยากจะช่วยเหลือผู้ดื่มสุรา โดยต้องเข้าใจวิถีชีวิต บริบท และจิตใจของผู้ดื่มสุรา การมีความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถช่วยเหลือผู้ดื่มสุราให้ลด ละ เลิกดื่มสุราได้ และไม่ควรใช้พลังกลุ่มเพื่อบังคับให้ผู้ดื่มสุราเลิกสุรา แต่ควรให้ผู้ดื่มสุราเลิกเมื่อมีความพร้อม สายใยแห่งความห่วงใยจะช่วยให้ผู้ดื่มสุราตัดสินใจว่าจะเลิกสุราหรือไม่ ส่วนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดื่มสุราในชุมชน ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันจากหลายภาคส่วน และต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นให้ชุมชนตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหา ภายใต้กลยุทธ์ที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนนั้น ๆ

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา เลิศถาวรธรรม, สลธิยา หลิมศิริโรจน์, และวเรเดช ช้างแก้ว. (2549). *องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวและการปฏิบัติตนเพื่อเลิกดื่มสุราของผู้ติดสุราในโรงพยาบาลราชบุรี* (รายงานผลการวิจัย). วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี.
- ณัฐณิชา เลอพิลิตเบิร์ต. (2557). ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. ใน นพพล วิทย์วรพงศ์. (บ.ก.). *ทศวรรษศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สถานะความรู้เพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์*. หน้า 95-137. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- ดิลก ภิชโยทัย. (2550). แอลกอฮอล์กับโรคหัวใจและหลอดเลือด. ใน สมบัติ ตรีประเสริฐสุข. (บ.ก.). *ศาสตร์และศิลป์ของการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุราในเวชปฏิบัติทั่วไป*. หน้า 51-56. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- พงษ์เดช สารการ, เสมอ ตรีคุณา, รังสิมา บำเพ็ญบุญ, นุชรินทร์ หิรัญคำ, ธนิตา บุตรกล้าย, และยุพา พิทักษ์วานิชย์. (2552). *พฤติกรรมในการดื่มและผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มแรงงานภาคอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา*. สืบค้น วันที่ 18 สิงหาคม 2559, จาก <http://www.cas.or.th/wp-content/uploads/2015/11/r52-k-024.pdf>

- พิชัย แสงชาญชัย. (2552). การทบทวนองค์ความรู้เรื่องจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุรา. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.).
- ภาวดี โตท่าโรง, ประภา ลิ้มประสูตร, และชมนาดวรรณพรศิริ. (2551). ประสบการณ์การเลิกดื่มสุราอย่างถาวรของผู้เคยติดสุรา. วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2(2), 45-61.
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2558). พันธกรรมมีส่วนในการทำให้อาการเป็นโรคติดสุราแต่ยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน. สืบค้น วันที่ 18 สิงหาคม 2559, จาก <http://www.cas.or.th/knowledge/พันธกรรมมีส่วนในการทำ>
- สมบัติ ตีระประเสริฐสุข. (2550). (บ.ก.). ศาสตร์และศิลป์ของการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุราในเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- อรรถัย วลีวงศ์, สุรศักดิ์ ไชยสงค์, และทักษพล ธรรมรังสี. (2553). บทบาทและพฤติกรรมของพ่อแม่ที่มีต่อผลการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนไทย. สืบค้น วันที่ 18 สิงหาคม 2559, จาก <http://www.ihppthaigov.net/DB/publication/attachresearch/116/chapter1.pdf>
- อรัญญา บุญธรรม, วราภรณ์ จรเจริญ, และพรรณิ มงคลศิริ. (2549). ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติด้านลบในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง (รายงานผลการวิจัย). วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี.

ประสบการณ์การขึ้นตึกครั้งแรก

ฉัตรทิพย์ รัตนธรรณ *

Chatthip Rattanatham *

สำหรับนักศึกษาพยาบาลปี 2 นั้น สิ่งที่น่าตื่นเต้นมาก ๆ สำหรับพวกเราก็คงจะเป็นอะไรไปไม่ได้ นอกเสียจากการขึ้นฝึกบนตึกกับผู้ป่วยจริง ๆ ครั้งแรก ก่อนขึ้นฝึกนั้น พวกเราก็เป็นเสียงเดียวกันว่าไม่อยากขึ้นเลย เพราะฟังจากรุ่นพี่เล่ามาก็คือ ทั้งเหนื่อย ทั้งหนัก พี่บนตึกดู plan ก็เขียนยาก นอนดึก (เกือบเช้า) อ่าน chart ก็ไม่ค่อยออก และอีกมากมาย ฟังมาแบบนี้ก็ท้อตั้งแต่ยังไม่ขึ้นเลย มีคำถามเข้ามามากมายในความคิด ว่าเราจะทำได้จริง ๆ หรือ เราจะทำอะไรผิดหรือเปล่า กลัวทำผิด กลัวโดนพี่พยาบาลดุ อุปสรรคหลัก ๆ เลย นั่นก็คือ ความกลัวกับสิ่งที่ยังไม่ถึง แต่ก็กลัวเสียไม่ได้ เพราะสุดท้าย วันที่เรากลับก็มาถึงจนได้ และนี่เป็นประสบการณ์การขึ้นฝึกบนตึกครั้งแรกที่วอร์ดอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี วันที่ 4 เมษายน 2559 วันนี้เป็นวันแรกที่เราจะได้ขึ้นฝึกบนตึก หลังจากที่เราไปพบอาจารย์เพื่อเตรียมความพร้อมกันเรียบร้อยแล้ว พวกเราก็ได้ไปยังวอร์ดอายุรกรรมหญิง เพื่อน ๆ ในกลุ่มมีสีหน้าที่ตื่นเต้นกันมาก ๆ แต่ก็พยายามยิ้มกันออกมา รวมถึงฉันด้วย พวกเราสวัสดิ์ทักทายพี่พยาบาลบนตึก จากนั้นพี่หัวหน้าตึกก็มาแนะนำตัวกับพวกเรา และพาเดินดูสถานที่เพื่อทำความเข้าใจกับสถานที่เมื่อเสร็จจากการฟัง พี่หัวหน้าตึกก็ปล่อยให้อาจารย์ประจำกลุ่มดูแลพวกเราต่อ วอร์ดนี้ค่อนข้างแคบ คนเยอะ ผู้ป่วยเยอะ มีทั้งอาการหนักมากและธรรมดา พวกเรามีกันสองกลุ่ม กลุ่มของฉันมีกัน 6 คน อาจารย์ของพวกเราทั้งสองกลุ่มก็แบ่งกันดูแลผู้ป่วยคนละจุด ด้านกลุ่มของพวกเรา อาจารย์เลือก case ให้แล้ว ก็ให้พวกเราตกลงกันเองว่าใครจะเลือกผู้ป่วยคนไหน

การที่มี case ผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของตัวเองเป็น case แรก ฉันรู้สึกดีมาก ๆ ลืมความกลัวตอนแรกไปเลย คือในใจนี้..แบบอึ้งแล้ว ฉันจะดูแลผู้ป่วยของฉันให้ดีที่สุด จะช่วยบรรเทาทุกข์ให้ได้มากที่สุด แล้วพวกเราก็แยกย้ายเพื่อไปหาผู้ป่วย case ของตัวเองกัน ฉันทักทายคุณยายด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม

ฉัน : คุณยายคะ สวัสดิ์คะ (ยิ้มให้) หนูเป็นนักศึกษาพยาบาลปี 2 นะคะ จะมาช่วยดูแลคุณยายนะคะ คุณยายจะได้หายเร็ว ๆ จะได้กลับบ้านนะคะ

คุณยาย : จำลูก (ยิ้มให้)

ถึงจะเป็นบทสนทนาที่ค่อนข้างสั้น แต่ก็ได้เห็นรอยยิ้มของคุณยาย ฉันรู้สึกดีและมีกำลังใจมาก ๆ ตอนนั้นคือ ไม่ค่อยรู้สึกกลัวแล้ว รู้สึกดีและผ่อนคลายความกดดันในตอนแรกลงไปได้มาก

การดู assignment ครั้งแรกเพื่อนำข้อมูลกลับไปเขียน plan อาจารย์ก็สอนพวกเราดู chart ผู้ป่วยก่อนว่าต้องจดตรงไหนบ้าง ไปไหนหน้าไหนคืออะไร ตอนอาจารย์สอนก็เหมือนจะเข้าใจ แล้วก็มาถึงเวลาที่พวกเราต้องหยิบ chart ของผู้ป่วยตัวเองมาจด ความรู้สึกแรกที่จับจริงคือทำไมหนานขนาดนี้ แล้วแต่ละหน้าคือ...งงไปหมดแล้วอึ้งมาก ได้แต่คิดในใจ..จะจดตรงไหนก่อนดี เริ่มต้นไม่ถูกเลย ลายมือห่อหุ้มอ่านยากมากจริง ๆ แกะแทบไม่ได้เลยอารมณ์ประมาณว่าฉันมาทำอะไรที่นี่ แต่ก็นั่นแหละ จดไปพลาถามอาจารย์ไปพลาเป็นระยะ ๆ บางทีก็ช่วยเพื่อนอ่านบ้าง ถามเพื่อนบ้าง ได้แต่ยืนหัวเราะกับเพื่อน เพราะอ่านไม่ออก ดูเหมือนกลับเป็นเด็กกันอีกครั้ง ไม่รู้เรื่องอะไรเลยกว่าจะจดกันเสร็จ เวลาที่ล่วงไปถึงทุ่มกว่า ๆ ในวันแรก

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

เดินลงวอร์ดแบบหมดพลังงานกันไปเลย แต่พอได้อ่าน chart รั้งต่อ ๆ มา ก็เริ่มดูเป็นมากขึ้น อ่านออกมากขึ้น ราบรื่นขึ้น จดเสร็จเร็วมากขึ้น

มาถึงสิ่งที่ตื่นเต้นที่สุดของการขึ้นฝึก เรียกว่าเป็น จุดพีคเลย นั่นก็คือ การทำหัตถการทางการพยาบาลต่างๆ ของวอร์ด เช่น การใส่สาย NG การให้อาหารทางสาย NG การสวนปัสสาวะ การเช็ดตัว การฉีดยา ตอนเรียน ส่วนใหญ่ พวกเราฝึกกับหุ่น แต่ตอนนี้พวกเราจะได้มาทำกับผู้ป่วยจริง แค่คิด ใจก็เต้นแรงแล้ว นี่เป็นครั้งแรกของพวกเราทุกคน แล้วก็สิ่งที่พวกเรากลัวที่สุด ตอนทำ อาจารย์ก็จะสอนไปด้วย ปัญหาคือ พอทำจริงแล้วมือสั่น สั่นเป็นเจ้าเข้า ทุกคนเลย แต่แสดงออกมากไม่ได้ เพราะเดี๋ยวผู้ป่วยจะรู้ว่าเรามาทำครั้งแรก เดี่ยวเขาจะกลัว แต่พวกเราก็อุ่นใจ ตรงที่มีอาจารย์คอยดูคอยช่วยเหลืออยู่ข้างๆ อย่างใกล้ชิด สุดท้ายทุกอย่างก็ผ่านไปได้ด้วยดี ทุกคนทำได้ดี แล้วก็ก้าวผ่านความกลัวกันมาจนได้ จากความกลัวกลายเป็นว่า พวกเราเริ่มสนุกที่ได้ทำนั่นทำนี่ ซึ่งรู้สึกว่าการขึ้น อยู่เฉยๆ

ฉันมีประสบการณ์การทำหัตถการที่น่าจดจำ อย่างหนึ่งที่อยากบอกเล่า ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ไม่เคยคาดคิด มาก่อนว่าจะได้เจอ คือ การสวนปัสสาวะผู้ป่วยที่มีอาการ อาละวาด พุดไม่รู้เรื่อง ผู้ป่วยได้รับการผูกยึดแขนขาไว้ กับเตียง เป็น case ของวอร์ด แต่พวกเราไปขอเก็บ

ประสบการณ์ ตอนแรกไปกันสามคน ดูท่าแล้วคงไม่ไหว ก็เลยมาช่วยกันทั้งกลุ่ม รวมถึงอาจารย์ด้วย ผู้ป่วยแรงเยอะ มากๆ และดิ้นด้วย พวกเราช่วยกันจับแขนจับขา คือ 6 คน ต่อ 1 คน ผู้ป่วยโมโหก็เลยสบถและด่าออกมา ทั้งอาจารย์ และพวกเราโดนกันทั้งหมด ผู้ป่วยดิ้นอย่างแรงตลอด การสวนปัสสาวะ กว่าจะสวนเสร็จก็เหนื่อยไปตามๆ กัน ถึงกับปวดเหงื่อเลย ซึ่งฉันถือว่าเป็น case ที่ท้าทายมาก และคงจะจดจำไปอีกนานแสนนาน

เมื่อเราผ่านการขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนเตียงมาแล้ว ก็คิดว่ามันไม่ได้ยากแล้วหรือทำให้รู้สึกแย่อย่างที่คิดเลย เราแค่ต้องเชื่อมั่นว่าตัวเองทำได้ ฉันคิดว่าการขึ้นฝึกสนุกกว่า การนั่งเรียนในห้องเสียอีก ซึ่งในการขึ้นฝึกนั้น สิ่งที่สำคัญ อีกอย่างที่เราจะขาดไม่ได้คือ สวัสดิ์ค่ะ ขอโทษค่ะ และขอบคุณ ค่ะ คำเหล่านี้จำเป็นมาก ๆ การรู้จักอ่อนน้อมถ่อมตนต่อ ผู้ใหญ่เป็นสิ่งที่ดีและสำคัญมาก ไหวพริบและความว่องไว ก็เป็นสิ่งที่เราต้องมี เพราะต้องแข่งกับเวลา การทำหัตถการ กับผู้ป่วยจริงจะช่วยให้เราเก่งมากขึ้น เหมือนที่อาจารย์ บอกกับพวกเราว่า ผู้ป่วยคือครูของพวกเรา คนเราล้วน ต้องมีครั้งแรกกันทุกคน ฉันได้เรียนรู้อะไรมากมายจาก การขึ้นฝึกบนเตียง ได้ทั้งความรู้ ความโหด ความสนุกสนาน ความประทับใจ เรียกได้ว่าครบทุกรสชาติ อีกทั้งได้รู้ว่า ตัวเองยังต้องปรับปรุงอะไรอีกบ้าง เพื่อนำมาพัฒนาตัวเอง ให้ดีขึ้นและเก่งขึ้นต่อไป

คำแนะนำ การส่งเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

กองบรรณาธิการมีความยินดีที่จะรับรายงานการวิจัยและบทความต่าง ๆ จากทุกท่านเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ รวมทั้งการพิจารณาเรื่องที่จะลงตีพิมพ์ เพื่อความสะดวกในการพิจารณา จึงขอแนะนำการเขียนและการเตรียมต้นฉบับ ดังนี้

สาขาของเรื่องที่ได้รับตีพิมพ์

1. รายงานการวิจัยในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข และสุขภาพ
2. บทความวิชาการในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข และสุขภาพ รวมทั้งบทความแปลด้านวิชาการ
3. บทความพิเศษที่รวบรวมหรือเรียบเรียงขึ้น อาจเป็นประสบการณ์/ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งประเด็นที่น่าสนใจด้านการพยาบาลและด้านอื่น ๆ

เงื่อนไขการส่งเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์

1. เป็นเรื่องที่ไม่มีการละเมิดลิขสิทธิ์ทางปัญญา
2. เป็นเรื่องที่ยังไม่เคยลงตีพิมพ์หรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น
3. ต้นฉบับที่เป็นรายงานการวิจัยและบทความวิชาการ จะต้องผ่านการประเมินคุณภาพและได้รับความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewer) จำนวน 2 คน ถ้ามีการปรับปรุงแก้ไข ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วให้กองบรรณาธิการภายใน 15 วัน
4. ความคิดเห็นของผู้เขียนรายงานการวิจัยและบทความต่าง ๆ ไม่จำเป็นต้องมีความเกี่ยวข้องกับใด ๆ กับวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับพิมพ์โดยใช้ตัวอักษร Angsana New ขนาด 16 และใช้ตัวเลขอารบิก พิมพ์โดยใช้กระดาษขนาด A4 เว้นระยะขอบ 1 นิ้ว ทั้ง 4 ด้าน ต้นฉบับที่เป็นรายงานการวิจัยมีความยาวประมาณ 10-15 หน้า ส่วนต้นฉบับที่เป็นบทความวิชาการมีความยาวประมาณ 6-10 หน้า ส่งต้นฉบับมายังกองบรรณาธิการผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail : kanisorn2514@gmail.com)
2. บทความย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ รวมกันไม่ควรเกิน 2 หน้ากระดาษ
3. ถ้ามีภาพ ตาราง หรือแผนภาพ เพื่อประกอบเนื้อหา ควรจัดตำแหน่งให้เหมาะสมกับเนื้อหา โดยใส่หมายเลขกำกับภาพ ตาราง หรือแผนภาพ ตามลำดับ ให้ครบถ้วน
4. ใส่เลขหน้ากำกับที่มุมบนทางด้านขวามือ ยกเว้นหน้าแรก
5. การใช้ภาษา คำภาษาไทยที่จำเป็นต้องมีภาษาอังกฤษกำกับด้วย ให้ใส่ภาษาอังกฤษเฉพาะเมื่อกล่าวถึงในครั้งแรก ส่วนศัพท์ภาษาอังกฤษ ให้เขียนทับศัพท์ สำหรับชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนคำจริง ๆ ไม่ต้องเขียนเป็นภาษาไทย ยกเว้นในการเขียนเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ให้เขียนเป็นภาษาไทย เช่น คู่มือ-ริชาร์ดสัน ครอนบาค

รูปแบบของการเขียนต้นฉบับ

1. รายงานการวิจัย มีแนวทางการเขียนส่วนประกอบแต่ละส่วนตามลำดับ ดังนี้

1.1 คำว่า รายงานการวิจัย พิมพ์ไว้ในกรอบสี่เหลี่ยม ที่มุมบนทางด้านซ้ายมือ

1.2 ชื่อเรื่อง พิมพ์ไว้ที่หน้าแรกตรงกลางและมีภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย โดยชื่อเรื่องภาษาอังกฤษแต่ละคำ ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำบุพบทและคำสันธาน

1.3 ชื่อ-ชื่อสกุลผู้เขียน และวุฒิการศึกษาพร้อมสาขา พิมพ์อยู่ใต้ชื่อเรื่อง โดยเรียงไปทางด้านขวามือ และมีภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย ส่วนตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้เขียน พิมพ์ไว้ที่ด้านล่างของหน้าแรก โดยชิดทางด้านซ้ายมือ (หัวข้อนี้ใช้ตัวอักษรขนาด 14)

1.4 บทคัดย่อ พิมพ์โดยไม่ต้องใส่กรอบ ประกอบด้วย 3 ย่อหน้า (ย่อหน้าแรก เริ่มเขียนจากรูปแบบการวิจัย ย่อหน้าที่ 2 เขียนผลการวิจัยที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย/สมมติฐานการวิจัย ส่วนย่อหน้าที่ 3 เขียนเกี่ยวกับข้อเสนอแนะที่สำคัญในการนำผลการวิจัยไปใช้) และระบุคำสำคัญจำนวน 2-5 คำ อยู่ใต้บทคัดย่อ ส่วนบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (พิมพ์คำว่า Abstract แทน) ระบุ Keywords จำนวน 2-5 คำ อยู่ใต้บทคัดย่อเช่นกัน

1.5 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย และสมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) เขียนตามหลักการเขียนรายงานการวิจัยทั่วไป

1.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย เขียนเป็นแผนภูมิแสดงตัวแปรที่ศึกษา ถ้ามีคำบรรยายนำมาก่อน ให้บรรยายอย่างกระชับและเข้าใจง่าย

1.7 วิธีดำเนินการวิจัย มีส่วนประกอบดังนี้

1.7.1 ประเภทของการวิจัยและการได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

1.7.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.7.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ถ้าเป็นการวิจัยแบบทดลอง เขียนเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองก่อน ตามด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเครื่องมือแต่ละชิ้น ระบุเกี่ยวกับที่มา จำนวนข้อลักษณะคำตอบ เกณฑ์ในการให้คะแนน และเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน จากนั้นเขียนเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.7.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล (ถ้าเป็นการวิจัยแบบทดลอง ใช้ชื่อว่า การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล) เขียนเป็นข้อๆ ตามขั้นตอน

1.7.5 การวิเคราะห์ข้อมูล เขียนเกี่ยวกับข้อมูลและระบุชื่อสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

1.8 ผลการวิจัย ข้อมูลส่วนบุคคล เขียนแบบบรรยาย ส่วนข้อมูลที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย/สมมติฐานการวิจัย เขียนแบบบรรยายแล้วตามด้วยตาราง ในตาราง จัดตัวเลขให้หลักหน่วยตรงกันและใช้ทศนิยม 2 ตำแหน่ง ยกเว้นค่า t , z , r , β และ p ใช้ทศนิยม 3 ตำแหน่ง สำหรับค่า p ให้ใส่ค่าจริง (ถ้าเป็น .000 ให้ใส่ว่า < .001) โดยไม่ต้องใส่ * กำกับที่ตัวเลข รวมทั้งไม่ต้องระบุ * ที่ใต้ตาราง

1.9 การอภิปรายผลการวิจัย การเขียนเกี่ยวกับงานวิจัยที่สอดคล้อง/ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ได้ให้อธิบายว่าศึกษาเกี่ยวกับสิ่งใดและในกลุ่มใด (ระบุชื่อเรื่องวิจัย) แต่ละกลุ่มได้รับสิ่งทดลอง/กิจกรรมใด (ถ้าเป็นการวิจัยแบบทดลอง) และผลการวิจัยเป็นอย่างไร ถ้าใช้งานวิจัยเรื่องเดิมในการอธิบายผลการวิจัย การใช้ตั้งแต่ครั้งที่ 2 ไม่ต้องระบุอีกว่าศึกษาเกี่ยวกับสิ่งใด ให้เขียนต่อจากปี (ซึ่งอยู่ในเครื่องหมายวงเล็บ) ว่าผลการวิจัยเป็นอย่างไร

1.10 ข้อเสนอแนะ ประกอบด้วยข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ถ้ามีมากกว่า 1 ประเด็น ให้เขียนเป็นข้อๆ

1.11 เอกสารอ้างอิง ดังรายละเอียดต่อไป

หมายเหตุ : การวิจัยแบบทดลอง ให้เขียนโดยนำกลุ่มทดลองขึ้นก่อนกลุ่มควบคุมในทุกแห่ง และให้เปรียบเทียบภายในกลุ่มก่อน แล้วจึงเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (ถ้ามีมากกว่า 1 กลุ่ม)

2. บทความวิชาการ มีแนวทางการเขียนส่วนประกอบแต่ละส่วนตามลำดับ ดังนี้

2.1 คำว่า บทความวิชาการ พิมพ์ไว้ในกรอบสี่เหลี่ยม ที่มุมบนทางด้านซ้ายมือ

2.2 ชื่อเรื่อง พิมพ์ไว้ที่หน้าแรกตรงกลางและมีภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย โดยชื่อเรื่องภาษาอังกฤษแต่ละคำ ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำบุพบทและคำสันธาน

2.3 ชื่อ-ชื่อสกุลผู้เขียน และวุฒิการศึกษาพร้อมสาขา พิมพ์อยู่ใต้ชื่อเรื่อง โดยเยื้องไปทางด้านขวามือ และมีภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย ส่วนตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้เขียน พิมพ์ไว้ที่ด้านล่างของหน้าแรก โดยขีดทางด้านซ้ายมือ (หัวข้อนี้ใช้ตัวอักษรขนาด 14)

2.4 ส่วนบทนำ ไม่ต้องเขียนคำว่า บทนำ ความยาวไม่ควรเกิน 1 หน้ากระดาษ

2.5 ส่วนเนื้อหา

2.6 ส่วนสรุป ไม่ต้องเขียนคำว่า สรุป ความยาวไม่ควรเกิน ½ หน้ากระดาษ

2.7 เอกสารอ้างอิง ดังรายละเอียดต่อไป

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตามรูปแบบของ Publication Manual of the American Psychological Association (APA style) version 6.0 ดังนี้

1. การเขียนอ้างอิงเอกสารในเนื้อเรื่อง

ใช้ระบบนาม ปี ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้ระบุชื่อ นามสกุล กันด้วย , ตามด้วยปี ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษให้ระบุชื่อสกุลเท่านั้น กันด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ตามด้วยปี ในการเขียนมีหลักการดังนี้

1.1 การเขียนอ้างอิงหน้าข้อความ ถ้าเป็นการเขียนครั้งแรก กรณีที่มีผู้แต่ง 1-2 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุล ผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) ทุกคน กรณีที่มีผู้แต่ง 3-6 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือ ชื่อสกุล) ทุกคนเช่นกัน แล้วกันด้วย , แล้วตามด้วยคำว่า “และ” หรือ “and” ก่อนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือ ชื่อสกุล) คนสุดท้าย ส่วนกรณีที่มีผู้แต่งตั้งแต่ 7 คน ขึ้นไป ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) คนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และคณะ” หรือ “et al.” จากนั้นตามด้วยปี พ.ศ. (หรือ ปี ค.ศ.) ซึ่งอยู่ในเครื่องหมายวงเล็บ ถ้าเป็นการเขียนครั้งต่อๆ มา กรณีที่มีผู้แต่ง 1-2 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) ทุกคนในการอ้างอิงทุกครั้ง ส่วนกรณีที่มีผู้แต่งตั้งแต่ 3 คน ขึ้นไป ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) คนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และคณะ” หรือ “et al.” จากนั้นตามด้วยปี พ.ศ. (หรือ ปี ค.ศ.) ซึ่งอยู่ในเครื่องหมายวงเล็บ

1.2 การเขียนอ้างอิงท้ายข้อความ ถ้าเป็นการเขียนครั้งแรก กรณีที่มีผู้แต่ง 1-2 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุล ผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) ทุกคน กรณีที่มีผู้แต่ง 3-6 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือ ชื่อสกุล) ทุกคนเช่นกัน แล้วกันด้วย , แล้วตามด้วยคำว่า “และ” หรือ “&” ก่อนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือ ชื่อสกุล) คนสุดท้าย ส่วนกรณีที่มีผู้แต่งตั้งแต่ 7 คน ขึ้นไป ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) คนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และคณะ” หรือ “et al.” จากนั้นตามด้วย , และปี พ.ศ. (หรือ ปี ค.ศ.) ถ้าเป็นการเขียนครั้งต่อๆ มา กรณีที่มีผู้แต่ง 1-2 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) ทุกคนในการอ้างอิงทุกครั้ง ส่วนกรณีที่มีผู้แต่งตั้งแต่ 3 คน ขึ้นไป ให้เขียน

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) คนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และคณะ” หรือ “et al.” จากนั้นตามด้วย , และปี พ.ศ. (หรือ ปี ค.ศ.)

ส่วนการเรียงรายการอ้างอิงที่มีมากกว่า 1 รายการ ให้เรียงจากปีที่เก่ากว่าไปยังปีที่ใหม่กว่า ถ้าเป็นปีเดียวกัน ให้เรียงตามลำดับอักษรของชื่อ โดยนำภาษาไทยขึ้นก่อนภาษาอังกฤษ

2. การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง

ให้มีเฉพาะรายชื่อเอกสารที่ได้อ้างอิงในเนื้อเรื่องเท่านั้น โดยมีหลักการเขียนเช่นเดียวกับการอ้างอิงเอกสารในเนื้อเรื่องที่เป็นการเขียนครั้งแรก สำหรับชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้ระบุชื่อ สกุล คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ตามด้วยอักษรตัวแรกของชื่อแรก และ . แล้วตามด้วยชื่อกลาง และ .

3. การเรียงลำดับเอกสาร

3.1 เรียงเอกสารภาษาไทยไว้ก่อนภาษาอังกฤษ

3.2 เรียงลำดับตามอักษรตัวแรกของชื่อผู้แต่ง ไม่ต้องใส่หมายเลขกำกับ

3.3 ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ เรียงตามอักษรตัวแรกของชื่อสกุล

3.4 ถ้าอักษรตัวแรกเหมือนกัน ให้เรียงตามลำดับอักษรตัวถัดไปเรื่อยๆ

3.5 ถ้าผู้แต่งคนเดียวกัน ให้เรียงลำดับตามปีที่พิมพ์

4. รูปแบบการเขียน

4.1 วารสาร เขียนตามรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. (ปี พ.ศ. หรือ ปี ค.ศ.). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ของวารสาร (ฉบับที่), หน้า.

ตัวอย่าง

ประสิทธิ์ จิตติวัฒนพงศ์. (2551). ความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อการจัดบริการแบบ one stop service ในคลินิกยาด่านไวยัส โรงพยาบาลบางละมุง. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี, 33(1), 67-74.

4.2 หนังสือ

4.2.1 หนังสือภาษาไทย ให้เขียนเรียงตามลำดับดังนี้

4.2.1.1 ชื่อผู้แต่ง ถ้ามากกว่า 1 คน คั่นด้วย , คนสุดท้ายนำด้วย , คำว่า และจบด้วย .

4.2.1.2 ปี พ.ศ. หรือ ปี ค.ศ. เขียนอยู่ในเครื่องหมายวงเล็บ จบด้วย .

4.2.1.3 ชื่อหนังสือ ใช้ตัวเอียง จบด้วย .

4.2.1.4 ครั้งที่พิมพ์ อยู่ในวงเล็บ และต่อจากชื่อหนังสือ จบด้วย .

4.2.1.5 ชื่อเมืองที่พิมพ์ ตามด้วย : (พิมพ์ให้ชิดกับชื่อเมือง)

4.2.1.6 ชื่อสำนักพิมพ์ จบด้วย .

4.2.2 หนังสือภาษาอังกฤษ เขียนเรียงตามลำดับเช่นเดียวกับภาษาไทย แต่แตกต่างกันในการเขียน

ชื่อผู้แต่ง ดังนี้

4.2.2.1 ใช้ชื่อสกุลขึ้นต้น ตามด้วย , อักษรย่อชื่อต้น ตามด้วย . และอักษรย่อชื่อกลาง ตามด้วย .

4.2.2.2 ผู้แต่งแต่ละคนคั่นด้วย ,

4.2.2.3 ผู้แต่งคนสุดท้าย นำด้วย , & และจบด้วย .

4.3 หนังสือที่มีบรรณาธิการ ให้หลักการเช่นเดียวกับหนังสือที่มีผู้แต่งคนเดียวหรือมากกว่า 1 คน แต่มีข้อแตกต่าง ดังนี้

4.3.1 หนังสือภาษาไทย เดิม (บ.ก.) จบด้วย . ตามหลังชื่อบรรณาธิการคนสุดท้าย

4.3.2 หนังสือภาษาอังกฤษ เดิม (Ed.) กรณีที่มีบรรณาธิการคนเดียว หรือเดิม (Eds.) กรณีที่มีบรรณาธิการมากกว่า 1 คน จบด้วย .

4.4 วิทยานิพนธ์

ตัวอย่าง

ลักขณา เทศเปี่ยม. (2552). *ความฉลาดทางอารมณ์กับระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รุ่งนภา เพ็ชระอำ. (2552). *ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ศีรษะ* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

4.5 ข้อความจากเว็บไซต์

ตัวอย่าง

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2554). *อีก 12 ปี ค่ารักษาพยาบาลคนแก่พุ่งขึ้น 4 เท่า*. สืบค้น วันที่ 20 กรกฎาคม 2554, จาก <http://www.thaitgri.org/>

Salinsky, E., & Scott, W. (2003). *Obesity in America: A growing threat*. Retrieved February 20, 2006, from http://www.nhpf.org/pdfs_bp/BP_Obesity_7-03.pdf