



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ISSN 0858-110X

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ปีที่ 27 ฉบับที่ 1 กันยายน 2558 - กุมภาพันธ์ 2559 Vol.27 No.1 September 2015 - February 2016



วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี



รายงานการวิจัย

- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี
- ผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด
- ผลของการประเมินด้วยลูกประคบเจลโพลีเมอร์แบบอุ่นขึ้นต่อระยะเวลาการลึ่งนํ้าครั้งแรกในมารดาหลังคลอดครั้งแรก
- ผลของโปรแกรมการจัดกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ
- ผลของการพัฒนากิจกรรมนวดแผนไทยของเยาวชนเพื่อผ่อนคลายในผู้ที่มิปัญญาปวดไหล่และคอ
- ผลของการพัฒนากิจกรรมและระดับการสะท้อนคิดด้วยโปรแกรมเรียนรู้การสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนทบุรี
- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็ง
- ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

บทความวิชาการ

- ผลกระทบภายหลังการบาดเจ็บที่สมอง
- พยาบาลกับการพัฒนาความคิดสร้างสรรค์
- สารออกฤทธิ์ในสมุนไพร
- ปัจจัยแห่งความสำเร็จของบุคคลต้นแบบในการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการปฐมภูมิ

บทความพิเศษ

- ความหวัง

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ปีที่ 27 ฉบับที่ 1 กันยายน 2558 - กุมภาพันธ์ 2559 Vol.27 No.1 September 2015 - February 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 ชูณหะพาน
ข้าราชการบำนาญ (9/82 ข.ทองเกษร ลาตพร้าว 71 กรุงเทพฯ)
นางกาญจนา ร้อยนาถ

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการ
ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาพยาบาล
การบริหารการพยาบาล และการสาธารณสุข

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี กำหนดออกเผยแพร่

ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา

ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ

ฉบับที่ 1 กันยายน - กุมภาพันธ์

บรรณาธิการ

(รับบทความถึงสิ้นเดือนสิงหาคม)

นางสาวคณิสร์ แก้วแดง

ฉบับที่ 2 มีนาคม - สิงหาคม

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลศึกษา)

(รับบทความถึงสิ้นเดือนกุมภาพันธ์)

กองบรรณาธิการ

ผู้ทรงคุณวุฒิ (ภายนอก)

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. ผศ. ดร.ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 2. ผศ. ดร.ทัศนีย์ ทวีคุณ | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุณหะมณี | ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา |
| 4. ดร.หรรษา เศรษฐบุปผา | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 5. ผศ. ดร.อรพรรณ โตสิงห์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. รศ. ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล | 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 reviewer) โดยต้นฉบับแต่ละเรื่องได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 คน ทั้งนี้ รายงานการวิจัยหรือบทความในวารสารถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเท่านั้น ทางคณะผู้จัดทำวารสารไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยเสมอ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewer)

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 1. ดร.กุลธิดา พานิชกุล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี |
| 2. ดร.มณฑนา เหมชะญาติ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ |
| 3. ดร.เชษฐา แก้วพรม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ |
| 4. ดร.วิรัตน์ สกุดสันติพร | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ |
| 5. ผศ. ดร.ถาวร มาตั้น | 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.พิมสุภาวี่ จันทนะโสตถิ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 10. ผศ. ดร.ปรานี ชีโรโสมณ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 11. ดร.เพชรรัตน์ เจริมรอด | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต |
| 12. ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 13. ดร.วรพล แวงนอก | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ |
| 14. ดร.ศรีสกุล เจียบแหลม | 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 ฉบับที่ 1 กันยายน 2558 - กุมภาพันธ์ 2559

Vol.27 No.1 September 2015 - February 2016

หน้า

รายงานการวิจัย

- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี
อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี 1
สุนิสา จันทร์แสง ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์ ลักษณา เต็มศิริกุลชัย
ณัฐกมล ชาญสาธิตพร
- ผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด 16
แพรศิริ อยู่สุข จิราพร เกศพิชญวัฒนา
- ผลของการประคบเต้านมด้วยลูกประคบเจลโพลีเมอร์แบบอุ่นชื้นต่อระยะเวลาการหลั่งน้ำนม
ครั้งแรกในการดูลูกหลังคลอดครั้งแรก 27
นิตยา พันธงาม ปรางค์ ธีรโสภณ สุพรรณ อึ้งปัญญัตตวงศ์
- ผลของโปรแกรมการจัดกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรีต่อภาวะซึมเศร้าของ
ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ 38
จิณวัตร จันครา จิราพร เกศพิชญวัฒนา
- ผลของการพัฒนาทักษะการวาดแผนไทยของเยาวชนเพื่อผ่อนคลายในผู้ที่มีปัญหาปวดไหล่และคอ 50
โสภา ลัทธิวัฒนกุล คณิสร์ แก้วแดง บุษยารัตน์ ลอยศักดิ์
- ผลของการพัฒนาทักษะและระดับการสะท้อนคิดด้วยโปรแกรมเรียนรู้การสะท้อนคิด 60
ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
วารุณี สุวรรวัฒนกุล ทรงเสลา นากจาง ยศพล เหลืองโสมนภา
- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 68
อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี
อรธิตรา บุญประดิษฐ์ สุนทรีย์ คำเพ็ง กมลอินทร์ วรณชเรฐอิสรา
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของครอบครัวที่มีบุตรโรคเมะเร็ง 80
ภรรณา ไซยประสิทธิ์ วรณ ติดยาอิสระ Phoebe D. Williams
ไพรัตน์ วงษ์นาม
- ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน 92
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
ธาริน สุขอนันต์ ณัฐพร มีสุข อาภิสรา วงศ์สละ



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ISSN 0858-110X

ปีที่ 27 ฉบับที่ 1 กันยายน 2558 - กุมภาพันธ์ 2559 Vol.27 No.1 September 2015 - February 2016

หน้า

บทความวิชาการ

- ผลกระทบภายหลังการบาดเจ็บที่สมอง
รุ่งนภา เขียวชะอำ 104
- พยาบาลกับการพัฒนาความคิดสร้างสรรค์
สุนทรภรณ์ ทองไสย 113
- สารออกฤทธิ์ในสมุนไพร
ภโวทัย พาสนาโสภณ 120
- ปัจจัยแห่งความสำเร็จของบุคคลต้นแบบในการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการปฐมภูมิ
กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง กาญจนา ปัญญาธ 132

บทความพิเศษ

- ความหวัง 138

ส
า
ร
ว
ญ

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 27 ฉบับที่ 1 นี้ นำเสนอรายงานการวิจัยทั้งในด้านการปฏิบัติการพยาบาลและด้านการศึกษาพยาบาล สำหรับบทความวิชาการได้นำเสนอสาระเกี่ยวกับผลกระทบจากการบาดเจ็บที่สมอง การพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ สารออกฤทธิ์ในสมุนไพร และปัจจัยแห่งความสำเร็จของบุคคลต้นแบบในระบบบริการปฐมภูมิ ส่วนบทความพิเศษนั้นเป็นเรื่องเกี่ยวกับความหวังของครอบครัวที่มีบุตรเรียนพยาบาล คณะผู้จัดทำวารสารฯ มุ่งหวังว่าผู้อ่านทุกท่านจะได้รับประโยชน์ในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และมุมมองต่างๆ ในประเด็นดังกล่าวบ้างไม่มากก็น้อย อย่างไรก็ตามกองบรรณาธิการวารสารฯ ตระหนักดีว่าองค์ความรู้ในด้านต่างๆ นั้นยังมีอีกมาก วารสารฯ ฉบับนี้สามารถนำเสนอได้เพียงบางส่วนเท่านั้น

สำหรับวารสารฯ ฉบับหน้า จะเป็นการนำเสนอในสาระหลักเกี่ยวกับการพยาบาล การสาธารณสุข และสุขภาพอีกเช่นเคย ดังนั้น ถ้าท่านมีความประสงค์ที่จะลงตีพิมพ์รายงานการวิจัย บทความวิชาการหรือบทความพิเศษในวารสารฯ ขอให้ท่านส่งต้นฉบับมายังกองบรรณาธิการตามคำแนะนำที่อยู่ด้านหลังของวารสารฯ ฉบับนี้

คณิศร แก้วแดง

บรรณาธิการ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ในสตรี อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี *

Factors Associated with Adherence to Cervical Cancer Screening
among Women in Songphenong District, Suphanburi Province *

สุนิสา จันทร์แสง, วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) **

Sunisa Chansaeng, M.Sc. (Public Health) **

กรณี วัฒนสมบุญ, ป.ด. (ประชากรศาสตร์) ***

Paranee Vatanasomboon, Ph.D. (Demography) ***

ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, ป.ด. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข) ****

Lakkana Termsirikulchai, Ph.D. (Medical and Health Social Sciences) ****

ณัฐกมล ชานุสาธิตพร, วท.ด. (ชีวสถิติ) ****

Nutkamol Chansatitporn, Sc.D. (Biostatistics) ****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาชนิดการศึกษาสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 12 แห่ง ในอำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกโดยการสุ่ม จำนวน 455 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกข้อมูล การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 1 มิถุนายน ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2556 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 33.60 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพสมรส ($\chi^2 = 11.251, p < .01$) การคลอดบุตร ($\chi^2 = 3.134, p < .05$) การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง ($\chi^2 = 6.649, p < .05$) และการได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน และจากบุคคลในครอบครัว/สามี ($\chi^2 = 13.641, p < .001$ and $\chi^2 = 6.043, p < .01$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยอื่นๆ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** มหบัณฑิตสาขาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก (ผู้รับผิดชอบหลัก)

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรดำเนินการเพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องในสตรีกลุ่มเป้าหมาย โดยเน้นการจัดบริการที่เอื้อในการตรวจคัดกรองที่ตรงกับความต้องการ และสื่อสารยังกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งควรใช้เพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน และบุคคลในครอบครัว/สามี ในการสนับสนุนให้สตรีกลุ่มเป้าหมายรับการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ความต่อเนื่อง การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine factors associated with the adherence to cervical cancer screening among women in Songphenong District, Suphanburi Province. The 455 women aged 30-60 years, which were the target group for cervical cancer screening, in 12 selected responsible Subdistrict Health Promoting Hospitals, were randomly selected. The research tools were composed of a structured interview questionnaire and the screening records of cervical cancer cases. Data were collected from June 1, to July 31, 2013. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Chi-square test.

The results showed that only 33.60% of target women adhered to obtain cervical cancer screening. Adherence to cervical cancer screening was significantly associated with the study factors including marital status ($\chi^2 = 11.251, p < .01$), delivery history ($\chi^2 = 3.134, p < .05$), perceived barriers to screening adherence ($\chi^2 = 6.649, p < .05$), and receiving social support from peers and family members/spouse ($\chi^2 = 13.641, p < .001$ and $\chi^2 = 6.043, p < .01$, respectively). The other factors were not associated with screening adherence. The other factors were not associated with screening adherence.

This study suggested that regular cervical cancer screening among women should be promoted continuously. A screening service should be designed to reduce women's perceived barriers. Also, peers and family members/spouse should be considered as key persons to encourage the target women to seek regular cervical cancer screening.

Keywords : Adherence, Cervical cancer screening

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งปากมดลูก เป็นโรคที่พบบ่อยเป็นอันดับ 2 ของการเกิดโรคมะเร็งในผู้หญิงไทย โดยพบบ่อยที่สุดในกลุ่มผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 45-50 ปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) จากสถิติปี 2552-2554 พบว่ามีคนไทยป่วยเป็นโรคมะเร็ง 119,065 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเป็นมะเร็ง

ปากมดลูก 19,011 ราย โดยในแต่ละปีจะมีผู้หญิงไทยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ประมาณ 8,000 คน ซึ่งในแต่ละวันจะมีผู้หญิงไทยเสียชีวิตด้วยมะเร็งปากมดลูกเฉลี่ย 7 ราย และพบผู้เสียชีวิตมากที่สุดในพื้นที่ภาคกลาง รองลงมาคือ ภาคเหนือ หากยังไม่มี การป้องกันที่ดีพอ เชื่อว่าอัตราการเกิดมะเร็งชนิดนี้และการเสียชีวิตจะ

เพิ่มขึ้น (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2550) และสถาบันมะเร็งแห่งชาติคาดว่าในอีก 5 ปีข้างหน้า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม โดยมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจำนวน 21,526 คน และจะมีผู้เสียชีวิตเฉลี่ยวันละ 17 คน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2554)

แนวทางป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่สำคัญคือการค้นหาและรักษาในระยะเริ่มแรก โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกวิธีหนึ่งคือ การตรวจทางเซลล์วิทยาด้วยวิธีแป็บสเมียร์ (Pap smear) ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยค้นพบโรคได้ในระยะเริ่มแรกและสามารถรักษาได้ผลดี การพยากรณ์โรคหลังการรักษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1 มีอัตราการรอดชีวิต 5 ปี ร้อยละ 88-92 มากกว่าผู้ป่วยระยะที่ 2, 3 และ 4 ซึ่งพบร้อยละ 60-65, 30-35, และ 12-15 ตามลำดับ (Benedet & Murphy, 1985) การตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่องยังช่วยลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกด้วยในผู้หญิงอายุ 35-64 ปี พบว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 ครั้ง ทุก ๆ ปี อัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกจะลดลงร้อยละ 95 การตรวจ 1 ครั้ง ทุก 2 ปี จะลดลงร้อยละ 93 และการตรวจ 1 ครั้ง ทุก 3 ปี จะลดลงร้อยละ 91 แต่หากทำทุก 5 ปี จะลดลงได้เพียงร้อยละ 84 (World Health Organization, 2010) ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการตรวจทุก 1 ปี ถึงทุก 3 ปี สามารถลดอุบัติการณ์ของโรคได้มากกว่าร้อยละ 90 ด้วยเหตุนี้ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีนโยบายตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแป็บสเมียร์ในสตรีกลุ่มเป้าหมาย มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2548 โดยดำเนินการตรวจคัดกรองในสตรีอายุ 30, 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี ในปี พ.ศ. นั้นๆ เพื่อลดอัตราการตายและจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ลงอย่างน้อยร้อยละ 50 ในระยะเวลา 5 ปี หรือให้ลดลงร้อยละ 10 ในแต่ละปี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552) และหลังจากนั้น นโยบายได้มีการเปลี่ยนแปลงโดยใช้ในช่วงปีงบประมาณ 2553-2557 ครอบคลุม 5 ปี โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายเป็นสตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ในปีนั้นๆ ซึ่งในแต่ละปีจะต้องเป็นรายใหม่ที่ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปี พ.ศ. นั้น โดยมีผู้เข้ารับบริการปีละ

2.60 ล้านคน เพื่อให้สามารถตรวจพบการเกิดโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งจะง่ายต่อการรักษาให้หายขาด ทั้งนี้ได้ตั้งเป้าหมายว่าในแต่ละปีจะสามารถลดการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ร้อยละ 20 โดยตรวจคัดกรองให้ได้ถึง 13 ล้านคน ภายในระยะเวลา 5 ปี ซึ่งคาดว่าจะสามารถลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกที่มีปีละ 6,000 คน ให้เหลือประมาณ 3-4 พันคน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553) ผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากการสำรวจที่ผ่านมาในระดับประเทศ พบว่ามีความครอบคลุมร้อยละ 69.20 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2554) ในระดับพื้นที่ของจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่ามีความครอบคลุมร้อยละ 75 ส่วนผลการตรวจคัดกรองในเขตพื้นที่อำเภอสองพี่น้อง มีความครอบคลุมร้อยละ 83.87 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายคือ ร้อยละ 65 (ฝ่ายพัฒนางานยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี, 2553)

อย่างไรก็ตาม ในเรื่องความต่อเนื่องหรือการเข้ารับการตรวจคัดกรองซ้ำตามระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่แนะนำของกลุ่มเป้าหมายนั้น ยังไม่มีการศึกษาว่ามีมากน้อยเพียงใด และมีปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้อง จากการศึกษาที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน ยังไม่พบการศึกษาเรื่องการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องในสตรีไทย ส่วนใหญ่จะมีการศึกษาแบบภาคตัดขวางเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมายและศึกษากลวิธีการดำเนินงานเพื่อให้ได้ผลงานตามเป้าหมายนั้น เช่น ใช้แกนนำสตรีพร้อมกับแบบคู่มือในการดำเนินงานเพื่อชักชวน โน้มน้าวใจในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย ปัจจุบัน สตรีกลุ่มเป้าหมายมีอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ค่อนข้างสูง แต่อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกก็ยังสูงตามไปด้วย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2554) เนื่องจากสตรีส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องว่าสามารถลดอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้

จากการศึกษานำร่องเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีส่วนใหญ่ พบว่ามีความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำ การศึกษา

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมของบุคคลตามกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model (Green & Kreuter, 1991) ซึ่งเป็นกรอบในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพนั้น ในขั้นตอนที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษาและองค์ประกอบอธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพเกิดจากปัจจัย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยภายในบุคคลหรือปัจจัยนำ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจภายในบุคคลในการกระทำพฤติกรรม เช่น ความรู้ เจตคติ ค่านิยม ความเชื่อ 2) ปัจจัยเอื้อ ซึ่งเป็นปัจจัยด้านทรัพยากรที่จำเป็นของบุคคล ชุมชน ที่เอื้อให้เกิดการกระทำพฤติกรรม เช่น ทรัพยากรทางสุขภาพ การเข้าถึงทรัพยากร ทักษะที่สัมพันธ์กับสุขภาพ และนโยบาย และ 3) ปัจจัยเสริม ซึ่งเป็นปัจจัยที่สนับสนุนหรือยับยั้งการกระทำพฤติกรรมของบุคคล เช่น ครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุข ผู้นำชุมชน หัวหน้างาน ทั้งนี้ การวิจัยครั้งนี้ได้นำกรอบแนวคิดดังกล่าวมาเป็นการกำหนดปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และนำปัจจัยตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมที่แนะนำ รวมทั้งปัจจัยเรื่องความรู้ มาเป็นปัจจัยนำในการวิจัยครั้งนี้ และนำปัจจัยเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม มาศึกษาในกลุ่มปัจจัยเสริม ซึ่งผลการวิจัยสามารถใช้เป็นพื้นฐานในการกำหนดแผนการส่งเสริมสตรีกลุ่มเป้าหมายที่มีอายุ 30-60 ปี ให้มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มอายุ 30-60 ปี อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา (ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม) กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มอายุ 30-60 ปี อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

สมมติฐานการวิจัย

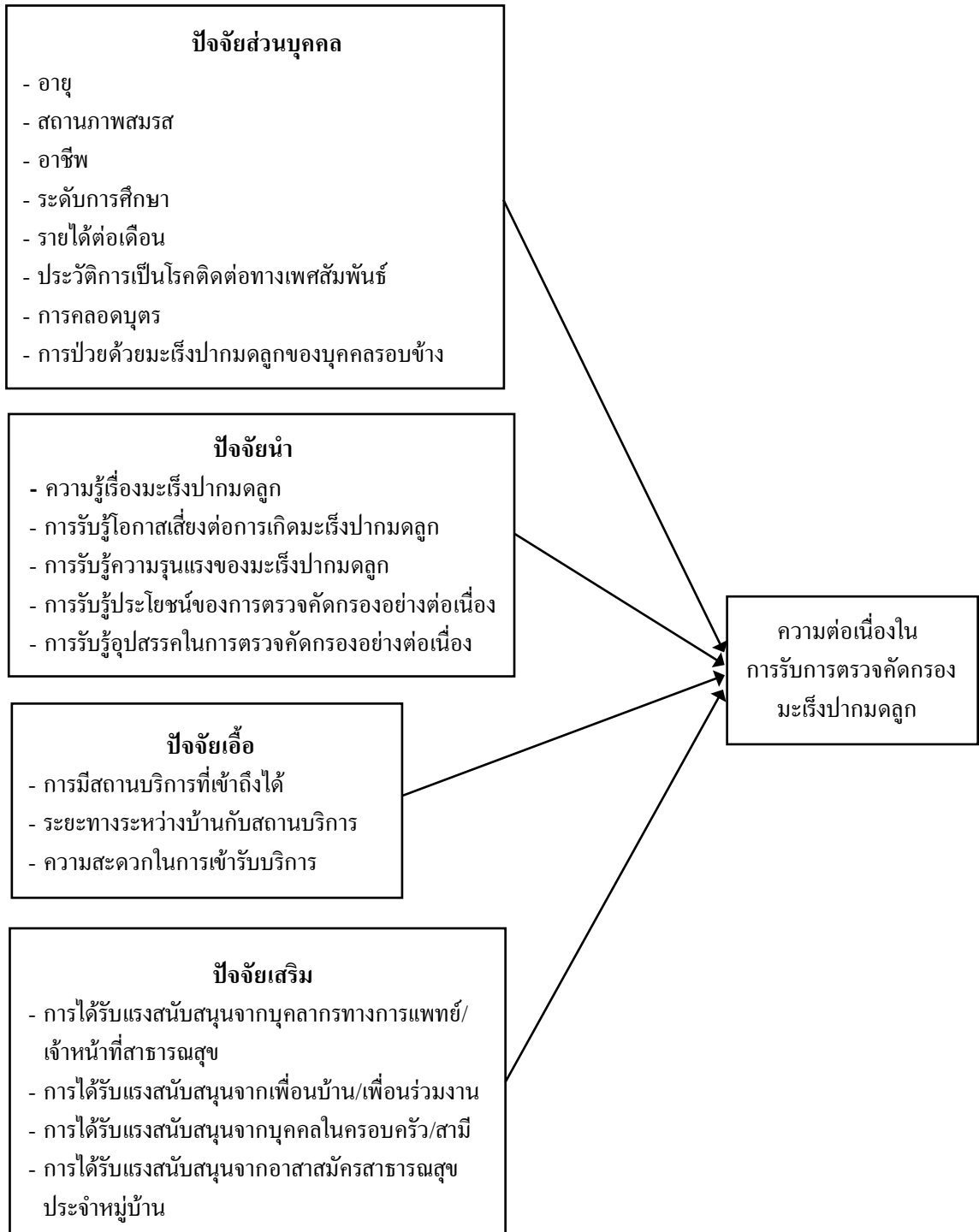
1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคลอดบุตร และการป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกของบุคคลรอบข้าง มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มอายุ 30-60 ปี อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

2. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง และการรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มอายุ 30-60 ปี อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

3. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีสถานบริการที่เข้าถึงได้ ระยะทางระหว่างบ้านกับสถานบริการ และความสะดวกในการเข้ารับบริการ มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มอายุ 30-60 ปี อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

4. ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว/สามี และการได้รับแรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มอายุ 30-60 ปี อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาชนิดการศึกษาสหสัมพันธ์ (descriptive correlational research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นสตรีกลุ่มเป้าหมายตามบัญชีรายชื่อ อายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปีงบประมาณ 2552 ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรแบบประมาณค่าสัดส่วน (รัชนีวรรณพรพรรณ, 2543) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 455 คน เลือกตัวอย่างตามขั้นตอนดังนี้ 1) เลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวนครึ่งหนึ่งจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละขนาดของจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ซึ่งใช้การจับสลาก ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีสตรีกลุ่มเป้าหมายมากกว่า 1,000 คน จำนวน 6 แห่ง และที่มีสตรีกลุ่มเป้าหมายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,000 คน จำนวน 6 แห่ง 2) กำหนดขนาดตัวอย่างที่ต้องการของแต่ละโรงพยาบาล ตามสัดส่วนประชากรในบัญชีรายชื่อ จากนั้นเลือกสตรีกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละโรงพยาบาล โดยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ กรณีที่ไม่พบกลุ่มตัวอย่าง หรือกลุ่มตัวอย่างไม่อยู่ในพื้นที่ในวันเก็บรวบรวมข้อมูล และไม่สามารถติดตามสัมภาษณ์ได้ จะใช้บัญชีรายชื่อในตัวเลขถัดไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์สำหรับสตรีกลุ่มเป้าหมายตามบัญชีรายชื่อที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปีงบประมาณ 2552 อายุ 30-60 ปี ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษารายได้ต่อเดือน ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคลอดบุตร และการป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกของบุคคลรอบข้าง จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ มีดังนี้

2.1 ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก

จำนวนทั้งสิ้น 19 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบว่า ถูก ผิด หรือ ไม่ทราบ เกณฑ์ในการให้คะแนนคือ ถ้าตอบว่าถูก จะได้ 1 คะแนน และถ้าตอบว่าผิดหรือไม่ทราบ จะได้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับต่ำ (0-9 คะแนน) มีความรู้ในระดับปานกลาง (10-13 คะแนน) และมีความรู้ในระดับสูง (14-19 คะแนน)

2.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบ

ด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับต่ำ (6-18 คะแนน) มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับปานกลาง (19-22 คะแนน) และมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับสูง (23-30 คะแนน) 2) การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับต่ำ (6-18 คะแนน) มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับปานกลาง (19-22 คะแนน) และมีการรับรู้ความรุนแรงในระดับสูง (23-30 คะแนน) 3) การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับต่ำ (5-15 คะแนน) มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับปานกลาง (16-19 คะแนน) และมีการรับรู้ประโยชน์ในระดับสูง (20-25 คะแนน) และ 4) การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ (6-18 คะแนน) มีการรับรู้อุปสรรคในระดับปานกลาง (19-22 คะแนน) และมีการรับรู้อุปสรรคในระดับสูง (23-30 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ ประกอบด้วยการมีสถานบริการที่เข้าถึงได้ ระยะทางระหว่างบ้านกับสถานบริการ และความสะดวกในการเข้ารับบริการ จำนวนทั้งสิ้น 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (เช่น การให้คำแนะนำ ข้อมูล และการช่วยเหลือต่างๆ เกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง) ประกอบด้วย การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคล 4 กลุ่ม ได้แก่ จากบุคลากรทางการแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 5 ข้อ จากเพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน จำนวน 3 ข้อ จากบุคคลในครอบครัว/สามี จำนวน 3 ข้อ และจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบว่า ได้รับ หรือ ไม่ได้รับ เกณฑ์ในการให้คะแนนคือ ถ้าตอบว่าได้รับ จะได้ 1 คะแนน และถ้าตอบว่าไม่ได้รับ จะได้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนนั้น การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แบ่งออกเป็นการได้รับแรงสนับสนุนในระดับต่ำ (0-3.40) และการได้รับแรงสนับสนุนในระดับสูง (3.50-5.00) การได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว/สามี แบ่งออกเป็นการได้รับแรงสนับสนุนในระดับต่ำ (0-1.90) และการได้รับแรงสนับสนุนในระดับสูง (2.00-3.00) ส่วนการได้รับแรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งออกเป็นการได้รับแรงสนับสนุนในระดับต่ำ (0-2.90) และการได้รับแรงสนับสนุนในระดับสูง (3.00-4.00)

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง ในช่วงปีงบประมาณ 2552-2556 จากฐานข้อมูลโปรแกรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ซึ่งความต่อเนื่อง

ในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในการวิจัยครั้งนี้คือ มีการตรวจเป็นสเปียร์ซ้ำตามช่วงระยะเวลาที่แนะนำคือ ทุกปี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2554) และทุก 2 ปี (American Cancer Society, 2006) ในช่วงปีงบประมาณ 2553-2556 (เดือนตุลาคม 2552 ถึงเดือนกันยายน 2556)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับสตรีอายุ 30-60 ปี อาศัยสองพี่น้อง ที่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นในส่วนความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกเท่ากับ .83 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกเท่ากับ .73 การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกเท่ากับ .81 การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่องเท่ากับ .89 การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่องเท่ากับ .72 และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์/เจ้าหน้าที่จากเพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน จากคนในครอบครัว/สามี และจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เท่ากับ .81, .81, .84 และ .90 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประชุมชี้แจงรายละเอียด ขั้นตอน และวิธีการปฏิบัติในการสัมภาษณ์แก่ผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์และนักศึกษายาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี และนักวิชาการสาธารณสุข รวมจำนวนทั้งสิ้น 12 คน จากนั้นผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพินิจสิทธิ์ โดยชี้แจงถึงสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยและสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เมื่อตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม จากนั้นดำเนินการสัมภาษณ์ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง ในช่วงเวลา 08:00-18:00 น.

โดยใช้เวลาคนละ 10-15 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 1 มิถุนายน ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2556

การวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิเคราะห์ด้วยการทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 45.06 ปี ($SD = 7.94$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 74.50 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.70 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 62.60 มีรายได้ต่อเดือน 5,001-10,001 บาท คิดเป็นร้อยละ 60.20 ไม่มีประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 87.30 เคยคลอดบุตร คิดเป็นร้อยละ 84 และบุคคลรอบข้างไม่มีการป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 96.90

2. ความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง

รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 33.60

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าสถานภาพสมรสและการคลอดบุตรมีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 11.251, p < .01$ และ $\chi^2 = 3.134, p < .05$ ตามลำดับ) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่ และม่าย/หย่า/แยก (ร้อยละ 37.80 และ 25.80 ตามลำดับ) มีการตรวจคัดกรองต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 16.70) และกลุ่มตัวอย่างที่เคยคลอดบุตร (ร้อยละ 35.30) มีการตรวจคัดกรองต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยคลอดบุตร (ร้อยละ 24.70) ส่วนอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกของบุคคลรอบข้าง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง (n = 455)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรอง			χ^2	p
	รวม	ไม่ต่อเนื่อง	ต่อเนื่อง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อายุ (ปี)					
30-40	141 (31.00)	93 (66.00)	48 (34.00)	1.813	.404
41-50	193 (42.40)	123 (63.70)	70 (36.30)		
51-60	121 (26.60)	86 (71.10)	35 (28.90)		
สถานภาพสมรส					
โสด	54 (11.90)	45 (83.30)	9 (16.70)	11.251	.004
คู่	339 (74.50)	211 (62.20)	128 (37.80)		
ม้าย/หย่า/แยก	62 (13.60)	46 (74.20)	16 (25.80)		
อาชีพ					
เกษตรกร	150 (32.90)	96 (64.00)	54 (36.00)	1.377	.502
รับจ้าง	158 (34.70)	103 (65.20)	55 (34.80)		
อื่นๆ (ค้าขาย งานบ้าน)	147 (32.30)	103 (70.10)	44 (29.90)		
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียนและประถมศึกษา	294 (64.60)	187 (63.60)	107 (36.40)	3.324	.190
มัธยมศึกษาและอนุปริญญา	125 (27.70)	91 (72.80)	34 (27.20)		
สูงกว่าอนุปริญญา	36 (7.70)	24 (66.70)	12 (33.30)		
รายได้ต่อเดือน (บาท)					
น้อยกว่า 5,000	110 (24.20)	81 (73.60)	29 (26.40)	3.429	.064
มากกว่าหรือเท่ากับ 5,000	345 (75.80)	221 (64.10)	124 (35.90)		
ประวัติการเป็นโรคติดต่อ					
ทางเพศสัมพันธ์					
มี	58 (12.70)	42 (72.40)	16 (27.60)	1.087	.186 ^a
ไม่มี	397 (87.30)	260 (65.50)	137 (34.50)		
การคลอดบุตร					
เคย	382 (84.00)	47 (64.70)	135 (35.30)	3.134	.049
ไม่เคย	73 (16.00)	55 (75.30)	18 (24.70)		
การป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกของ					
บุคคลรอบข้าง					
มี	14 (3.10)	8 (57.10)	6 (42.90)	1.240	.137
ไม่มี	441 (96.90)	294 (66.70)	147 (33.30)		

^a p-value จากสถิติ Fisher's exact test

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 6.649$, $p < .05$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่องในระดับต่ำ (ร้อยละ 38.90) มีการตรวจคัดกรองต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มตัวอย่าง

ที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับปานกลางและระดับสูง (ร้อยละ 27.50 และ 27.30 ตามลำดับ) ส่วนความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง (n = 455)

ปัจจัยนำ	ความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรอง			χ^2	p
	รวม	ไม่ต่อเนื่อง	ต่อเนื่อง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก					
ระดับต่ำ	74 (16.30)	54 (73.00)	20 (27.00)	1.835	.399
ระดับปานกลาง	242 (53.20)	159 (65.70)	83 (34.30)		
ระดับสูง	139 (30.50)	89 (64.00)	50 (36.00)		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก					
ระดับต่ำ	34 (7.50)	20 (58.80)	14 (41.20)	.967	.617
ระดับปานกลาง	252 (55.40)	168 (66.70)	84 (33.30)		
ระดับสูง	169 (37.10)	114 (67.50)	55 (32.50)		
การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก					
ระดับต่ำ	51 (11.20)	37 (72.50)	14 (27.50)	1.041	.594
ระดับปานกลาง	90 (19.80)	60 (66.70)	30 (33.30)		
ระดับสูง	314 (69.00)	205 (65.30)	109 (34.70)		
การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง					
ระดับต่ำและระดับปานกลาง	51 (11.20)	37 (72.50)	14 (27.50)	.981	.204
ระดับสูง	404 (88.80)	265 (65.60)	139 (34.40)		
การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง					
ระดับต่ำ	247 (54.40)	151 (61.10)	96 (38.90)	6.649	.036
ระดับปานกลาง	99 (21.70)	72 (72.50)	27 (27.50)		
ระดับสูง	109 (23.90)	79 (72.70)	30 (27.30)		

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าการมีสถานบริการที่เข้าถึงได้ ระยะทางระหว่างบ้านกับสถานบริการ และความสะดวกในการเข้ารับบริการ

ไม่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง (n = 455)

ปัจจัยเอื้อ	ความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรอง			χ^2	p
	รวม	ไม่ต่อเนื่อง	ต่อเนื่อง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การมีสถานบริการที่เข้าถึงได้					
มี	455 (100.00)	302 (66.40)	153 (33.60)	---	---
ไม่มี	- (-)	- (-)	- (-)		
ระยะทางระหว่างบ้านกับสถานบริการ					
น้อยกว่า 5 กม.	368 (80.90)	244 (66.30)	124 (33.70)	1.373	.503
5-10 กม.	62 (13.60)	39 (62.90)	23 (37.10)		
มากกว่า 10 กม.	25 (5.50)	19 (76.00)	6 (24.00)		
ความสะดวกในการเข้ารับบริการ					
สะดวก	450 (98.90)	299 (66.40)	151 (33.60)	.092	.546 ^a
ไม่สะดวก	5 (1.10)	3 (60.00)	2 (40.00)		

^a p-value จากสถิติ Fisher's exact test

--- ไม่ได้ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากมี cell ที่มีจำนวนตัวอย่างเป็นศูนย์

3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน และจากบุคคลในครอบครัว/สามี มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 13.641$, $p < .001$ และ $\chi^2 = 6.043$, $p < .01$ ตามลำดับ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงานในระดับสูง (ร้อยละ 37.40) มีการตรวจคัดกรองต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนในระดับต่ำ

(ร้อยละ 16) และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว/สามีในระดับสูง (ร้อยละ 35.50) มีการตรวจคัดกรองต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนในระดับต่ำ (ร้อยละ 17.40) ส่วนการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการได้รับแรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 455$)

ปัจจัยเสริม	ความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรอง			χ^2	p
	รวม	ไม่ต่อเนื่อง	ต่อเนื่อง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การได้รับแรงสนับสนุนจาก บุคลากรทางการแพทย์/เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข					
ระดับต่ำ	7 (1.50)	5 (71.40)	2 (28.60)	3.602	.055 ^a
ระดับสูง	448 (98.50)	295 (65.80)	153 (34.20)		
การได้รับแรงสนับสนุน เพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน					
ระดับต่ำ	81 (17.80)	68 (84.00)	13 (16.00)	13.641	< .001 ^a
ระดับสูง	374 (82.20)	234 (62.60)	140 (37.40)		
การได้รับแรงสนับสนุนจาก บุคคลในครอบครัว/สามี					
ระดับต่ำ	36 (7.90)	38 (82.60)	8 (17.40)	6.043	.009 ^a
ระดับสูง	419 (92.10)	264 (64.50)	145 (35.50)		
การได้รับแรงสนับสนุนจาก อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน					
ระดับต่ำ	15 (3.30)	12 (80.00)	3 (20.00)	1.656	.198 ^a
ระดับสูง	440 (96.70)	290 (65.90)	150 (34.10)		

^a p -value จากสถิติ Fisher's exact test

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม
วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

การศึกษาความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมายในครั้งนี้ พบว่า
น้อยกว่าครึ่งหนึ่งมีการตรวจคัดกรองต่อเนื่องในช่วง
ระยะเวลาที่ศึกษา (ร้อยละ 33.60) ซึ่งยังมีอยู่ถึงประมาณ
สองในสามที่ยังตรวจคัดกรองไม่ต่อเนื่อง การตรวจคัดกรอง
ต่อเนื่องที่พบนี้ต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ
เช่น การศึกษาของ Lee, Seow, Ling, and Peng (2002)
ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้สตรีชาวสิงคโปร์อายุ 30-59 ปี
มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง

ซึ่งพบร้อยละ 42 และการศึกษาของ Juon, Seung-Lee,
and Klassen (2003) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนาย
การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องในสตรี
เชื้อสายเกาหลี-อเมริกัน อายุ 40-65 ปี ที่พบร้อยละ 39
ซึ่งทั้งสองการศึกษาใช้นิยามที่แตกต่างจากในการวิจัย
ครั้งนี้ โดยในการศึกษาแรกให้นิยามว่าเป็นการตรวจ
อย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 3 ปี และการศึกษาหลังให้
นิยามว่าเป็นการตรวจทุกปี 3 ครั้ง ติดต่อกัน และทุก
3 ปี ถ้าผลการตรวจปกติ

ผลการวิจัยพบว่าความต่อเนื่องในการรับการตรวจ
คัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับกลุ่มปัจจัย
ตามกรอบ PRECEDE-PROCEED Model บางปัจจัย

โดยปัจจัยส่วนบุคคล 2 ปัจจัย คือ สถานภาพสมรสและการคลอดบุตร พบว่ามีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al. (2002) และการศึกษาของ Taylor et al. (2004) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องของสตรีวัยคนานที่อาศัยอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าสถานภาพสมรสและการคลอดบุตรมีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนปัจจัยด้านอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกของบุคคลรอบข้าง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al. (2002) ที่พบว่าอายุและเพศมีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Martin-Lopez, Hernandez-Barrera, de Andres, Carrasco-Garrido, de Miguel, and Jimenez-Garcia (2012) ที่ศึกษาเกี่ยวกับแนวโน้มของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประเทศสเปน (ช่วงปี ค.ศ. 2003-2009) และปัจจัยทำนายการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Juon et al. (2003) ที่พบว่าสตรีเชื้อสายเกาหลี่-อเมริกัน อายุ 40-65 ปี ที่มีการศึกษาในระดับสูงจะไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง

ผลการวิจัยในส่วนปัจจัยนำ พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Taylor et al. (2004) ที่พบว่าปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น ความกลัวในการเจ็บปวด ไม่มีผลต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากสตรีวัยคนานเชื่อว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสามารถลด

ความเสี่ยงในการเกิดโรคได้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่องในระดับต่ำ มีการตรวจคัดกรองต่อเนื่องมากกว่า ทั้งนี้ ผลการวิจัยที่ได้สนับสนุนแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1974) ที่ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำจะเกิดเมื่อบุคคลประเมินระหว่างประโยชน์ที่ได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้น ก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ และเลือกที่จะปฏิบัติวิธีที่เขารับรู้ว่าจะให้ประโยชน์ต่อเขา มากที่สุดและมีอุปสรรคน้อยที่สุด ส่วนปัจจัยเรื่องความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพื้นที่ที่ศึกษาในครั้งนี้มีการรณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อเนื่องมาระยะหนึ่ง ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการตรวจคัดกรองที่นำไปสู่ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และประโยชน์ในการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ตรวจคัดกรองต่อเนื่องกับกลุ่มที่ตรวจคัดกรองไม่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Fernández-Esquer, Espinoza, Ramirez, and McAlister (2003) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางด้านคุณลักษณะประชากรและปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่ส่งผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซ้ำในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยชาวเม็กซิกัน-อเมริกันที่อาศัยในชุมชนชนบทของรัฐเท็กซัส พบว่าสตรีชาวเม็กซิกัน-อเมริกันจะไปตรวจสุขภาพประจำปีเนื่องจากแพทย์แนะนำให้ต้องตรวจแปดสปีร์สสม่ำเสมอทุก ๆ ปี ดังนั้น สตรีจึงไปตรวจคัดกรองต่อเนื่องมากกว่าสตรีที่มีความเชื่อในเรื่องความกลัว ความเจ็บปวด หรือความเชื่อที่ว่าสตรีที่หมดประจำเดือนมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่าสตรีที่ไม่เคยพบแพทย์ ทำให้ความเชื่อด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Nelson, Moser,

Gaffey, and Waldron (2009) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้สตรีชาวอเมริกันมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่ทำให้สตรีชาวอเมริกันอายุ 25-64 ปีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เรื่องผู้หญิงที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก วิธีการป้องกันมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก็มีความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่สูงขึ้นตามระดับความรู้ แต่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Juon et al. (2003) ที่อธิบายว่ากลุ่มสตรีที่มีความรู้เกี่ยวกับแนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ถูกต้องเป็นปัจจัยซึ่งที่สำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำ นอกจากนี้ยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Nelson et al. (2009) ที่พบว่าความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากสตรีชาวอเมริกันที่มีความรู้ในเรื่องมะเร็งปากมดลูก จะมีการยึดมั่นในแบบแผนและคำแนะนำของแพทย์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ

ส่วนผลการวิจัยในส่วนปัจจัยเอื้อ พบว่าการมีสถานบริการที่เข้าถึงได้ ระยะทางระหว่างบ้านกับสถานบริการ และความสะดวกในการเข้ารับบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการจัดบริการตรวจคัดกรองในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเคยใช้บริการสุขภาพในเรื่องอื่นๆ อยู่แล้ว จึงทำให้มีความเห็นในเรื่องการเข้าถึงบริการไม่แตกต่างกัน ระหว่างกลุ่มที่ตรวจคัดกรองต่อเนื่องกับกลุ่มที่ตรวจคัดกรองไม่ต่อเนื่อง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Juon et al. (2003) ที่พบว่าการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง

สำหรับผลการวิจัยในส่วนปัจจัยเสริม พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน และจากบุคคลในครอบครัว/สามี มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องใน

การรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากบุคคลในครอบครัว เช่น สามี บุตร และเพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน เข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมีการตรวจคัดกรองเป็นประจำ โดยการกระตุ้นเตือน การให้ข้อมูลเกี่ยวกับกำหนดการตรวจ และสนับสนุนช่วยเหลือให้เกิดการตรวจคัดกรองตามกำหนดระยะเวลาที่แนะนำ เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดมะเร็งปากมดลูก ทำให้สตรีมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Juon et al. (2003) และการศึกษาของ Taylor et al. (2004) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการได้รับแรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากข้อมูลจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีคำแนะนำ ช่วยเหลือ และกระตุ้นเตือน ให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากบุคลากรทางการแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างมีความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Juon et al. (2003) และการศึกษาของ Taylor et al. (2004) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยเฉพาะถ้ากลุ่มสตรีได้รับคำแนะนำจากแพทย์ จะมีความเชื่อถือและยึดมั่นในแนวทางการปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ โดยไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากเจ้าหน้าที่และผู้ช่วยเหลือในการตรวจคัดกรองทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลและช่วยเหลือในการตรวจคัดกรองแก่กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ จึงทำให้การได้รับการสนับสนุนไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ตรวจคัดกรองต่อเนื่องกับกลุ่มที่ตรวจคัดกรองไม่ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรดำเนินการสื่อสารโดยให้การศึกษาและสร้างแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องในสตรีกลุ่มเป้าหมาย โดยเน้นกลุ่มคนที่ยังไม่แต่งงาน และเน้นเนื้อหาที่ลดการรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะข้อมูลด้านบริการที่ได้รับการปรับปรุงเพื่อลดอุปสรรคในการตัดสินใจตรวจคัดกรอง

1.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรนำบุคลากรในครอบครัว/สามี และเพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน เข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง โดยการกระตุ้นเตือนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับกำหนดการตรวจ และการสนับสนุนช่วยเหลือในการเข้ารับการตรวจคัดกรองตามกำหนดเวลาที่แนะนำ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่อื่นๆ และเปรียบเทียบกับผลการวิจัยครั้งนี้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอสองพี่น้อง และสตรีกลุ่มเป้าหมายในอำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี รวมถึงผู้ช่วยผู้วิจัยและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ให้ความร่วมมือและความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2554). มะเร็งปากมดลูก. ใน *เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติ เรื่อง ร่วมต่อสู้ “มะเร็งปากมดลูก” ภัยร้ายที่ป้องกันได้*. วันที่ 15 กรกฎาคม 2554 ณ โรงแรมริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี.

รัชชัย วรพงศธร. (2543). *หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฝ่ายพัฒนางานยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. (2553). *แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ประจำปีงบประมาณ 2553*. สุพรรณบุรี: ผู้แต่ง.

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2550). *แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพมหานคร.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2553). *แนวทางดำเนินงานป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สยามออฟเซต.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2554). *การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีแป็บสเมียร์* (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพฯ: สยามออฟเซต.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2552). *แผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2552*. สำนักแผนและประเมินผล กลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และประเมินผล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). *คู่มือการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: เดอะกราวฟิโกซิสเต็มส์.

American Cancer Society. (2006). *Global cancer facts and figures 2006*. Retrieved March 12, 2012, from <http://www.cancerres.aacrjournals.org/content/52/24/6735.short>

Benedet, J. L., & Murphy, K. J. (1985). Cervical cancer screening. Who needs a Pap test? How often?. *Postgraduate Medicine*, 78(8), 69-71, 74-76, 78-79.

Fernández-Esquer, M. E., Espinoza, P., Ramirez, A. G., & McAlister, A. L. (2003). Repeated Pap smear screening among Mexican-American women. *Health Education Research*, 18(4), 477-487.

- Green, L. W., Kreuter, M. W. (1991). *Health promotion planning: An educational and environmental Approach* (2nd ed.). Mountain View, CA: Mayfield.
- Juon, H.-S., Seung-Lee, C., & Klassen, A. C. (2003). Predictors of regular Pap smears among Korean-American women. *Preventive Medicine*, 37(6), 585-592.
- Lee, J., Seow, A., Ling, S. L., & Peng, L. H. (2002). Improving adherence to regular Pap smear screening among Asian women: A population-based study in Singapore. *Health Education & Behavior*, 29(2), 207-218.
- Martin-Lopez, R., Hernandez-Barrera, V., de Andres, A. L., Carrasco-Garrido, P., de Miguel, A. G., & Jimenez-Garcia, R. (2012). Trend in cervical cancer screening in Spain (2003-2009) and predictors of adherence. *European Journal of Cancer Prevention*, 21(1), 82-88. doi: 10.1097/CEJ.0b013e32834a7e46.
- Nelson, W., Moser, R. P., Gaffey, A., & Waldron, W. (2009). Adherence to cervical cancer screening guidelines for U.S. women aged 25-64: Data from the 2005 Health Information National Trends Survey (HINTS). *Journal of Women's Health*, 18(11), 1759-1768. doi: 10.1089/jwh.2009.1430.
- Rosenstock, I. M. (1974). *Historical origins of the health belief model*. In Becker, M. H. (Ed.). *The health belief model and personal health behavior*. New Jersey: Charles & Slack.
- Taylor, V. M., et al. (2004). Pap testing adherence among Vietnamese American women. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 13(4), 613-619.
- World Health Organization. (2010). *Comprehensive cervical cancer control: A guide to essential practice*. Retrieved February 20, 2013, from <http://www.canadiantaskforce.ca/guidelines/screening-for-cervical-cancer>

ผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด *

The Effect of Therapeutic Nursing Intervention Using Music Activities on Depression in Elderly Patients with Ischemic Stroke *

แพรศิริ อยู่สุข, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) **

Praesiri Yoosuk, M.N.S. (Gerontological Nursing) **

จิราพร เกษพิชญวัฒนา, พย.ด. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) ***

Jiraporn Kespichayawattana, Ph.D. (Gerontological Nursing) ***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยและปานกลาง จำนวน 40 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยใช้วิธีการจับคู่ตามเพศ ช่วงอายุ ระดับภาวะซึมเศร้า และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยคู่มือดำเนินกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรี แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทยที่มีค่าความเชื่อมั่น .93 และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรี ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่ 16 มิถุนายน ถึงวันที่ 1 สิงหาคม 2557 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังได้รับการบำบัดทางการพยาบาล ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดทางการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.274, p < .001$) และ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.768, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรจัดอบรมให้บุคลากรในทีมสุขภาพมีความรู้ ความเข้าใจ และมีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างเป็นองค์รวม และควรนำการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรีไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคนที่มีภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ : การบำบัดทางการพยาบาล กิจกรรมดนตรี ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ
โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** มหบัณฑิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

Abstract

The experimental research aimed to examine the effects of therapeutic nursing intervention using music activities on depression in elderly patients with ischemic stroke. Subjects consisted of 40 elderly patients with ischemic stroke with mild to moderate depression. They were equally divided into an experimental group and a control group, and were pair-matched by gender, age, levels of depression, and levels of activity daily living. Research instruments included the therapeutic nursing intervention using musical activities for depression among elderly patients with ischemic stroke; a record form of activity attendance; a demographic data questionnaire; Thai Geriatric Depression Scale with the reliability of .93, and Barthel Activities of Daily Living Index. The experimental group received the therapeutic nursing intervention using musical activities; whereas, the control group received regular nursing care. The intervention was implemented and the data were collected from June, 16 to August, 1, 2014. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, paired *t*-test, and independent *t*-test.

Major findings were as follows: 1) for the experimental group, after the experiment, a mean score of depression was statistically significantly lower than that before the experiment ($t = 15.274$, $p < .001$); and 2) after the experiment, a mean score of depression of the experimental group was statistically significantly lower than that of the control group ($t = 8.768$, $p < .001$).

This study suggests that health care workers should be trained to provide holistic care for elderly patients with stroke and depression. Additionally, the therapeutic nursing intervention using musical activities should be appropriately applied to individual elderly patient with stroke and depression.

Keywords : Nursing therapeutic, Music activities, Depression, Elderly person, Ischemic stroke

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (Lökk & Delbari, 2010) ในต่างประเทศ จากการศึกษาของ Hornsten, Molander, & Gustafson (2012) พบอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสูงถึงร้อยละ 50.40 สำหรับประเทศไทย พบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมืองสูงถึงร้อยละ 76.60 (ช่อผกา สุทธิพงษ์ และศิริอร ลิ้นรุ, 2555) ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลกระทบต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและคุณภาพ

ชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งยังเพิ่มอัตราการตาย เพิ่มความเครียดของผู้ดูแล และเพิ่มค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ (Hackett & Anderson, 2005; Lökk & Delbari, 2010)

ภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (post stroke depression) เป็นอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นหลังจากโรคหลอดเลือดสมอง (Lökk & Delbari, 2010) อาการที่พบได้แก่ อารมณ์เศร้า ท้อแท้ หดหู่ วิตกกังวลง่าย ขาดความสนใจในตนเอง ขาดความกระตือรือร้นและแยกตนเอง (Pfeil, Gray, & Lindsay, 2009; Hama, Yamashita, Yamawaki, & Kurisu, 2011) อาการทางร่างกายที่พบได้แก่ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และนอนไม่หลับ

(Paolucci, 2008; Pfeil et al., 2009) ในรายที่มีอาการรุนแรงจะมีความคิดฆ่าตัวตาย (Pfeil et al., 2009) สำหรับในผู้สูงอายุ นั้น อาการทางร่างกายจะทวีความรุนแรงขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าการขาดความสนใจในตนเอง ความรู้สึกผิด และการมองตนเองอย่างไร้ค่า ยังทวีความรุนแรงขึ้นอีกเช่นกัน (Fiske et al., 2009 cited in Lökk & Delbari, 2010) ทั้งนี้ สาเหตุปัจจัยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (นิพนธ์ พงวรินทร์, 2544; Lökk & Delbari, 2010) โดยปัจจัยด้านร่างกายเป็นผลมาจากโรคในสมอง ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง ซึ่งจะทำงานลดลง จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในเวลาต่อมา (Loubinoux et al., 2012) ส่วนปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ การรู้สึกด้อยคุณค่าจากการสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสูญเสียความสามารถในการใช้ภาษา การอยู่อย่างโดดเดี่ยว และการแยกตัวจากสังคม (Ouimet, Primeau, & Cole, 2001) ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด (นิพนธ์ พงวรินทร์, 2544; Whyte & Mulsant, 2002; Lökk & Delbari, 2010; Hama et al., 2011)

สำหรับการรักษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองนั้น สามารถรักษาได้โดยการใช้ยาและการไม่ใช้ยา (Farrell, 2004; Lökk & Delbari, 2010) ซึ่งการรักษาโดยการใช้ยา แพทย์จะให้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาการรุนแรงจนถึงขั้นเกิดพยาธิสภาพ การรักษาโดยการใช้ยาอาจทำให้เกิดความเสี่ยงจากการใช้ยา เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของเภสัชพลศาสตร์ และเป็นวัยที่ได้รับยาหลายชนิด อาจทำให้มีโอกาสเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยา รวมถึงการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาในกลุ่มต้านเศร้า เช่น ปากแห้ง ง่วงซึม คลื่นไส้ (Lökk & Delbari, 2010) ส่วนในกรณีที่อาการยังไม่ถึงขั้นรุนแรง จะใช้วิธีการรักษาโดยการไม่ใช้ยา เพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายจากการใช้ยาดังที่ได้กล่าวมา ซึ่งการรักษามีหลายวิธี เช่น การบำบัดความคิดและพฤติกรรม การบำบัดโดยการทบทวนชีวิตที่ผ่านมา การใช้ดนตรีบำบัด (de Man-van Ginkel, Gooskens, Schuurmans, Lindeman, Hafsteinsdottir, 2010)

การบำบัดทางการพยาบาล เป็นการจัดกิจกรรมและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการปัญหาสุขภาพสามารรถที่จะกระทำหน้าที่ของตนเองได้ตามปกติสุขและพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด (ชนกพร จิตปัญญา, 2551) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าดนตรีบำบัดเป็นวิธีการหนึ่งที่มีการแพทย์นำมาใช้ร่วมในการรักษาผู้ป่วย เนื่องจากดนตรีเป็นสื่อที่มีคุณค่าในการเสริมสร้างอารมณ์และความรู้สึกที่ดี (สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่ามีการนำดนตรีบำบัดมาใช้กับผู้สูงอายุกันอย่างแพร่หลาย (Davis, Gfeller, & Thaut, 1999) รวมทั้งการใช้ดนตรีในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (Jun, Roh, & Kim, 2013) ทั้งนี้ จากแนวคิดของ Magee et al. (2006) กล่าวว่าดนตรีจะช่วยฟื้นฟูการทำงานของระบบประสาทในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางระบบประสาท (traumatic brain injury) ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง ทั้งยังช่วยในการระบายอารมณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยมีกลไกการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม และเป็นสื่อกลางในการช่วยให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม (Magee et al., 2006; Magee & Baker, 2009) ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้สูงอายุ ได้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงมีความสนใจในแนวทางการจัดกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด โดยเลือกใช้แนวคิดดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการระบายอารมณ์ และจะนำไปสู่การลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในที่สุด เพื่อก่อให้เกิดสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ระหว่างก่อนกับหลังได้รับการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรี
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ

การบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรี กับกลุ่มที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติ

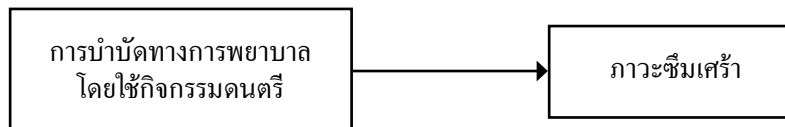
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรี ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดทางการพยาบาลฯ

2. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรี มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit) ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี เลือกพื้นที่ศึกษาด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลาก ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกร่างทอง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขาว จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์ดังนี้ 1) มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยและปานกลาง ซึ่งประเมินโดยผู้วิจัย โดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ

ของไทย 3) ไม่ได้รับประทานยาต้านเศร้า 4) ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น สามารถฟังและอ่านภาษาไทยเข้าใจ 5) สามารถเคลื่อนไหวมือข้างใดข้างหนึ่ง หรือหยิบจับสิ่งของได้ ซึ่งประเมินโดยผู้วิจัย โดยให้กำ-แบมือ และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์ในการคัดออกคือ มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น ภาวะปวดฉีกเสาะจากการสูดสำลัก ภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ สำหรับเกณฑ์ในการยุติการเข้าร่วมการวิจัยคือ เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนครั้งของกิจกรรมทั้งหมด (เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่า 10 ครั้ง) โดยในการกำหนดขนาดตัวอย่างนั้น ใช้หลักการที่ว่าในการวิจัยเชิงทดลองต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ (อวยพรเรืองตระกูล, 2550) ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 40 คน ทั้งนี้ ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีการจับคู่ตามเพศ ช่วงอายุ ระดับภาวะซึมเศร้า และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ประเมินโดยผู้วิจัย โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ของผู้สูงอายุ) จากนั้นสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 คู่มือดำเนินกิจกรรมการบำบัด

ทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรีสำหรับบุคลากร และผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด การใช้กิจกรรมดนตรีเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของ Magee et al. (2006) ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมการผ่อนคลายด้วยเสียงเพลง เป็นการผสมผสาน ระหว่างการผ่อนคลายร่างกายและเทคนิคการหายใจ มีการเปิด เพลงบรรเลง โดยวัตถุประสงค์ของกิจกรรมคือ เพื่อปรับ อารมณ์ ผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ และช่วยฝึกสมาธิ 2) กิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายประกอบจังหวะเพลง มีการเปิดเพลงที่ทำจังหวะและไม่ซ้ำจนเกินไป และมีการเคลื่อนไหวร่างกายตามจังหวะเพลง หรือใช้อุปกรณ์ ดนตรีเคาะตามจังหวะเพลง เช่น กรับ กระพรวนมือ ลูกแซ็ก หรือเครื่องเขยต่างๆ ที่ประดิษฐ์ขึ้นเอง โดยวัตถุประสงค์ ของกิจกรรมคือ เพื่อระบายอารมณ์ ความเครียด และภาวะ ซึมเศร้าภายในใจ ช่วยส่งเสริมคุณค่า พัฒนาอารมณ์สุข พัฒนาทักษะการเคลื่อนไหวและการสั่งงานของระบบประสาท สร้างความสัมพันธ์ระหว่างประสาทรับรู้กับส่วนต่างๆ ของอวัยวะในร่างกาย และยอมรับข้อจำกัดในการทำหน้าที่ ของร่างกาย รวมทั้งช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง และสร้างสัมพันธ์ภาพ ระหว่างบุคคล และ 3) กิจกรรมการร้องเพลงคาราโอเกะ โดยให้เลือกเพลงที่มีจังหวะไม่ซ้ำจนเกินไป เป็นเพลงที่ ชื่นชอบ ค้นหา สามารถร้องตามได้ โดยวัตถุประสงค์ ของกิจกรรมคือ เพื่อระบายความรู้สึกเศร้าโศกและภาวะ ซึมเศร้าภายในใจ ฝึกการบริหารปอด และสร้างสัมพันธ์ภาพ ระหว่างบุคคล

1.2 แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม

การบำบัดทางการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยให้บันทึก จำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งพฤติกรรมที่ แสดงออก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ กิจกรรมยามว่าง ระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิด ขาดเลือด และโรคประจำตัวอื่นๆ จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ ของไทย (Thai Geriatric Depression Scale) (กลุ่มฟื้นฟู สมรรถภาพสมอง, 2537) ซึ่งสร้างและพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟู สมรรถภาพสมองของไทยอันประกอบด้วย 1) แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ และผู้สูงอายุ 2) พยาบาลจิตเวชศาสตร์ และ 3) นักจิตวิทยา รวมจำนวน ทั้งหมด 29 คน จากสถาบันต่างๆ 14 แห่ง โดยใช้ต้นแบบ จาก Geriatric Depression Scale (GDS) ของ Yesavage (1978) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยอรรณพ ลีทองอินทร์ (2533) ส่วนลักษณะของแบบวัดนั้น เป็นการประเมิน ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวนทั้งสิ้น 30 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุปกติ (0-12 คะแนน) ผู้มีความเศร้าเล็กน้อย (13-18 คะแนน) ผู้มีความเศร้าปานกลาง (19-24 คะแนน) และผู้มีความเศร้ารุนแรง (25-30 คะแนน) (กลุ่มฟื้นฟู สมรรถภาพสมอง, 2537) มีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีการ ของคูเดอร์-ริชาร์ดสันเท่ากับ .93

ชุดที่ 3 แบบประเมินความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ แปลเป็น ภาษาไทยและพัฒนาโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2541) จาก Barthel ADL Index เป็นชุดของคำถามเกี่ยวกับ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตร ประจำวันในระยะ 24-48 ชั่วโมง ซึ่งครอบคลุมในเรื่อง การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การสวมใส่ เสื้อผ้า การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายภายในบ้าน และ ความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย รวมจำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (0-4 คะแนน) ช่วยเหลือตนเองได้น้อย (5-8 คะแนน) ช่วยเหลือตนเอง

ได้ปานกลาง (9-11 คะแนน) และช่วยเหลือตนเองได้ดี (12 คะแนนขึ้นไป)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัย นำคู่มือดำเนินกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรีและแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง และความเหมาะสมของภาษาดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ หากค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความเศร้าฯ ได้ค่าเท่ากับ .93

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาและฝึกปฏิบัติกิจกรรมดนตรีบำบัดกับนักดนตรีบำบัดและนันทนาการ ที่ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูสรวงนิवास สภากาชาดไทย

2. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกว้างทอง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขาว เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกว้างทองและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขาว เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเข้าเยี่ยมผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในชุมชนตามรายชื่อที่ได้จากเวชระเบียน จากนั้นเข้าเยี่ยมผู้สูงอายุ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ทำการประเมินเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

5. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัว

จากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

6. ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุม ชี้แจงรายละเอียดให้ทราบว่าจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากหน่วยบริการปฐมภูมิ จากนั้นทำการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และนัดหมายวันและเวลาเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 7

7. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง ทำการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมการบำบัดทางการพยาบาล โดยดำเนินกิจกรรมในวันจันทร์-พุธ-ศุกร์ เวลา 09:00-10:00 น. ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกว้างทอง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

8. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองเข้าร่วมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรีทั้ง 3 กิจกรรม โดยใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 60 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ โดยกิจกรรมการผ่อนคลายด้วยเสียงเพลง ใช้เวลาครั้งละ 20 นาที รวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง กิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายประกอบจังหวะเพลง ใช้เวลาครั้งละ 40 นาที รวมทั้งสิ้น 12 ครั้ง และกิจกรรมการร้องเพลงคาราโอเกะ ใช้เวลาครั้งละ 40 นาที รวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง

9. ผู้วิจัยบันทึกการเข้าร่วมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรีของกลุ่มทดลองในแต่ละครั้ง

10. ผู้วิจัยนัดหมายวันและเวลากับกลุ่มทดลอง เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 7

11. ผู้วิจัยประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (post-test) ในสัปดาห์ที่ 7 ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่ 16 มิถุนายน ถึงวันที่ 1 สิงหาคม 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนกับหลังได้รับการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรี วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test เนื่องจากข้อมูล

มีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบภาวะซึ่มเศร้าของผู้สูงอายุนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางการพยาบาล กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 65 เท่ากัน มีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 เท่ากัน โดยมีอายุเฉลี่ย 74.28 ปี (SD = 7.83) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 60 และ 65 ตามลำดับ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70 และ 85 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 70 และ 85 ตามลำดับ โดยมีอาชีพเดิมก่อนป่วยคือเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 40 และ 85 ตามลำดับ มีรายได้

อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 60 และ 45 ตามลำดับ กิจกรรมยามว่างคือ ดูโทรทัศน์ หรือฟังวิทยุมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 และ 50 ตามลำดับ ระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดส่วนใหญ่น้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 และ 60 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 80 และ 65 ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบภาวะซึ่มเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ระหว่างก่อนกับหลังได้รับการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรี พบว่าก่อนได้รับการบำบัดทางการพยาบาล ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยภาวะซึ่มเศร้า 21.05 ส่วนหลังได้รับการบำบัดทางการพยาบาล ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยภาวะซึ่มเศร้า 11.55 และพบว่าหลังได้รับการบำบัดทางการพยาบาล ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยภาวะซึ่มเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดทางการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.274$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึ่มเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ระหว่างก่อนกับหลังได้รับการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรี

ภาวะซึ่มเศร้า	n	$\bar{X}$	SD	<i>t</i>	<i>p</i>
ก่อนการทดลอง	20	21.05	2.54	15.274	< .001
หลังการทดลอง	20	11.55	2.96		

3. การเปรียบเทียบภาวะซึ่มเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรี กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึ่มเศร้า 21.05 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยภาวะซึ่มเศร้า 20.95 และพบว่า

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึ่มเศร้าไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึ่มเศร้า 11.55 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยภาวะซึ่มเศร้า 19.15 และพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึ่มเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.768$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการทดลอง	21.05	2.54	20.95	2.67	.121	.904
หลังการทดลอง	11.55	2.96	19.15	2.50	8.768	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับการบำบัดทางการพยาบาล โดยใช้กิจกรรมดนตรี ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดทางการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และพบว่าหลังการทดลอง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรี มีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ทั้งนี้อธิบายได้ว่าจากแนวคิดดนตรีบำบัดของ Magee et al. (2006) ที่อธิบายถึงหลักการใช้ดนตรีบำบัดต่อสภาวะทางอารมณ์ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางระบบประสาท กล่าวคือ กิจกรรมดนตรีซึ่งประกอบด้วยการเล่นดนตรี หรือใช้เครื่องดนตรีในการประกอบกิจกรรมการฟังดนตรี และการร้องเพลง จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ความเศร้าโศก และภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้เนื่องจากดนตรีจะช่วยในกระบวนการฟื้นฟูของระบบประสาทในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางระบบประสาท โดยเสียงของดนตรีจะช่วยในการเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาทที่ดีกับเซลล์ประสาทที่ถูกทำลาย ส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาทในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดการหลั่งสารสื่อประสาท (Magee et al., 2006) ได้แก่ endorphins ซึ่งส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และความรู้สึกก่อให้เกิดความสุข serotonin (5HT) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุม

สภาวะอารมณ์และการรับรู้ความรู้สึก (สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2551) และ dopamine (DA) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ของบุคคล ช่วยเพิ่มความตื่นตัว กระฉับกระเฉง (Salimpoor et al., 2011 cited in Särkämö & Soto, 2012) นอกจากนี้ การทำกิจกรรมดนตรียังช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการหรือมีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย ยอมรับข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย การทำกิจกรรมดนตรีจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัว ช่วยให้เห็นคุณค่าในตนเอง รวมทั้งช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (จักรกริชกล้าผจญ, 2554; Magee et al., 2006; Magee & Baker, 2009) โดยใช้กิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลในการสนับสนุนหรือสร้างสรรค์ดนตรีให้เป็นสภาพแวดล้อมทางอารมณ์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ และสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดได้ในที่สุด

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim et al. (2011) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมดนตรีที่ประกอบด้วย การใช้ดนตรีฝึกการหายใจ การปลั่งเสียงดนตรี การใช้จังหวะดนตรีประกอบการเคลื่อนไหวร่างกาย การร้องเพลง การแต่งเพลง และการใช้ดนตรีระบายความรู้สึก เป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่ากิจกรรมดนตรีช่วยลดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

และสอดคล้องกับการศึกษาของ Särkämö et al. (2008) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการฟังดนตรีต่อสภาวะทางอารมณ์ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ผู้ป่วยฟังดนตรีเป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าการฟังดนตรีช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้า และภาวะสับสนทางอารมณ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Jun et al. (2013) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการบำบัดโดยใช้ดนตรีประกอบการเคลื่อนไหวร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ดนตรีประกอบการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยบนรถเข็น ครั้งละ 60 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ พบว่าการบำบัดโดยใช้ดนตรีช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเคลื่อนไหวร่างกาย และเสริมสร้างอารมณ์ด้านบวก โดยผลการวิจัยต่างๆ ข้างต้นสอดคล้องกับคำกล่าวของ Knight & Wiese (2011) ที่ว่าการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรีจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฟื้นตัว ช่วยพัฒนาระบบประสาท ทักษะการเคลื่อนไหว ทักษะการสื่อสาร และการใช้ภาษา ช่วยเสริมสร้างพัฒนาการด้านสังคมและด้านอารมณ์ อีกทั้งยังช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

จากหลักฐานและเหตุผลสนับสนุนข้างต้น จึงกล่าวได้ว่าการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรีตามหลักการใช้นักร้องบำบัดของ Magee et al. (2006) และตามแนวคิดของการบำบัดทางการพยาบาลในการสนับสนุนหรือสร้างสรรค์ดนตรีให้เป็นสภาพแวดล้อมทางอารมณ์สามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลเพื่อกระตุ้นให้บุคลากรในทีมสุขภาพได้ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยจัดอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจ และมีแนวทาง

ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างเป็นองค์รวม

1.2 ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ควรนำการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรีไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแต่ละคน เช่น กิจกรรมการร้องเพลงคาราโอเกะ การเลือกบทเพลงโดยสอบถามจากผู้สูงอายุ ครอบครัว หรือผู้ดูแล เนื่องจากควรเป็นบทเพลงที่ผู้สูงอายุชื่นชอบคุ้นเคย และสามารถร้องตามได้

1.3 อาจารย์พยาบาลควรมีการสอดแทรกเนื้อหาการเรียนการสอนเกี่ยวกับการใช้กิจกรรมดนตรีในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนากิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถกระทำหน้าที่ของตนเองได้ตามปกติและพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด

2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่ได้รับ การบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรีที่แตกต่าง กัน เช่น กิจกรรมการผ่อนคลายด้วยเสียงเพลง กิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายประกอบจังหวะเพลง กิจกรรมการร้องเพลงคาราโอเกะ

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. *สารศิริราช*, 46(1), 1-9.
- จักรกริช กล้าผจญ. (2554). *แนวทางการใช้นักร้องบำบัดสำหรับผู้ป่วยและผู้พิการทางกาย พ.ศ. 2554*. เชียงใหม่: กลุ่มดนตรีบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชนกพร จิตปัญญา. (2551). *เอกสารประกอบการสอน เรื่อง การบำบัดทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ข้อผกา สุทธิพงษ์, และศิริอร สินธุ. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 30(1), 28-39.
- นิพนธ์ พงษ์รินทร์. (บ.ก.). (2544). *โรคหลอดเลือดสมอง* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *ดนตรีบำบัด*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทมีเดียมาร์เก็ตติ้ง.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2541). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพญาวิตยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อวยพร เรืองตระกูล. (2550). *สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ I*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Davis, W. B., Gfeller, K. E., & Thaut, M. H. (1999). *An introduction to music therapy: Theory and practice* (2nd ed.). Boston, MA: McGraw-Hill.
- de Man-van Ginkel, J. M., Gooskens, F., Schuurmans, M. J., Lindeman, E., Hafsteinsdottir, T. B. (2010). A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23-24), 3274-3290.
- Farrell, C. (2004). Poststroke depression in elderly patients. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 23(6), 264-269.
- Hackett, M. L., & Anderson, C. S. (2005). Treatment options for post-stroke depression in the elderly. *Aging Health*, 1(1), 95-105.
- Hama, S., Yamashita, H., Yamawaki, S., & Kurisu, K. (2011). Post-stroke depression and apathy: Interactions between functional recovery, lesion location, and emotional response. *Psychogeriatrics*, 11(1), 68-76.
- Hornsten, C., Molander, L., & Gustafson, Y. (2012). The prevalence of stroke and the association between stroke and depression among a very old population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(3), 555-559.
- Jun, E. M., Roh, Y. H., & Kim, M. J. (2013). The effect of music-movement therapy on physical and psychological states of stroke patients. *Journal of Clinical Nursing*, 22(1-2), 22-31.
- Kim, D. S., et al. (2011). Effects of music therapy on mood in stroke patients. *Yonsei Medical Journal*, 52(6), 977-981.
- Knight, A. J., & Wiese, N. (2011). Therapeutic music and nursing in poststroke rehabilitation. *Rehabilitation Nursing*, 36(5), 200-204, 215.
- Lökk, J., & Delbari, A. (2010). Management of depression in elderly stroke patients. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 6, 539-549.
- Loubinoux, I., et al. (2012). Post-stroke depression: Mechanisms, translation and therapy. *Journal of Cellular and Molecular Medicine*, 16(9), 1961-1969.
- Magee, W. L., & Baker, M. (2009). The use of music therapy in neuro-rehabilitation of people with acquired brain injury. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 5(4), 150-156.

- Magee, W. L., et al. (2006). Music therapy for patients with traumatic brain injury. In Murrey, G. J. (Ed.). *Alternate therapies in the treatment of brain injury and neurobehavioral disorders: A practical guide*. New York: The Haworth Press.
- Ouimet, M. A., Primeau, F., & Cole, M. G. (2001). Psychosocial risk factors in poststroke depression: A systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46(9), 819-828.
- Paolucci, S. (2008). Epidemiology and treatment of post-stroke depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 4(1), 145-154.
- Pfeil, M., Gray, R., & Lindsay, B. (2009). Depression and stroke: A common but often unrecognized combination. *British Journal of Nursing*, 18(6), 365-369.
- Särkämö, T., et al. (2008). Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke. *Brain*, 131(Pt 3), 866-876.
- Särkämö, T., & Soto, D. (2012). Music listening after stroke: Beneficial effects and potential neural mechanisms. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1252(1), 266-281.
- Whyte, E. M., & Mulsant, B. H. (2002). Post stroke depression: Epidemiology, pathophysiology, and biological treatment. *Biological Psychiatry*, 52(3), 253-264.
-

ผลของการประคบเต้านมด้วยลูกประคบเจลโพลีเมอร์แบบอุ่นชื้นต่อ ระยะเวลาการหลั่งน้ำนมครั้งแรกในมารดาหลังคลอดครั้งแรก *

The Effect of Warm Moist Polymer Gel Pack Compression on the Onset of Milk Production in Primiparous Mothers *

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

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

ปราณี อธิโสภณ, ปส.ด. (การพยาบาล) ***

Pranee Theerasopon, Ph.D. (Nursing) ***

สุพรรณ อึ้งปัญสัตวงศ์, ปส.ด. (การประเมินการศึกษา) ****

Supanee Ungpansattawong, Ph.D. (Educational Evaluation) ****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยทางคลินิก ชนิดสุ่ม แบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อศึกษาผลของการประคบเต้านมด้วยลูกประคบเจลโพลีเมอร์แบบอุ่นชื้นต่อระยะเวลาการหลั่งน้ำนมครั้งแรกในมารดาหลังคลอดครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครรภ์แรกที่ได้รับการคลอดและได้รับการดูแลหลังคลอดที่ตึกสูติกรรม 1 และ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 50 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยลูกประคบเจลโพลีเมอร์แบบอุ่นชื้น แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินระดับการไหลของน้ำนมที่มีค่าความเชื่อมั่น .80 กลุ่มทดลองได้รับการประคบเต้านมด้วยลูกประคบเจลโพลีเมอร์แบบอุ่นชื้นร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน 2557 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน independent t -test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการหลั่งน้ำนมครั้งแรก และที่ระดับคะแนน 2 สั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($U = 168.500, p < .01$ และ $t = 3.167, p < .01$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมารดาหลังคลอดควรนำการประคบเต้านมด้วยลูกประคบเจลโพลีเมอร์แบบอุ่นชื้นไปประยุกต์ใช้ เพื่อส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดมีการหลั่งน้ำนมที่เร็วขึ้นซึ่งจะช่วยให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบผลสำเร็จต่อไป

คำสำคัญ : การหลั่งน้ำนม มารดาหลังคลอด การประคบร้อน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

* วิทยาลัยพยาบาลสุทธพบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** มหบัณฑิตสาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

**** รองศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

Abstract

This study was a randomized controlled trial (RCT) aiming to examine the effect of warm moist polymer gel pack compression on the onset of milk production in primiparous mothers. The samples consisted of 50 primiparous mothers who gave birth and was admitted to postpartum ward 1, 2 in Khon Kaen Hospital. They were equally divided into an experimental group and a control group using block randomization. The research instruments were composed of a warm moist polymer gel pack, a demographic data form, and a milk expression assessment with the reliability of .80. The experimental group received the warm moist polymer gel pack compression with the routine nursing care, while the control group received the routine nursing care. The intervention was implemented and the data were collected from September to November 2014. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, independent *t*-test, and Mann-Whitney U test.

The results showed that the mean scores of the onset of milk production and duration of score 2 of milk expression of mothers in the experimental group were statistically significantly shorter than those in the control group ($U = 168.500, p < .01$ and $t = 3.167, p < .01$, respectively).

This study suggested that health care providers of postpartum mothers should apply warm moist polymer gel pack compression together with standard nursing care, in order to promote an effective early milk production during post partum period. This can lead to successful exclusive breastfeeding as well.

Keywords : Milk production, Postpartum mothers, Hot compression, Breastfeeding

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การหลั่งน้ำนมครั้งแรกที่นานกว่า 72 ชั่วโมงหลังคลอด จะเรียกว่า ปัญหาน้ำนมมาช้า (Hurst, 2007; Walker, 2014) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเริ่มต้นและคงความต่อเนื่องในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาได้สำเร็จ (Nommsen-Rivers, Chantry, Pearson, Cohen, & Dewey, 2010) โดยพบอุบัติการณ์น้ำนมมาช้าในมารดาครรภ์แรกร้อยละ 33-44 ส่วนในมารดาครรภ์หลังพบร้อยละ 5-8 (Nommsen-River et al., 2010) ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ร้อยละ 36.10 (เปล่งฉวี สกนธรัตน์ และศศิธร ภักดีโชติ, 2555) อย่างไรก็ตาม มารดาเกือบทั้งหมดคาดหวังให้น้ำนมเร็วที่สุดหลังคลอด (Jones & Spencer, 2007) หากมีความล่าช้าของการหลั่งน้ำนม หรือไม่เป็นไปตามความคาดหวังของมารดา จะส่งผลให้มารดาเกิดความเครียด

วิตกกังวล กลัวทารกจะได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ (Murry & McKinney, 2014) ซึ่งความเครียด ความวิตกกังวลนี้จะยิ่งส่งผลต่อความล่าช้าในการหลั่งน้ำนม (Kent, Prime, & Garbin, 2012) และนำไปสู่การตัดสินใจเลือกให้นมผสมในการเลี้ยงดูบุตรต่อไปได้ (Gatti, 2008) นอกจากนี้การมาช้าของน้ำนมทำให้เพิ่มอุบัติการณ์น้ำหนักรีดตัวทารกลดลงมากกว่าร้อยละ 10 (Nommsen-River et al., 2010) เพิ่มอุบัติการณ์ภาวะตัวเหลือง และปัญหาภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในทารกได้ (de Almeida & Draque, 2007)

การหลั่งน้ำนมจะมาเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ทั้งด้านมารดาและทารก กล่าวคือ มารดาที่มีภาวะกดดันทางจิตใจ เครียด วิตกกังวล มีความเจ็บปวดจากการคลอด การได้รับยาระงับความรู้สึกในระยะคลอด (Walker, 2014)

มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน (Amir & Donath, 2007) ต่อมาทฤษฎีทำงานผิดปกติ (Hapon, Simoncini, Via, & Jahn, 2003) โลหิตจาง (Scott, 2004) รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดและหลังคลอด มีผลยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคติน ทำให้การหลั่งน้ำนมล่าช้าได้ (Mannel, Martens, & Walker, 2013; Walker, 2014) ด้านทารก พบว่าทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อย (Walker, 2014) มีความผิดปกติเกี่ยวกับการดูดกลืน ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการดูดนมที่เป็นกลไกสำคัญในกระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนม ทำให้น้ำนมมาช้าได้ (Amir, 2006; Gatti, 2008) ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการหลั่งน้ำนมมารดาบางปัจจัยอาจไม่สามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้ แต่การดูแลที่ช่วยส่งเสริมหรือกระตุ้นการหลั่งน้ำนมตั้งแต่วัยแรกที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้การเริ่มต้นและการคงอยู่ของปริมาณน้ำนมในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดามีความต่อเนื่องต่อไปได้

แนวทางการดูแลเพื่อส่งเสริมการหลั่งน้ำนมในระยะหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพได้แก่ การส่งเสริมการดูดนมของทารกตามหลัก 3 ดูด คือ 1) ดูดเร็ว 2) ดูดบ่อย และ 3) ดูดถูกวิธี รวมทั้งการดูแลส่งเสริมให้มารดาได้รับการพักผ่อน ได้รับอาหารและน้ำที่เพียงพอ เหมาะสมตามความต้องการตลอดจนดูแลด้านจิตใจของมารดา (วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์, 2554; UNICEF, 2008) อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะมีการดูแลตามแนวทางเพื่อส่งเสริมการหลั่งน้ำนมแล้ว แต่มารดาหลังคลอดยังมีความต้องการและความคาดหวังที่จะให้น้ำนมมาเร็ว โดยเฉพาะในวันแรกหลังคลอด ที่ผ่านมามีการประยุกต์ใช้นวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อกระตุ้นการหลั่งน้ำนมควบคู่ไปกับแนวทางการดูแลตามปกติ เพื่อช่วยส่งเสริมให้กระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Zuppa, Sindico, Orchi, Carducci, Cardiello, & Romagnoli, 2010; Kent et al., 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับนวัตกรรมที่ใช้กระตุ้นการหลั่งน้ำนมระยะหลังคลอด พบว่าการประคบเต้านมด้วยความร้อนช่วยให้มีการหลั่งน้ำนมเร็วขึ้น แต่การศึกษาที่มีความหลากหลายทั้งการเตรียมและใช้อุปกรณ์ การควบคุม

ระดับอุณหภูมิ และระยะเวลาในการประคบ รวมทั้งความรัดกุมของระเบียบวิธีวิจัย ได้แก่ ไม่มีการควบคุมตัวแปรที่มีผลต่อการหลั่งน้ำนม และไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง จึงไม่สามารถยืนยันประสิทธิภาพของความร้อนที่ใช้ต่อการหลั่งน้ำนมได้ชัดเจน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการประคบเต้านมด้วยความร้อนต่อระยะเวลาการหลั่งน้ำนมครั้งแรก โดยมีการใช้ระเบียบการวิจัยที่รัดกุม ทั้งการควบคุมตัวแปรแทรก และการกำหนดแนวปฏิบัติในการประคบที่ชัดเจน และได้พัฒนาอุปกรณ์การประคบ ซึ่งแต่เดิมใช้แผ่นเจลมาตรฐานเป็นวัสดุในการทำลูกประคบ แต่มีข้อจำกัดว่าแผ่นเจลมาตรฐานมีราคาค่อนข้างสูง และมีจำหน่ายเฉพาะในร้านขายยาหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ ทำให้ยากต่อการหาซื้อมาใช้งาน ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแผ่นเจลจากเส้นใยโพลีเมอร์ในผ้าอ้อมสำเร็จรูป ที่มีการทดสอบความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการเก็บความร้อนในหลายขั้นตอน พบว่าแผ่นเจลที่ประดิษฐ์ขึ้นมีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการเก็บความร้อนที่ใกล้เคียงกับแผ่นเจลมาตรฐาน และมีข้อดีคือ วัสดุหาง่าย ต้นทุนในการผลิตต่ำ เฉลี่ยแผ่นละ 13 สตางค์ วิธีการเตรียมไม่ยุ่งยาก การใช้งานสะดวก ไม่ลวกฝ่ามือต่อร่างกาย และสามารถทำได้ด้วยตนเอง ซึ่งการใช้แผ่นเจลเพื่อทำลูกประคบในการวิจัยครั้งนี้ นิยกว่าอุปกรณ์นี้ว่า ลูกประคบเจลโพลีเมอร์แบบอุ่นชื้น เป็นการให้ความร้อนต้นแบบขึ้นซึ่งจะมีผลทำให้เนื้อเยื่อที่ประคบมีอุณหภูมิสูงขึ้นระหว่าง 38-45 องศาเซลเซียส ทำให้มีการไหลเวียนของเลือดที่เต้านมและเซลล์ผลิตน้ำนม (lactocyte) เพิ่มขึ้น ช่วยเพิ่มการลำเลียงของโปรแลคตินในเลือด และเพิ่มการซึมผ่านของโปรแลคตินไปสู่เซลล์ผลิตน้ำนมมากขึ้น มีผลช่วยกระตุ้นกระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนมที่มีประสิทธิภาพต่อไปได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

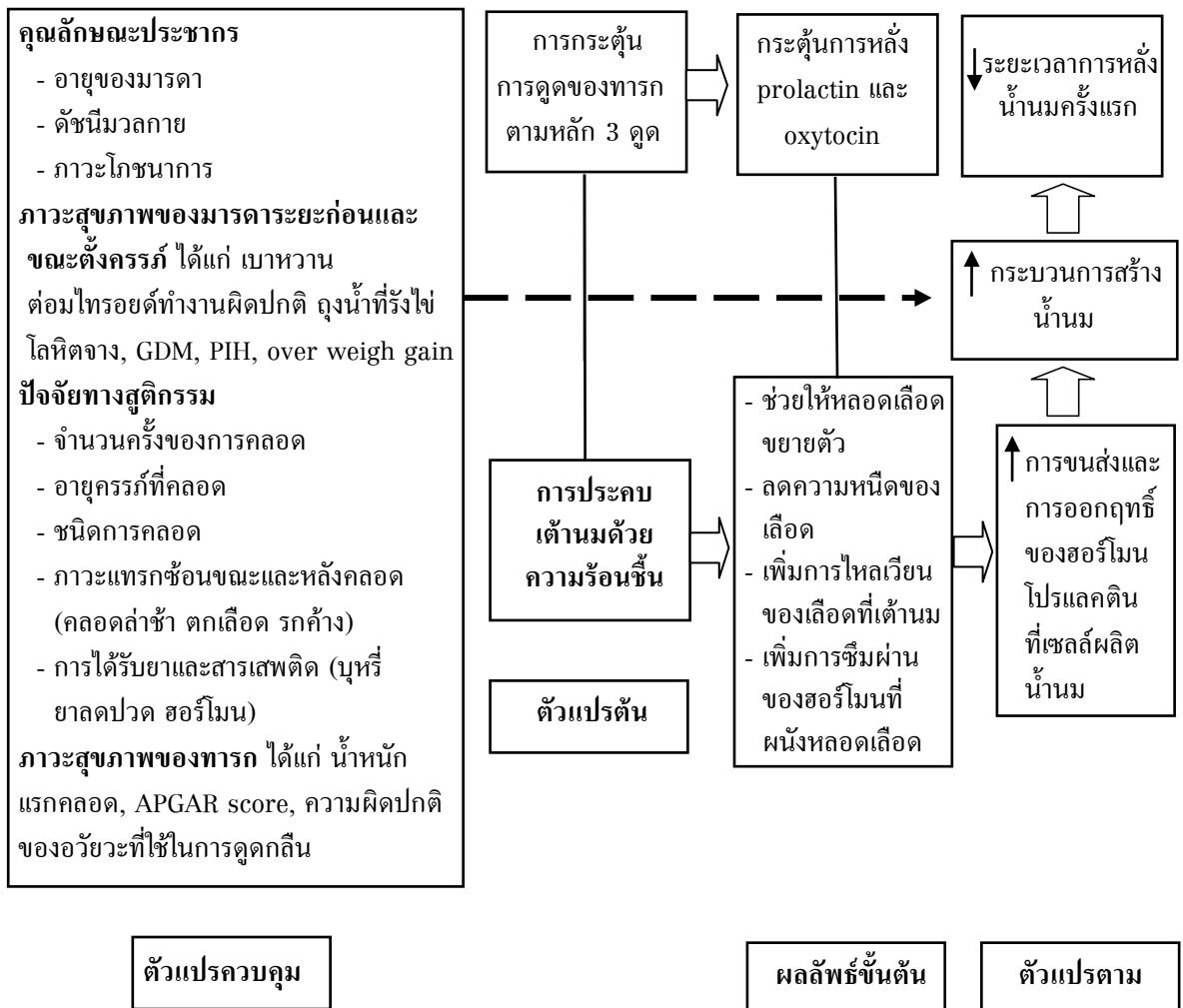
เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการหลั่งน้ำนมครั้งแรกของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการประคบเต้านมด้วยลูกประคบเจลโพลีเมอร์แบบอุ่นชื้น ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

มารดาหลังคลอดครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการประคบ
เต้านมด้วยลูกประคบเจลโพลิเมอร์แบบอุ่นชื้นร่วมกับ
การพยาบาลตามปกติ มีระยะเวลาการหลั่งน้ำนมครั้งแรก
สั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเขียนกรอบแนวคิดตามทฤษฎีความร้อนรักษา ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยทางคลินิก ชนิดสุ่ม แบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ (randomized controlled trial: RCT) วัดหลังการทดลอง โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และโรงพยาบาลขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่คลอดบุตรมีชีวิต ที่ฝากครรภ์ เข้ารับการคลอด และได้รับการดูแลหลังคลอดที่โรงพยาบาลขอนแก่น โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ดังนี้ 1) ได้รับการดูแลหลังคลอดที่ตึกสูติกรรม 1 และ 2 2) ยังไม่มีน้ำหนักเมื่อประเมินแรกแร้งที่ตึกหลังคลอด 3) ตั้งครรภ์ครบกำหนด 4) มีอายุอยู่ในช่วง 20-30 ปี 5) ค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ 6) น้ำหนักเพิ่มขึ้นในระยะตั้งครรภ์ระหว่าง 11.50-16 กิโลกรัม 7) ลักษณะเต้านมและหัวนมปกติ 8) ไม่มีภาวะโรคที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนมที่ล่าช้า 9) ไม่มีโรคที่เป็นข้อห้ามในการบำบัดด้วยความร้อน 10) คลอดปกติ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด 11) ไม่มีประวัติได้รับยาและสารเสพติด ได้แก่ การสูบบุหรี่ในระยะตั้งครรภ์ การได้รับฮอร์โมน ยา PTU, ยา $MgSO_4$, ยา oxytocin กระตุ้นการคลอดที่ต่อเนื่องมากกว่า 3 ชั่วโมง 12) เป็นการตั้งครรภ์ที่พึงประสงค์ 13) ไม่มีประวัติการหย่าร้างหรือสูญเสียสมาชิกในครอบครัวในระยะ 3 เดือน 14) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 15) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 16) ทารกแรกคลอดมีสุขภาพแข็งแรง โดยมี APGAR score นาที

ที่ 1 และ 5 ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลทารก ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 50 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มย่อย (block randomization) กลุ่มละ 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ลูกประคบเจลโพลีเมอร์แบบอุ่นชื้น ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาด้วยความร้อน อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบด้วยแผ่นเจลโพลีเมอร์ที่ทำจากเส้นใยโพลีเมอร์ในผ้าอ้อมสำเร็จรูป โดยใช้เส้นใยน้ำหนัก 4 กรัม ผสมน้ำดื่ม 240 มิลลิลิตร ได้เป็นแผ่นเจลเนื้อใส (ภาพที่ 1) นำไปแช่ในน้ำร้อนอุณหภูมิ 70-80 องศาเซลเซียส นาน 5 นาที จากนั้นใช้ผ้าขนหนูเส้นคู่ 1 ผืน ที่ชุบน้ำร้อนบริเวณกลางผ้านาน 1 นาที แล้วบิดน้ำออกพอหมาด มาห่อเป็นลูกประคบ (ภาพที่ 2) นำไปทดลองใช้กับตัวผู้วิจัยและอาสาสมัครที่เป็นบุคคลทั่วไปเพศหญิง 2 คน ด้วยการประคบเต้านมนาน 20 นาที และวัดระดับอุณหภูมิของเนื้อเยื่อระหว่างการประคบด้วยเครื่องถ่ายภาพความร้อน เปรียบเทียบระหว่างแผ่นเจลโพลีเมอร์ที่ประดิษฐ์ขึ้นกับแผ่นเจลมาตรฐาน พบว่าระดับอุณหภูมิในลูกประคบจากแผ่นเจลโพลีเมอร์ที่ประดิษฐ์ขึ้นมีอุณหภูมิระหว่าง 38-56 องศาเซลเซียส โดยทำให้น้ำเนื้อเยื่อบริเวณที่ประคบมีอุณหภูมิระหว่าง 38-40 องศาเซลเซียส ตลอดระยะเวลาการทดสอบ ซึ่งใกล้เคียงกับแผ่นเจลมาตรฐาน โดยไม่พบอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นกับอาสาสมัคร



ภาพที่ 1 แผ่นเจลโพลีเมอร์ก่อนเตรียม



ภาพที่ 2 ลูกประคบเจลโพลีเมอร์หลังเตรียมเสร็จ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของ มารดาหลังคลอด ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ ระยะเวลาการคลอด การได้รับยา oxytocin กระตุ้นการคลอด และน้ำหนักของทารกแรกคลอด จำนวนทั้งสิ้น 4 ข้อ มีลักษณะ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินระดับการไหล ของน้ำนม ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินของรวิวรรณ นิวัตตะกุล (2548) ที่ประเมินระดับการไหลของน้ำนมจาก ปริมาณน้ำนมที่ได้จากการบีบบริเวณลานนมของมารดา แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ คะแนน 0 หมายถึง น้ำนม ไม่ไหล เมื่อบีบลานนมแล้วไม่มีน้ำนมไหลออกมา คะแนน 1 หมายถึง น้ำนมเริ่มไหล เมื่อบีบลานนมแล้วมีน้ำนมใสๆ ไหลออกมาเป็นหยด 1-2 หยด คะแนน 2 หมายถึง น้ำนมไหล เมื่อบีบลานนมแล้วมีน้ำนมใส ขาว หรือน้ำนมเหลืองไหล ออกมา ตั้งแต่ 3 หยดขึ้นไป แต่น้ำนมไม่พุ่ง และคะแนน 3 หมายถึง น้ำนมไหลดี เมื่อบีบลานนมแล้วมีน้ำนมไหลพุ่ง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน หากดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าเท่ากับ 1 และทดสอบความเชื่อมั่นจากการสังเกต โดยนำแบบประเมิน ไปวัดระดับการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่มี คุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ได้ค่า ความเชื่อมั่นเท่ากับ .80

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล ขอนแก่น จากนั้นพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้า แผนกฝากครรภ์ และหัวหน้าหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 และ 2 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะ ได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย โดยขอความร่วมมือ จากพยาบาลประจำการซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพของ ดิกสูติกรรม 2 โรงพยาบาลขอนแก่น ที่มีประสบการณ์ ด้านการผดุงครรภ์และการดูแลมารดาหลังคลอดมากกว่า 1 ปี และผ่านการอบรมเรื่องการประเมินการไหลของน้ำนม

จำนวน 2 คน เป็นผู้ช่วยผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นประชุมชี้แจงเกี่ยวกับแนวทางและเครื่องมือที่ใช้ใน การประเมินการไหลของน้ำนม และนำแบบประเมินให้ผู้ช่วย ผู้วิจัยไปทดลองใช้ประเมินมารดาหลังคลอด จำนวน 10 คน พร้อมกับผู้วิจัย

3. เมื่อหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่านการสำรวจมาที่ ดิกหลังคลอด ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง อีกครั้ง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวม ข้อมูล ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัว จากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็น ความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอ ข้อมูลในภาพรวม

4. ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แฟ้มประวัติของ กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป

5. ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองได้รับการประคบเต้านมด้วยลูกประคบ เจลโพลิเมอร์แบบอุ่นขึ้นร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งจะเริ่มประคบครั้งแรกที่ดิกหลังคลอด ภายหลังให้ การพยาบาลตามปกติเสร็จแล้ว โดยวางลูกประคบลงบน ผิวหนังบริเวณเต้านม ออกแรงกดเล็กน้อย แล้วยกขึ้นเป็น จังหวะ กด-ยก และเปลี่ยนตำแหน่งเรื่อยๆ ตามตำแหน่ง ต่างๆ โดยเริ่มที่ไหล่ด้านหน้า ไตรักร์ แขนรอบเต้านม ยกเว้น บริเวณหัวนม ทำพร้อมกันทั้ง 2 ข้าง นาน 20 นาที จากนั้น ให้ประคบอีก 1 ครั้ง โดยห่างจากครั้งแรก 3-4 ชั่วโมง ทั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้จัดเตรียมอุปกรณ์ โดยให้มารดาประคบ เต้านมด้วยตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาล ตามปกติ

6. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยประเมินระดับการไหล ของน้ำนมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัย ประเมินในช่วงเวลา 8:00-18:00 น. ส่วนผู้ช่วยผู้วิจัย ประเมินในช่วงเวลา 18:00-08:00 น. โดยประเมินทุก 2-3 ชั่วโมง หรือเมื่อมารดาแจ้งว่ามีน้ำนม จนถึงระยะเวลาที่มี การหลังของน้ำนมที่ระดับคะแนน 1 ให้บันทึกเวลาและ นับระยะเวลาจากเวลาคลอดจนถึงระยะเวลาที่น้ำนมไหล ระดับคะแนน 1 หรือการหลังน้ำนมครั้งแรก นอกจากนี้

เพื่อเป็นการศึกษาถึงผลของความรื้อนต่อประสิทธิภาพในการกระตุ้นการหลั่งของน้ำนมมารดาหลังคลอด จะมีการติดตามประเมินระดับคะแนนการไหลของน้ำนมทุก 2-3 ชั่วโมง ต่อไปจนพบว่ามารดาทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนการไหลของน้ำนมที่ระดับคะแนน 2 และ 3 จากนั้นบันทึกเวลาและนับระยะเวลาจากเวลาคลอด

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบระยะเวลาการหลั่งน้ำนมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีอายุเฉลี่ย 23.44 ปี และ 22.88 ปี ตามลำดับ มีระยะเวลาการคลอดเฉลี่ย 10.63 ชั่วโมง และ 11.07 ชั่วโมง ตามลำดับ ได้รับยา oxytocin กระตุ้นการคลอด คิดเป็นร้อยละ 92 และ 100 ตามลำดับ และน้ำหนักของทารกแรกคลอดเฉลี่ย 2,978.40 กรัม และ 3,026.40 กรัม ตามลำดับ ทั้งนี้ ผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การเปรียบเทียบระยะเวลาการหลั่งน้ำนม ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการประคบเต้านมด้วยลูกประคบเจลโพลีเมอร์แบบอุ่นขึ้นร่วมกับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งแบ่งระยะเวลาการหลั่งน้ำนมออกเป็น 3 ระยะ ตามระดับการไหลของน้ำนม ได้แก่ 1) ระยะเวลาการหลั่งน้ำนมครั้งแรก หรือที่ระดับคะแนน 1 2) ระยะเวลาการหลั่งน้ำนมที่ระดับคะแนน 2 และ 3) ระยะเวลาการหลั่งน้ำนมที่ระดับคะแนน 3

2.1 การเปรียบเทียบระยะเวลาการหลั่งน้ำนมครั้งแรก หรือที่ระดับคะแนน 1 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการหลั่งน้ำนมครั้งแรก 15.40 ชั่วโมง (SD = 5.79) ส่วนกลุ่มควบคุม

มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการหลั่งน้ำนมครั้งแรก 22.16 ชั่วโมง (SD = 9.80) และพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการหลั่งน้ำนมครั้งแรกสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($U = 168.500, p < .01$)

2.2 การเปรียบเทียบระยะเวลาการหลั่งน้ำนมที่ระดับคะแนน 2 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการหลั่งน้ำนมที่ระดับคะแนน 2 เท่ากับ 32.14 ชั่วโมง (SD = 13.32) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการหลั่งน้ำนมที่ระดับคะแนน 2 เท่ากับ 42.77 ชั่วโมง (SD = 8.37) และพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการหลั่งน้ำนมที่ระดับคะแนน 2 สั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.167, p < .01$)

2.3 การเปรียบเทียบระยะเวลาการหลั่งน้ำนมที่ระดับคะแนน 3 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการประเมินการไหลของน้ำนมที่ระดับคะแนน 3 มีเพียง 8 คน คิดเป็นร้อยละ 32 ส่วนที่เหลืออีก 17 คน คิดเป็นร้อยละ 68 ได้รับการจำหน่ายกลับบ้านก่อนที่จะมีการประเมินการไหลของน้ำนมที่ระดับคะแนน 3 เนื่องจากเป็นแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลที่จะดูแลมารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอดให้อยู่ในหอพักรักษาประมาณ 2 วัน เมื่อไม่มีภาวะแทรกซ้อน จะได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน ส่วนในกลุ่มควบคุมนั้น พบว่ามารดาที่ได้รับการประเมินการไหลของน้ำนมที่ระดับคะแนน 3 มีเพียง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8 ส่วนที่เหลืออีก 23 คน คิดเป็นร้อยละ 92 ได้รับการจำหน่ายกลับบ้านเช่นกัน ทั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการหลั่งน้ำนมที่ระดับคะแนน 3 เท่ากับ 47.88 ชั่วโมง (SD = 10.92) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการหลั่งน้ำนมที่ระดับคะแนน 3 เท่ากับ 51.30 ชั่วโมง (SD = 18.49) ซึ่งจากการที่จำนวนมารดาในแต่ละกลุ่มมีน้อย จึงไม่สามารถนำมาทดสอบทางสถิติเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระยะเวลาการหลั่งน้ำนมที่ระดับคะแนน 3 ระหว่างสองกลุ่มได้

ผลการเปรียบเทียบระยะเวลาการหลั่งน้ำนมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาการหลังนํ้านม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ระยะเวลาการหลังนํ้านม	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		U	t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
การหลังนํ้านมครั้งแรก หรือที่ระดับคะแนน 1	15.40 (n = 25)	5.79	22.16 (n = 25)	9.80	168.500	-	.002
การหลังนํ้านมที่ระดับคะแนน 2	32.14 (n = 22)	13.32	42.77 (n = 22)	8.37	-	3.167	.001
การหลังนํ้านมที่ระดับคะแนน 3	47.88 (n = 8)	10.92	51.30 (n = 2)	18.49	-	-	-

3. ความปลอดภัยของการประคบเต้านมด้วยลูกประคบเจลโพลีเมอร์แบบอุ่นขึ้น พบว่ามารดาในกลุ่มทดลองที่ได้รับการประคบฯ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นจากการใช้ความร้อน ทั้งในระหว่างการประคบ ได้แก่ อาการปวดแสบ มีรอยแดง และตุ่มใส และภายหลังการประคบ เช่น รอยไหม้ บริเวณผิวหนัง

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่ามารดาหลังคลอดครั้งแรก กลุ่มที่ได้รับการประคบเต้านมด้วยลูกประคบเจลโพลีเมอร์แบบอุ่นขึ้นร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการหลังนํ้านมครั้งแรกสั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการประคบเต้านมด้วยลูกประคบเจลโพลีเมอร์แบบอุ่นขึ้น ซึ่งเป็นการใช้ความร้อนต้นแบบชั้นในการบำบัด โดยลูกประคบเจลโพลีเมอร์มีระดับอุณหภูมิระหว่าง 38.3-47.3 องศาเซลเซียส ตลอดระยะเวลาการประคบนาน 20 นาที ซึ่งเป็นระดับอุณหภูมิที่เหมาะสมในการบำบัด (Cameron, 2009) มีผลทำให้เนื้อเยื่อบริเวณที่ประคบมีอุณหภูมิเพิ่มสูงขึ้นระหว่าง 38-40 องศาเซลเซียส ซึ่งเป็นระดับที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อเนื้อเยื่อ และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา กล่าวคือ ทำให้กล้ามเนื้อเรียบที่ผนังหลอดเลือดคลายตัว หลอดเลือด

จึงขยายตัว รวมทั้งความร้อนช่วยให้ความหนืดของเลือดลดลง (Lehman & De Lateur, 1990) ส่งผลให้เลือดไหลเวียนไปที่เต้านมและเซลล์ผลิตนํ้านมเพิ่มขึ้น (Nadler, Weingand, & Kruse, 2004; UNICEF, 2008) นอกจากนี้ ความร้อนยังช่วยเพิ่มการซึมผ่านของฮอร์โมนโปรแลคตินไปสู่เซลล์ผลิตนํ้านมที่ผนังเซลล์มีตัวรับโปรแลคติน (Lehman & De Lateur, 1990; Hilton, 2008) ช่วยกระตุ้นการทำงานของยีนส์ในกระบวนการสร้างนํ้านม ซึ่งในระยะ 4 วันแรกหลังคลอด กระบวนการสร้างนํ้านมอยู่ในระยะ lactogenesis II ที่ถูกควบคุมโดยการทำงานของฮอร์โมนจากการลดลงของโปรเจสเตอโรนเมื่อรกลอกตัว ทำให้ระดับโปรแลคตินในเลือดสูงขึ้น โดยจะมีระดับสูงสุดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และจะค่อยๆ ลดลงถึงระดับปกติในช่วงประมาณสัปดาห์แรกหลังคลอด (UNICEF, 2008; Lawrence & Lawrence, 2011) ซึ่งแนวทางการพยาบาลตามปกติหลังคลอดนั้น จะมีการกระตุ้นให้ทารกดูดนมทุก 2-3 ชั่วโมง เพื่อช่วยกระตุ้นการหลั่งโปรแลคตินที่ต่อเนื่อง โดยในการดูดนมแต่ละครั้งจะมีการหลั่งโปรแลคตินเพิ่มขึ้นจากระดับปกติประมาณ 10-20 เท่า โดยจะมีระดับสูงสุดภายหลังการดูดนม 30 นาที และจะลดลงจนถึงระดับปกติประมาณ 3 ชั่วโมงหลังคลอด ทั้งนี้ เมื่อมีการประยุกต์ใช้การประคบเต้านมด้วยลูกประคบเจลโพลีเมอร์ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ จึงเป็นการส่งเสริมทั้งการลำเลียงและการตอบสนองของ

โปรแลคตินสูงส่งผลให้น้ำนม ทำให้กระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนมมีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงทำให้มีการหลั่งน้ำนมที่เร็วขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร ภักดีโชติ, รจนา โมราราช, และเป็ญฉวี สกนธรัตน์ (2553) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการหลั่งน้ำนมของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลสกลนคร โดยใช้การประคบเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพร ในช่วงเวลา 24 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่ามารดาที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการหลั่งน้ำนมร้อยละ 60 ซึ่งมากกว่าในกลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติที่มีการหลั่งน้ำนมร้อยละ 40 โดยมารดาที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีระยะเวลาการหลั่งน้ำนมเฉลี่ยเร็วกว่ามารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการวิจัยพบว่ามารดาหลังคลอดครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการประคบเต้านมด้วยลูกประคบเจลโพลีเมอร์แบบอุ่นขึ้นร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการหลั่งน้ำนมที่ระดับคะแนน 2 สั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเมื่อมีการหลั่งน้ำนมที่เร็วขึ้นจากการประคบเต้านมด้วยความร้อนขึ้นส่งผลให้มารดาคลายความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับการได้รับน้ำนมไม่เพียงพอของบุตร ซึ่งมารดาหลังคลอดส่วนใหญ่จะมีความคาดหวังให้น้ำนมมาโดยเร็วหลังคลอด (Jones & Spencer, 2007) เมื่อการหลั่งน้ำนมเกิดขึ้นได้เร็วตามความคาดหวังของมารดา จึงก่อให้เกิดความเชื่อมั่นของมารดาต่อการมีน้ำนมที่เพียงพอในการให้นมบุตร (Murry & McKinney, 2014) ช่วยลดภาวะเครียดและความกดดันทางจิตใจซึ่งเป็นอุปสรรคต่อกระบวนการสร้างน้ำนมที่มีผลยับยั้งการหลั่งโปรแลคติน ทำให้มีการหลั่งโปรแลคตินที่ต่อเนื่อง จึงช่วยส่งเสริมให้มีการหลั่งน้ำนมที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องต่อไปได้ (Kent et al., 2012; Walker, 2014) นอกจากนี้การประคบเต้านมด้วยความร้อนยังส่งผลดีต่อมารดาโดยช่วยลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อที่อาจเกิดขึ้นในระยะคลอด ทำให้มารดาสุขสบายและผ่อนคลาย อันจะช่วยส่งเสริมกระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนมที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะที่มีการหลั่งน้ำนมในปริมาณที่

เพียงพอต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ (Kent et al., 2012) สอดคล้องกับการศึกษาของประมินทร์ อนุกุลประเสริฐ (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการนวดเต้านมธรรมดาเปรียบเทียบกับนวดประคบด้วยผ้าอุ่นกระตุ้นการหลั่งน้ำนมหลังคลอด พบว่ามารดาที่ได้รับการนวดประคบด้วยผ้าอุ่นแล้วมีการหลั่งน้ำนมในปริมาณที่เพียงพอภายในเวลา 48 ชั่วโมงหลังคลอด มีจำนวนมากกว่าในกลุ่มที่ได้รับการนวดแบบธรรมดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ในส่วนความปลอดภัยของการประคบเต้านมด้วยลูกประคบเจลโพลีเมอร์นั้น ถึงแม้ว่าการประคบเต้านมด้วยความร้อนขึ้นจะมีประโยชน์ในการช่วยกระตุ้นการหลั่งน้ำนมในระยะหลังคลอดให้เร็วขึ้น แต่หากมีการนำไปใช้ที่ไม่ถูกวิธี อาจก่อให้เกิดอันตรายกับมารดาได้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่พบภาวะแทรกซ้อนกับกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากผู้วิจัยมีการจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ให้มีระดับอุณหภูมิที่ปลอดภัย รวมทั้งมีการจัดทำแนวปฏิบัติในการคัดกรองและประคบเต้านมด้วยความร้อนขึ้น โดยมีหลักการสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ 1) การใช้ระดับอุณหภูมิของลูกประคบที่เหมาะสม คือ ระหว่าง 38-57 องศาเซลเซียส ซึ่งเป็นระดับอุณหภูมิของอุปกรณ์ที่เหมาะสมในการให้ความร้อนในระดับต้น 2) มีการคัดกรองความเสี่ยงและข้อห้ามในการประคบด้วยความร้อน 3) ก่อนการประคบด้วยความร้อน มีการทดสอบการทนต่อความร้อน โดยลองวางลูกประคบที่หน้าท้องของมารดาก่อน 4) เริ่มประคบในระยะเวลา 4-12 ชั่วโมงหลังคลอด ประคบ 2 ครั้ง เว้นระยะห่าง 3-4 ชั่วโมง โดยทำพร้อมกัน 2 ข้าง นาน 20 นาที และ 5) มีการติดตามและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทั้งในขณะและหลังการประคบ เพื่อประเมินอาการผิดปกติ และสามารถให้การดูแลได้ทันทั่วทั้ง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมารดาหลังคลอดในระยะแรก ควรนำการประคบเต้านมด้วยลูกประคบเจลโพลีเมอร์แบบอุ่นขึ้นไปประยุกต์ใช้ ทั้งการจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ให้มีระดับอุณหภูมิที่ปลอดภัย มีการคัดกรอง

ข้อห้ามและความเสี่ยงในการประคบด้วยความร้อน และมีการติดตามประเมินภาวะแทรกซ้อน เพื่อส่งเสริมให้การดูแลหลังคลอดมีการหลั่งน้ำนมที่เร็วขึ้นและได้รับความปลอดภัยสูงสุด

1.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้แก่บุคลากรที่ดูแลมารดาหลังคลอดโดยวิธีการต่างๆ เช่น การจัดอบรมเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะแก่พยาบาล การสอนหรือถ่ายทอดความรู้แก่นักศึกษาพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในบทบาทอิสระของพยาบาลในการพัฒนานวัตกรรมต่างๆ ที่สามารถนำมาใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาติดตามผลของการประคบเต้านมด้วยลูกประคบเจลโพลีเมอร์แบบอุ่นขึ้น ที่มีต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอด 1 สัปดาห์, 2 เดือน, 4 เดือน และ 6 เดือน ตามลำดับ

2.2 ควรมีการศึกษาผลของการประคบเต้านมด้วยลูกประคบเจลโพลีเมอร์แบบอุ่นขึ้นในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย เช่น มารดาครรภ์หลัง มารดาวัยรุ่น มารดาที่มีอายุมาก มารดาที่คลอดก่อนกำหนด หรือมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

เอกสารอ้างอิง

ประมินทร์ อนุกุลประเสริฐ. (2550). การนวดเต้านมธรรมดาเปรียบเทียบกับนวดประคบด้วยผ้าอุ่นกระตุ้นการหลั่งน้ำนมหลังคลอด. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 1(3-4), 430-438.

เปล่งฉวี สกนธรัตน์, และศศิธร ภักดีโชติ. (2555). เปรียบเทียบผลการใช้ลูกประคบสมุนไพรกับการใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นเพื่อกระตุ้นการหลั่งน้ำนมของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลสกลนคร. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 15(3), 1-11.

รวีวรรณ นิวัตยะกุล. (2548). โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการไหลของน้ำนมแม่. ใน รวีวรรณ นิวัตยะกุล. (บ.ก.). *เอกสารการประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ ครั้งที่ 1 เรื่อง นมแม่...ทุนสมอง*. หน้า 210-214. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว.

วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์. (2554). *การพยาบาลมารดาหลังคลอด*. ชลบุรี: โรงพิมพ์ศรีศิลป์การพิมพ์.

ศศิธร ภักดีโชติ, รจนา โมราราช, และเปล่งฉวี สกนธรัตน์. (2553). ผลของการใช้โปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการหลั่งน้ำนมของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลสกลนคร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 19(2), 279-287.

Amir, L. H. (2006). Breastfeeding--managing 'supply' difficulties [Electronic version]. *Australian Family Physician*, 35(9), 686-689.

Amir, L. H., & Donath, S. (2007). A systematic review of maternal obesity and breastfeeding intention, initiation and duration [Electronic version]. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 7, 9.

Cameron, M. H. (2009). *Physical agents in rehabilitation: From research to practice* (3 rd ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.

de Almeida, M. F. B., & Draque, C. M. (2007). Neonatal jaundice and breastfeeding [Electronic version]. *NeoReviews*, 8(7), e282-e288.

Gatti, L. (2008). Maternal perceptions of insufficient milk supply in breastfeeding [Electronic version]. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(4), 355-363.

- Hapon, M. B., Simoncini, M., Via, G., & Jahn, G. A. (2003). Effect of hypothyroidism on hormone profiles in virgin, pregnant and lactating rats, and on lactation [Electronic version]. *Reproduction*, 126(3), 371-382.
- Hilton, S. (2008). Milk production during pregnancy and beyond [Electronic version]. *British Journal of Midwifery*, 16(8), 544-548.
- Hurst, N. M. (2007). Recognizing and treating delayed or failed lactogenesis II [Electronic version]. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(6), 588-594.
- Jones, E., & Spencer, S. A. (2007). Optimising the provision of human milk for preterm infants [Electronic version]. *Archives of Disease in Childhood – Fetal and Neonatal Edition*, 92(4), F236-F238.
- Kent, J. C., Prime, D. K., & Garbin, C. P. (2012). Principles for maintaining or increasing breast milk production [Electronic version]. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(1), 114-121.
- Lawrence, R. A., & Lawrence, R. M. (2011). *Breastfeeding: A guide for the medical profession* (7th ed.). St. Louis: Mosby.
- Lehman, J. F., & De Lateur, B. J. (1990). Therapeutic heat. In Lehman, J. F. (Ed.). *Therapeutic heat and cold* (4th ed.). pp. 417-581. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Mannel, R., Martens, P. J., & Walker, M. (2013). *Core curriculum for lactation consultant practice* (3rd ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Murry, S. S., & McKinney, E. S. (2014). *Foundations of maternal-newborn and woman's health nursing* (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Nadler, S. F., Weingand, K., & Kruse, R. J. (2004). The physiologic basis and clinical applications of cryotherapy and thermotherapy for the pain practitioner [Electronic version]. *Pain physician*, 7(3), 395- 399.
- Nommsen-Rivers, L. A., Chantry, C. J., Pearson, J. M., Cohen, R. J., & Dewey, K. G. (2010). Delayed onset of lactogenesis among first-time mothers is related to maternal obesity and factors associated with ineffective breastfeeding [Electronic version]. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 92(3), 574-584.
- Scott, C. R. (2004). Anemia and the breastfeeding woman. *Motherhood International*. Retrieved January 12, 2015, from <http://www.mobimotherhood.org/low-milk-supply.htm>
- UNICEF UK Baby Friendly Initiative. (2008). *How breastfeeding works*. Retrieved January 12, 2015, from file:///C:/Users/Administrator/Downloads/How%20BF%20work%20y.pdf
- Walker, M. (2014). *Breastfeeding management for the clinician: Using the evidence* (3rd ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Zuppa, A. A., Sindico, P., Orchi, C., Carducci, C., Cardiello, V., & Romagnoli, C. (2010). Safety and efficacy of galactagogues: Substances that induce, maintain and increase breast milk production [Electronic version]. *Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Sciences*, 13(2), 162-174.

ผลของโปรแกรมการจัดกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรีต่อภาวะซึมเศร้าของ ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ *

The Effect of Montessori-based Activities Program on Depression among Older Persons in Social Welfare Development Center for Older Persons *

จิณวัตร จันทร์, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) **

Chinnawat Chankra, M.N.S. (Gerontological Nursing) **

จิราพร เกศพิชญวัฒนา, พย.ด. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) ***

Jiraporn Kespichayawattana, Ph.D. (Gerontological Nursing) ***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยและปานกลาง จำนวน 40 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยใช้วิธีการจับคู่ตามเพศ ช่วงอายุ และระดับภาวะซึมเศร้า เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยคู่มือการดำเนินโปรแกรมการจัดกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรี โดยใช้แนวคิดของ Montessori (2011) แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทยที่มีค่าความเชื่อมั่น .93 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรี ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2557 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.233, p < .001$) และ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.830, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าสถานบริการควรจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถกระทำหน้าที่ของตนเองได้ตามปกติ

คำสำคัญ : โปรแกรมการจัดกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรี ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** มหาบัณฑิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

Abstract

This experimental research aimed to determine the effect of Montessori-based activities program on depression among older persons at a social welfare development center for older persons. The samples consisted of 40 older persons with mild to moderate depression. An experimental group ($n = 20$) received Montessori-based activity program from August to November 2014; whereas, the control group ($n = 20$) received routine service. The samples were pair-matched by sex, age, and the depression level. The Montessori-based activity program based on Montessori-based (Montessori, 2011) was developed. The Thai Geriatric Depression Scale with Cronbach's alpha reliability of .93 was used for data collection. Data were analyzed using frequency, percentage, paired t -test, and independent t -test.

The results of this study revealed that 1) for the experimental group, after the experiment, a mean score of depression was statistically significantly lower than that before the experiment ($t = 14.233, p < .001$); and 2) after the experiment, a mean score of depression of the experimental group was statistically significantly lower than that of the control group ($t = 7.830, p < .001$).

This study suggests that health care providers should apply this program to reduce depression in the older persons and help them conceive health as normal.

Keywords : Montessori-based activity program, Depression, Older persons

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบได้มากในกลุ่มผู้สูงอายุ (Pirkis et al., 2009) ในสหรัฐอเมริกาพบความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในช่วงร้อยละ 13-27 โดยพบความชุกในชุมชนร้อยละ 10 และพบในสถานสงเคราะห์คนชราถึงร้อยละ 50 (Barry, Allore, Guo, Bruce, & Gill, 2008) สำหรับประเทศไทย พบอัตราความชุก 185.98 ต่อประชากร 100,000 คน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2549) จากการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทย 4 ภาค พบปัญหาภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 87 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) และในผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชราที่มีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 42 (ศิริราโพ สุวัฒน์กุลปต์, 2555)

ปัจจุบันลักษณะของครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลง

จากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวลดลง ผู้สูงอายุจึงถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง และมีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งต้องมาอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการบริการรูปแบบหนึ่งที่ทำให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ได้รับความเดือดร้อน ไร้ที่อยู่ ไม่มีผู้ดูแล หรือถูกทอดทิ้ง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2552)

มาตรการในการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุนั้น เป็นมาตรการบรรเทา แต่ไม่สามารถชดเชย ทดแทนความรู้สึกหรือการสูญเสียทางจิตใจได้ เนื่องจากการที่ต้องมาอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุนั้น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง ไร้คุณค่า ต้องแยกไปอยู่กับบุคคลอื่น สูญเสียสัมพันธ์ภาพกับบุคคลที่ใกล้ชิด คู่ที่เคย สูญเสียบทบาท

หน้าที่ ทำให้ขาดความเชื่อมั่นทางจิตใจ ว่าเหว่ ท้อแท้ หดหู่ ซึ่งความรู้สึกจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางจิตใจและการยอมรับของแต่ละบุคคล หากมีทางเลือกแล้ว ผู้สูงอายุต้องการอาศัยอยู่กับบุตรหลานของตนมากกว่า เพราะการเข้ามาขอรับบริการจากศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุคือทางเลือกสุดท้ายที่มีอยู่นอกจากนี้ การอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุยังมีปัจจัยอื่นๆ อีกหลายด้านที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ การดำเนินชีวิต ตลอดจนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (จตุพร สุกรนันท์, 2553)

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และพบมากขึ้นในผู้สูงอายุที่เข้ามาอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543) โดยสาเหตุปัจจัยคือ การเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในชีวิต ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่ได้ เป็นภาวะที่แสดงความเป็นเบนทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม เนื่องจากมีความคิดที่บิดเบือนต่อตนเอง ประเมินตนเองว่าไร้ค่า เบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจและสิ่งกระตุ้น ลึ้นหวัง พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียความรู้สึกทางเพศ ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีได้หลายระดับ เริ่มตั้งแต่เกิดความวิตกกังวล และรุนแรงขึ้นจนกระทั่งทำให้มีอาการเฉื่อยเฉื่อย ต่อสิ่งแวดล้อม หลีกหนีออกจากสังคม และไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Beck, 2011)

ในการจัดการปัญหาภาวะซึมเศร้า สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ การใช้ยา (pharmacological therapy) และการบำบัดทางจิตสังคม (psychosocial therapy) (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงควรบำบัดโดยใช้ยา ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม ส่วนในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง การบำบัดทางจิตสังคมเป็นวิธีบำบัดที่ได้ผลดี (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) การบำบัดทางจิตสังคมมีหลายรูปแบบ เช่น จิตบำบัดตามแนวสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Beck, 2011) อย่างไรก็ตาม ภาวะซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายได้หากได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้อง ได้รับการบำบัด

ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (สุดสภาย จุลทัพพะ, 2552)

จากการศึกษาแนวคิดมอนเตสซอรี (Montessori) พบว่าเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาตามศักยภาพและความสนใจของแต่ละบุคคล การจัดกิจกรรมต้องคำนึงถึงความเชื่อมโยงตามแนวคิดของมอนเตสซอรี ได้แก่ ด้านประสบการณ์ชีวิต ด้านประสาทสัมผัส และด้านวิชาการ ส่งผลให้เกิดประโยชน์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญา จิตวิญญาณ และความมีคุณค่าในตนเอง (จิระพันธุ์ พูลพัฒน์ และคำแก้ว ไกรสรพงษ์, 2544; คำแก้ว ไกรสรพงษ์, 2545; สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, 2550) ซึ่งหลักการจัดกิจกรรมนั้น มุ่งเน้นที่การเปิดโอกาสให้มีทางเลือกในการทำกิจกรรม โดยมีระดับความยากง่ายที่หลากหลาย ดังนั้น ผู้สูงอายุสามารถเลือกปฏิบัติกิจกรรมใดก็ได้ตามความพึงพอใจของตนเอง โดยผู้สูงอายุจะได้รับอิสระในการตัดสินใจเลือกทำกิจกรรม เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เลือกกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ไม่มีการเปรียบเทียบ แข่งขัน หรือทดสอบ เพื่อไม่ให้เกิดความกดดัน ซึ่งนอกจากกิจกรรมจะช่วยฟื้นฟูสุขภาพร่างกายให้ดีขึ้นแล้ว ยังช่วยเสริมสร้างความภาคภูมิใจ กำลังใจ และการเห็นคุณค่าในตนเอง ทั้งนี้ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมยังเป็นการกระตุ้นให้ใช้ความคิดสร้างสรรค์ ได้ระลึกถึงประสบการณ์เดิม ได้สร้างสังคมใหม่ โดยมีกิจกรรมเป็นสื่อเชื่อมโยง (กัลยพร นันทชัย และคณะ, 2554)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่ามีการนำแนวคิดมอนเตสซอรีมาใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ อย่างแพร่หลาย เช่น ผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา (Camp, Orsulic-Jeras, Lee, & Judge, 2004) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีพฤติกรรมกระวนกระวาย (Lin, Yang, Kao, Wu, Tang, & Lin, 2009) ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (Camp et al., 1997) ผลการศึกษาดังกล่าว พบว่าการจัดกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรีมีประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยผลทางร่างกายคือ ทำให้มีการตอบสนองของกล้ามเนื้อ และความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ส่วนผลทางจิตใจ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และความรู้สึก (จิระพันธุ์ พูลพัฒน์ และคำแก้ว ไกรสรพงษ์, 2544; คำแก้ว ไกรสรพงษ์,

2545; สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, 2550) โดยช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียด ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Camp et al., 1997; Rose, Camp, Skrajner, & Gorzelle, 2003)

การจัดกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรีจะช่วยพัฒนาระบบประสาท พัฒนาทักษะการเคลื่อนไหว พัฒนาทักษะการสื่อสารและการใช้ภาษา เสริมสร้างพัฒนาการด้านอารมณ์และสังคม รวมทั้งช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยในการทำกิจกรรมมีอุปกรณ์ที่หลากหลายคำนึงถึงความสะดวกของผู้สูงอายุ อุปกรณ์มีความสอดคล้องกับศักยภาพ ประสบการณ์เดิม และบริบทของผู้สูงอายุ จึงเป็นทางเลือกที่มีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ (กนกพรพรรณรสุด, 2551; กัลยพร นันทชัย และคณะ, 2554)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้สูงอายุซึ่งมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมได้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงมีความสนใจในแนวทางการจัดกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรีในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลาย เสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเอง และส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม อันจะนำ

ไปสู่การลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมการจัดกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรี

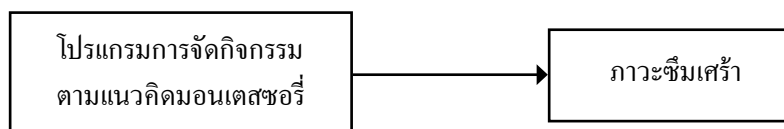
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรีกับกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมการจัดกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรี ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

2. ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรี มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบุรีรัมย์ เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์ดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชาย 2) มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยและปานกลาง ซึ่งประเมินโดยผู้วิจัยโดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย 3) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม 4) ไม่ได้รับการรักษาอาการซึมเศร้ามาเป็นเวลา 1 เดือน 5) มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยได้ดี ไม่มีความบกพร่องด้านการได้ยิน และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับเกณฑ์ในการยุติการเข้าร่วมการวิจัยคือ เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนครั้งของกิจกรรมทั้งหมด ทั้งนี้ในการกำหนดขนาดตัวอย่างนั้นใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Tabachnick & Fidell, 1996) เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่มากพอที่จะมีอำนาจทดสอบ 100% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 พบว่าต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 15 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 30 คน และเพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการกำหนดขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงทดลอง ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน (อวยพร เรืองตระกูล, 2550) ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 40 คน ทั้งนี้ ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีการจับคู่ตามเพศ ช่วงอายุ และระดับภาวะซึมเศร้า จากนั้นสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 คู่มือการดำเนินโปรแกรมการจัดกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรีสำหรับบุคลากรและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก

การทบทวนแนวคิดการจัดกิจกรรมของ Montessori (2011) ในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยชุดกิจกรรม 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กิจกรรมกลุ่มประสบการณ์ชีวิต โดยกิจกรรมรายบุคคล ได้แก่ การปลูกไม้ประดับ การปลูกไม้ดอก การดูแลสนามหญ้า การพับผ้า และการทำความสะอาดเตียงนอน ส่วนกิจกรรมกลุ่มได้แก่ การปลูกผักสวนครัว การเล่นเกม การเล่นเกมเศรษฐี การทำน้ายาล้างจาน การทำน้ายาล้างมือ และการร้องคาราโอเกะ 2) กิจกรรมกลุ่มประสาทสัมผัส โดยกิจกรรมรายบุคคลได้แก่ การพับกลีบบัว การสานปลาตะเพียน การสานพัด การทำเปเปอร์มาเช่ การทำพรมเช็ดเท้า การห่อเหรียญโปรยทาน และการปั้นดินหอม ส่วนกิจกรรมกลุ่มได้แก่ การทำขนมลูกชุบ การทำขนมบัวลอย การทำขนมเทียน การทำขนมสาเก การทำกะหรี่ปั๊บ การทำพืมนั่น และ การทำเทียนหอมไล่ยุง และ 3) กิจกรรมกลุ่มวิชาการ โดยกิจกรรมรายบุคคลได้แก่ การถักผ้าพันคอ การถักตุ๊กตา การอ่านหนังสือ การห่อการบูร การจัดสวนถาด การจัดตู้ปลา และการจัดดอกไม้ ส่วนกิจกรรมกลุ่มได้แก่ การเล่นเกมหาคะดาน การทำสั้มน้ำ การประดิษฐ์ดอกไม้ การทำน้ายาซักผ้า และการทำแชมพูสระผม

1.2 แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรี ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยให้บันทึกจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงออก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา โรคประจำตัว อาชีพ ระยะเวลาที่อาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ และเหตุผลที่มาอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression scale) (กลุ่มฟื้นฟู

สมรรถภาพสมอง, 2537) ซึ่งสร้างและพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทยอันประกอบด้วย 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ และผู้สูงอายุ 2) พยาบาลจิตเวชศาสตร์ และ 3) นักจิตวิทยา รวมจำนวนทั้งสิ้น 29 คน จากสถาบันต่าง ๆ 14 แห่ง โดยใช้ต้นแบบจาก Geriatric Depression Scale (GDS) ของ Yesavage (1978) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยอรรณณ ลีทองอินทร์ (2533) ส่วนลักษณะของแบบวัดนั้น เป็นการประเมินความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวนทั้งสิ้น 30 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุปกติ (0-12 คะแนน) ผู้มีความเศร้าเล็กน้อย (13-18 คะแนน) ผู้มีความเศร้าปานกลาง (19-24 คะแนน) และผู้มีความเศร้ารุนแรง (25-30 คะแนน) (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537) มีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสันเท่ากับ .93

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำคู่มือการดำเนินโปรแกรมการจัดกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรีและแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทยไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง และความเหมาะสมของภาษาดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ หากค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความเศร้าฯ ได้ค่าเท่ากับ 1 จากนั้นนำคู่มือการดำเนินโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ณ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านมหาสารคาม จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของการจัดกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรี

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติจากศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบุรีรัมย์ จากนั้นจึงดำเนินการศึกษาในกลุ่มทดลอง ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้อาสาสมัครในกลุ่มควบคุมพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นการป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล โดยการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบุรีรัมย์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุม แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแจ้งให้ทราบว่า จะได้รับการบริการตามปกติจากศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบุรีรัมย์ ซึ่งประกอบด้วยการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยให้บริการการแก้ไขปัญห สุขภาพจิตเบื้องต้น บริการให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ และให้สุขภาพจิตศึกษา รวมทั้งการฝึกปรับตัวเข้ากับปัญหา ร่วมกับการให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูล จะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

3. ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มควบคุมตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นนัดหมายวันและเวลาเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 7

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูล จะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

5. ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มทดลองตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรี โดยดำเนินการกิจกรรมในวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 09:00-12:00 น. และจัดกิจกรรมกลุ่มในวันศุกร์ เวลา 13:00-15:00 น. เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

6. ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนและวิธีการเข้าร่วมกิจกรรมแก่กลุ่มทดลอง โดยอุปกรณ์และเอกสารแสดงขั้นตอนการทำกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรีได้ถูกจัดไว้ภายในกล่องอุปกรณ์ ทั้งนี้ให้กลุ่มทดลองเลือกทำกิจกรรมทั้ง 3 ชุดกิจกรรม ตามความพึงพอใจ

7. ผู้วิจัยสาธิตการทำกิจกรรมตามความพึงพอใจของผู้ร่วมกิจกรรม โดยแนะนำชื่อกิจกรรมและชื่ออุปกรณ์ในกิจกรรมนั้นๆ ให้ผู้ร่วมกิจกรรมทราบ จากนั้นสาธิตการทำกิจกรรม โดยให้ผู้ร่วมกิจกรรมมุ่งความสนใจไปจดจ่ออยู่กับการสังเกต การจดจำ และการทำความเข้าใจ ซึ่งจะช่วยให้เกิดสมาธิ ขณะสาธิต ใช้การเคลื่อนไหวอย่างช้าๆ เพื่อความชัดเจนของการสาธิต รวมทั้งปรับจังหวะในการสาธิตให้เหมาะสมกับระดับความสามารถในการรับรู้ของผู้ร่วมกิจกรรม อีกทั้งมีความสม่ำเสมอในการสาธิต กล่าวคือ ขั้นตอนและจังหวะต่างๆ ในการสาธิตจะเหมือนกันทุกครั้งที่ทำการสาธิต เพื่อป้องกันความสับสนแก่ผู้ร่วมกิจกรรม จากนั้นให้กลุ่มทดลองแต่ละคนได้ทำกิจกรรมด้วยตนเอง

8. ผู้วิจัยบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรีของกลุ่มทดลองในแต่ละครั้ง

9. ผู้วิจัยนัดหมายวันและเวลากับกลุ่มทดลองเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 7

10. ผู้วิจัยประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (post-test) ในสัปดาห์ที่ 7

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมการจัดกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรี วิเคราะห์ด้วยสถิติ

paired *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75 เท่ากัน มีอายุอยู่ในช่วง 71-75 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสฝ่าย/หย่า/แยก คิดเป็นร้อยละ 85 และ 70 ตามลำดับ ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 90 และ 70 ตามลำดับ มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 90 และ 70 ตามลำดับ ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45 และ 50 ตามลำดับ ระยะเวลาที่อาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุอยู่ในช่วง 1-2 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 และ 55 ตามลำดับ และเหตุผลที่มาอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู คิดเป็นร้อยละ 60 และ 70 ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมการจัดกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรี พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า 21.95 ส่วนหลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า 15.25 และพบว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.233, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมการจัดกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรี

ภาวะซึมเศร้า	n	$\bar{X}$	SD	t	p
ก่อนการทดลอง	20	21.95	2.28	14.233	< .001
หลังการทดลอง	20	15.25	2.07		

3. การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรี กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการตามปกติ พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า 21.95 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า 20.80 และพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่าง

จากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า 15.25 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า 19.75 และพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.830, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการทดลอง	21.95	2.28	20.80	2.30	1.585	.121
หลังการทดลอง	15.25	2.07	19.75	1.51	7.830	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรี ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และพบว่าหลังการทดลอง ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ทั้งนี้อธิบายได้จากแนวคิดของ Montessori (2011) ที่อธิบายถึงหลักการจัดกิจกรรมต่อสภาวะทางอารมณ์ของผู้ร่วมกิจกรรม กล่าวคือ การจัดกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรีประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มประสบการณ์ชีวิต กิจกรรมกลุ่มประสาทสัมผัส และกิจกรรมกลุ่มวิชาการ จะช่วยให้ผู้ร่วมกิจกรรมรู้สึกผ่อนคลายและช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ ทั้งนี้ เนื่องจากการจัดกิจกรรมช่วยเพิ่มระดับสารเคมีในสมอง เช่น serotonin ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึก (Rao, 2006) และ endorphins ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ร่างกายผลิตขึ้นเมื่อมีความสุข ส่งผลให้เกิด

การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (Zhang et al., 2009) นอกจากนี้ การทำกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรียังช่วยให้ผู้ร่วมกิจกรรมรู้สึกเพลิดเพลิน ทำให้อารมณ์แจ่มใส เป็นการเสริมสร้างพัฒนาการด้านอารมณ์ อีกทั้งในการทำกิจกรรม มีการส่งเสริมให้ผู้ร่วมกิจกรรมได้ทำกิจกรรมกลุ่ม ส่งผลให้ได้พูดคุยกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำกิจกรรมร่วมกัน อันเป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพ ถึงแม้ว่าบางครั้งผู้ร่วมกิจกรรมอาจเลือกทำกิจกรรมเป็นรายบุคคล แต่ก็ได้นั่งรวมกลุ่มกับผู้อื่นที่เลือกกิจกรรมชนิดเดียวกัน ก่อให้เกิดการช่วยเหลือแบ่งปัน ทำให้อารมณ์เศร้าถูกปลดปล่อย (กัลยพร นันทชัย และคณะ, 2554) ส่วนด้านสติปัญญา นั้น พบว่ากิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรีช่วยให้ผู้ร่วมกิจกรรมมีสมาธิจดจ่อกับกิจกรรมที่ทำ ได้ทบทวนความจำเกี่ยวกับกิจกรรมที่เคยทำในอดีต และทำให้มีการใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์เมื่อทำกิจกรรมสำเร็จ จะก่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองที่ยังมีศักยภาพในการทำประโยชน์ เกิดเป็นผลงานที่มีคุณค่าทางจิตใจ เป็นการเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเอง (วิวิรรณ นิวัตพันธุ์ และคำแก้ว ไกรสรพงษ์, 2555)

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Camp et al. (1997) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรีในผู้ป่วยสมองเสื่อมและมีภาวะซึมเศร้า โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมทางกายและกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างง่ายที่ทำได้เป็นขั้นตอน เริ่มจากสิ่งที่ย่างย่ำสิ่งที่ซับซ้อนขึ้น จากสิ่งที่จำเป็นต้องได้รู้การคิดแบบนามธรรม การเรียนรู้จากการสังเกต การจดจำ การระลึกได้ และการสาธิต พบว่าผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและความสามารถในการรู้คิด และช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Camp and Skrajner (2004) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการฝึกผู้สูงอายุในที่พักอาศัยโดยใช้โปรแกรมมอนเตสซอรีในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมแยกตัว พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกตามขั้นตอนของโปรแกรมมอนเตสซอรีมีความพึงพอใจต่อบทบาทที่พวกเขาได้รับ และยังประสบผลสำเร็จในการทำกิจกรรมกลุ่ม อีกทั้งกิจกรรมช่วยสร้างการมีปฏิสัมพันธ์ในแง่บวก แสดงให้เห็นว่าการจัดกิจกรรม

ตามแนวคิดมอนเตสซอรีสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Rose et al. (2003) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการจัดกิจกรรมตามแนวคิดของมอนเตสซอรีในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการเป็นผู้นำในการจัดกิจกรรมตามแนวคิดของมอนเตสซอรี โดยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้วางแผนในการจัดกิจกรรมร่วมกัน พบว่ากิจกรรมช่วยฟื้นฟูความสามารถของผู้สูงอายุลดพฤติกรรมแยกตัว ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลได้

สำหรับงานวิจัยในประเทศไทยนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยพร นันทชัย (2551) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการฝึกความจำด้วยกิจกรรมตามหลักปรัชญามอนเตสซอรีในผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะเริ่มแรก พบว่าหลังจากฝึกความจำผู้สูงอายุมีคะแนนความจำเพิ่มขึ้น เกิดการเรียนรู้ เกิดความภาคภูมิใจที่ได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ได้อย่างเต็มที่ ช่วยสร้างสัมพันธภาพ และเกิดการช่วยเหลือกันในกลุ่มที่ฝึกความจำตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมกิจกรรม และสอดคล้องกับการศึกษาของกนกพรพรรณ กรณสูตร (2551) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการฝึกทักษะในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยกิจกรรมแบบมอนเตสซอรีในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มแรก พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมเกิดความภาคภูมิใจในความสำเร็จของตน ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในตนเอง เกิดความมั่นใจและความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเอง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของกัลยพร นันทชัย และคณะ (2554) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูผู้ป่วยสูงอายุในระยะฟื้นฟูด้วยกิจกรรมตามหลักปรัชญามอนเตสซอรี พบว่ารูปแบบการฟื้นฟูช่วยคงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมที่ซับซ้อนขึ้นได้ นอกจากนี้ยังพบว่ากิจกรรมตามหลักปรัชญามอนเตสซอรีมีผลต่อการพัฒนาด้านความคิด ความจำที่ต้องใช้ความเชื่อมโยงระหว่างสมาธิ สายตา และกล้ามเนื้อ รวมทั้งช่วยส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเอง

จากข้อมูลงานวิจัยและแนวคิดที่สนับสนุนในการอภิปรายผลการวิจัย กล่าวได้ว่าการจัดกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรีช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลาย เสริมสร้างการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ส่งเสริมการเห็นคุณค่า และภาพลักษณ์ของตนเอง ส่งผลให้ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลง ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการจัดกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรีนั้น เน้นให้ผู้ร่วมกิจกรรมได้มีการพัฒนาตามศักยภาพของตนเอง โดยคำนึงถึงความสามารถของแต่ละบุคคล การมีอิสระตามระยะเวลาที่สนใจ ไม่มีการเปรียบเทียบ แข่งขัน หรือทดสอบ เพื่อไม่ให้เกิดความกดดันกับผู้ทำกิจกรรม ส่งเสริมให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในกลุ่มและความร่วมมือในการทำกิจกรรม การเรียนรู้จึงขึ้นอยู่กับผู้ทำกิจกรรม ความสามารถของแต่ละบุคคล โดยกิจกรรมเริ่มจากรูปธรรมสู่นามธรรม จากกิจกรรมระดับง่ายไปสู่กิจกรรมที่ยากและซับซ้อนขึ้น ก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญา จิตวิญญาณ และความมีคุณค่าในตนเอง โดยกิจกรรมส่งผลต่อความจำ การรับรู้ ความคิด อารมณ์ และความรู้สึก ทำให้เกิดการตระหนักในตนเอง นอกจากนี้ กิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรียังเป็นกิจกรรมที่สามารถนำมาใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน และเป็นการฝึกฝนจนเกิดการเรียนรู้ทักษะต่างๆ มีการเรียนรู้ที่จะจัดการกับตนเอง โดยผู้สูงอายุสามารถเลือกปฏิบัติกิจกรรมใดก็ได้ตามความพึงพอใจของตนเอง อันเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เลือกกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดนโยบายที่เหมาะสมในการส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรีเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว โดยจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยบำบัดและฟื้นฟูสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้สามารถกระทำหน้าที่ของตนเองได้ตามปกติ

1.2 บุคลากรหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่ต้องการนำโปรแกรมการจัดกิจกรรมตามแนวคิด

มอนเตสซอรีไปใช้ ควรมีการฝึกปฏิบัติการจัดกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรี เนื่องจากในการดำเนินโปรแกรมมีหลายกิจกรรมย่อย จึงจำเป็นต้องทราบขั้นตอนและวิธีการทำกิจกรรมทุกกิจกรรม รวมทั้งสามารถหาวิธีการทำกิจกรรมได้ถูกต้องและเหมาะสม เนื่องจากผู้สูงอายุบางคนไม่เคยมีประสบการณ์ในการใช้อุปกรณ์

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของการจัดกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนหรือในสถานดูแลผู้สูงอายุอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

2.2 ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรีในผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ เพื่อช่วยบำบัด รักษา และฟื้นฟูสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้สามารถกระทำหน้าที่ของตนเองได้ตามปกติ และพึงพาผู้อื่นน้อยที่สุด

เอกสารอ้างอิง

- กนกพรรณ กรรณสูตร. (2551). *ประสิทธิภาพของการฝึกทักษะในการทำวัตรประจำวันด้วยกิจกรรมแบบมอนเตสซอรีในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มแรก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *จำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน จำแนกรายจังหวัด ปีพ.ศ. 2549*. สืบค้น วันที่ 19 พฤษภาคม 2557, จาก <http://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=1020>
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2537). *แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย*. *สารศิริราช*, 46(1), 1-9.
- กัลยพร นันทชัย. (2551). *ประสิทธิภาพของการฝึกความจำด้วยกิจกรรมตามหลักปรัชญามอนเตสซอรีในผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะเริ่มแรก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- กัลยพร นันทชัย, และคณะ. (2554). *คู่มือกิจกรรมตามหลักปรัชญามอนเตสซอร์รี่กับ ผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์พับลิชชิง.
- คำแก้ว ไกรสรพจน์. (2545). *การสอนตามหลักปรัชญามอนเตสซอร์รี่สำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ*. กรุงเทพฯ: พีทีอีเอทีพีเอชส์.
- จตุรพร ศุกรนันท์. (2553). *ผลการเปรียบเทียบการให้คำปรึกษากลุ่มระหว่างทฤษฎีจิตผู้ลี้ภัยกับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลางกับการใช้ดนตรีบำบัดที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร)*. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- จีระพันธุ์ พูลพัฒน์, และคำแก้ว ไกรสรพจน์. (2544). *คู่มือการสอนแบบมอนเตสซอร์รี่*. กรุงเทพฯ: เดอะมาสเตอร์กรุ๊ป แมเนจเม้นท์.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2552). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551*. กรุงเทพฯ: ทีคิวพี.
- รวิวรรณ นิเวศพันธุ์, และคำแก้ว ไกรสรพจน์. (2555). *กิจกรรมของมอนเตสซอร์รี่กับผู้สูงอายุหลังลิ้ม*. กรุงเทพฯ: เอไซ (ประเทศไทย) มาร์เก็ตติ้ง.
- ศิริราไพ สุวัฒนกุล. (2555). *การศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักของตนเองและผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *โครงการวิจัยการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของ ไทย*. สืบค้น วันที่ 19 พฤษภาคม 2557, จาก <http://static.agingthai.org/files/content/4regions.pdf>
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 6)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว การพิมพ์.
- สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. (2550). *การเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยไทย: ตามแนวคิดมอนเตสซอร์รี่ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: วี.ที.ซี. คอมมิวนิเคชั่น.
- สุดสภาย จุลทัตพะ. (2552). *ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. ใน ประเสริฐ อัสสันตชัย. (บ.ก.). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. หน้า 40-50. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2543). *อารมณ์ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. ศรีนครินทร์เวชสาร, 15(1), 23-27*.
- อวยพร เรืองตระกูล. (2550). *สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ I*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Barry, L. C., Allore, H. G., Guo, Z., Bruce, M. L., & Gill, T. M. (2008). Higher burden of depression among older women: The effect of onset, persistence, and mortality over time. *Archives of General Psychiatry, 65(2)*, 172-178.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Camp, C. J., et al. (1997). An intergenerational program for persons with dementia using Montessori methods. *The Gerontologist, 37(5)*, 688-692.
- Camp, C. J., Orsulic-Jeras, S., Lee, M. M., & Judge, K. S. (2004). Effects of a Montessori-based intergenerational program on engagement and affect for adult day are clients with dementia. In Wykle, M. L., Whitehouse, P. J., & Morris, D. L. (Eds.). *Successful aging through the life span: Intergenerational issues in health*. pp. 159-176. New York: Springer.

- Camp, C. J., & Skrajner, M. J. (2004). Resident-Assisted Montessori Programming (RAMP): Training persons with dementia to serve as group activity leaders. *The Gerontologist*, 44(3), 426-431.
- Lin, L. C., Yang, M. H., Kao, C. C., Wu, S. C., Tang, S. H., & Lin, J. G. (2009). Using acupressure and Montessori-based activities to decrease agitation for residents with dementia: A cross-over trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(6), 1022-1029.
- Montessori, M. (2011). *Dr. Montessori's own handbook*. New York: Schocken Books.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2007). *Depression (amended): Management of depression in primary and secondary care—NICE clinical guideline*. Retrieved May 19, 2014, from <http://www.leeds.ac.uk/lpop/Key%20Policy%20Documents/CG23NICEguidelineamended.pdf>
- Pirkis, J., et al. (2009). The community prevalence of depression in older Australians. *Journal of Affective Disorders*, 115(1-2), 54-61.
- Rao, U. (2006). Links between depression and substance abuse in adolescents: Neurobiological mechanisms. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(6 suppl. 1), s161-s174.
- Rose, M. S., Camp, C. J., Skrajner, M. J., & Gorzelle, G. J. (2003). Enhancing the quality of nursing home visits with Montessori-based activities. *Activities Directors' Quarterly*, 3, 4-10.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistics*. New York: Harper Colins College.
- Zhang, K., et al. (2009). The combined effects of the 5-HTTLPR and 5-HTR1A genes modulates the relationship between negative life events and major depressive disorder in a Chinese population. *Journal of Affective Disorders*, 114(1-3), 224-231

ผลของการพัฒนาทักษะการนวดแผนไทยของเยาวชนเพื่อผ่อนคลายในผู้ที่มีปัญหาปวดไหล่และคอ Effect of Developing the Skills of Thai Massage of Teenagers for Relaxing in People with Shoulder and Neck Pain

โสกา ลีศรีวัฒนกุล, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) *

Sopha Leesiriwattanagul, M.N.S. (Nursing Administration) *

กนิษฐ์ แก้วแดง, พย.ม. (การพยาบาลศึกษา) *

Kanisorn Kaewdang, M.N.S. (Nursing Education) *

บุษยรัตน์ ลอยศักดิ์, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) **

Budsayarat Loysak, M.N.S. (Adult Nursing) **

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาทักษะการนวดแผนไทยของเยาวชนเพื่อผ่อนคลายในผู้ที่มีปัญหาปวดไหล่และคอ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเยาวชนเพศหญิง โรงเรียนเบญจมานุสรณ์ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี และบุคลากรในครอบครัว กลุ่มละ 16 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการนวดแผนไทยเพื่อผ่อนคลาย คู่มือการนวด แบบประเมินอาการปวด แบบประเมินอาการผ่อนคลายที่มีค่าความเชื่อมั่น .79 และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการนวดที่มีค่าความเชื่อมั่น .82 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired *t*-test

ผลการวิจัย มีดังนี้

1. ก่อนได้รับการนวด ผู้ที่มีปัญหาปวดไหล่และคอมีค่าเฉลี่ยอาการปวด 3.87 (SD = 1.54) ส่วนหลังได้รับการนวด มีค่าเฉลี่ยอาการปวด 2.31 (SD = 1.43) และหลังได้รับการนวด ผู้ที่มีปัญหาปวดไหล่และคอมีค่าเฉลี่ยอาการปวดน้อยกว่าก่อนได้รับการนวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.983, p < .01$)
2. ผู้ที่มีปัญหาปวดไหล่และคอส่วนใหญ่มีอาการผ่อนคลายในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 68.75 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 18.75 และ 12.50 ตามลำดับ
3. ผู้ที่มีปัญหาปวดไหล่และคอส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการนวดในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 68.75 รองลงมาคือ ระดับมากที่สุด และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 18.75 และ 12.50 ตามลำดับ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลควรสร้างเสริมทักษะการดูแลสุขภาพแก่ประชาชน โดยสอนเกี่ยวกับการนวดแผนไทยเบื้องต้นแก่เยาวชน เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดี สามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองและบุคคลในครอบครัว

คำสำคัญ : เยาวชน การนวดแผนไทยเพื่อผ่อนคลาย อาการปวดไหล่และคอ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to determine the effects of Thai massage skill development among teenagers who practiced Thai relaxing massage for people with shoulder and neck pain. Study's participants were composed of 16 female teenagers studying in Benjamasorn School, Muang District, Chanthaburi Province, and 16 parents or relatives of theirs. The research tools consisted of the relaxing Thai massage program, the Thai massage manual, a pain scale, a relaxation evaluation scale with the reliability of .79, and a questionnaire of satisfaction with the reliability of .82. The implementation and data collection were conducted from June to August 2015. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired *t*-test.

The results were as follows:

1. Before the relaxing massage by teenagers, people with shoulder and neck pain had an average pain score of 3.87 (SD = 1.54); whereas, an average pain score after the relaxing massage was 2.31 (SD = 1.43). Also, an average pain score after massage was statistically significantly lower than that before massage ($t = 3.983, p < .01$).
2. The percentages of participants with pain relief at high, moderate, and very high levels were 68.75, 18.75, and 12.50, respectively.
3. The percentages of participants with satisfaction toward relaxing Thai massage at high, very high, and moderate levels were 68.75, 18.75, and 12.50, respectively.

This study suggested that nurses should promote skill of health care for people by teaching basic Thai massage in young people to enhance their knowledge, understanding, and good attitude. Doing so, teenagers will be able to use Thai massage in health care for themselves and their family.

Keywords : Teenagers, Thai massage for relaxing, Shoulder and neck pain

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดำเนินกิจวัตรประจำวัน หรือการประกอบ การงานของมนุษย์ในปัจจุบัน มีการใช้กล้ามเนื้อหลายส่วน ที่มีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ ทำให้เกิดการอ่อนล้า โดยเฉพาะ ไหล่และคอ นับเป็นอวัยวะที่มีการใช้กล้ามเนื้อบ่อย ซึ่งกล้ามเนื้อไหล่มีหน้าที่หลักเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของ แขนรอบข้อต่อไหล่ในรูปแบบต่างๆ ดังนั้น ถ้ามีการทำ กิจกรรมซ้ำบ่อยๆ และไม่ได้รับการแก้ไข จะส่งผลให้กล้ามเนื้อ บริเวณดังกล่าวเกิดอาการปวดเมื่อยและไม่สบาย ทำให้ เกิดปัญหาสุขภาพตามมา

ในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบ อาชีพทำสวน ซึ่งต้องมีการขุดดิน ยกของหนัก รวมทั้ง การประกอบอาชีพอื่นๆ เช่น รับราชการ รับจ้าง ทำให้ต้อง นั่งทำงานในท่าเดิมนานๆ การใช้คอมพิวเตอร์ การเปลี่ยน ท่าทางที่ไม่ถูกต้อง รวมทั้งการใช้โต๊ะและเก้าอี้ที่สูงหรือต่ำ เกินไป ไม่เหมาะสมกับสรีระของร่างกาย ส่งผลให้กล้ามเนื้อ บริเวณคอ ไหล่ และสะบักอ่อนแรง ตึง และขาดความทนทาน เนื่องจากกล้ามเนื้อที่ช่วยในการเคลื่อนไหวของแขนและ สะบักบางมัดไปเกาะบริเวณกระดูกคอ ดังนั้น ความผิดปกติ ของกล้ามเนื้อเหล่านี้จึงส่งผลต่อกระดูกคอด้วย ทำให้เกิด

อาการปวดตึงบริเวณกล้ามเนื้อไหล่และคอ ซึ่งถ้าไม่ได้รับการดูแลหรือบรรเทาอาการ จะทำให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังได้

เมื่อเกิดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ผู้ที่มีอาการมักหาวิธีการให้ตนเองบรรเทาจากอาการปวดเมื่อย โดยใช้วิธีการต่างๆ เช่น การพัก การใช้ยาทา ยานวด ยารับประทาน การประคบร้อน แต่ในปัจจุบันพบว่า การนวดแผนไทยเป็นทางเลือกที่ได้รับความนิยมมากขึ้น โดยการนวดเป็นส่วนหนึ่งของการแพทย์แผนไทยที่สืบทอดกันมาแต่โบราณ เป็นการนวดเพื่อคลายกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น บรรเทาอาการปวดเมื่อยหรือตึงเครียดอันเนื่องมาจากการทำงานในชีวิตประจำวัน การนวดไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใดก็ตาม ส่งผลต่อทั้งร่างกายและจิตใจ เพราะการนวดส่งผลดีกับระบบน้ำเหลืองและการไหลเวียนภายใน เป็นผลดีต่อผิวพรรณ และสุขภาพ และการสัมผัสอย่างนุ่มนวล ต่อเนื่อง การแสดงปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้รับการนวด ช่วยผ่อนคลายความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของวิศรุต บุตรภาส (2551) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลแบบเฉียบพลันของการนวดไทยต่อตัวแปรที่สัมพันธ์กับความเครียด ซึ่งประกอบด้วยความผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจ ความวิตกกังวล ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ระดับอาการปวด ระดับขีดเริ่มของอาการกดเจ็บ และความยืดหยุ่นของร่างกาย ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังที่มีสาเหตุมาจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด สรุปได้ว่าการนวดไทยทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก และทำให้ตัวแปรที่สัมพันธ์กับความเครียดเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

การอาศัยอยู่ร่วมกันในครอบครัว ซึ่งมักประกอบด้วยบิดา มารดา บุตร หรือมีญาติ เช่น ลุง ป้า น้า อา พบว่าบุตรวัยรุ่นซึ่งเป็นเยาวชน อยู่ในวัยที่สามารถดูแลบุคคลในครอบครัวได้ในระดับหนึ่ง ถ้าได้รับการฝึกทักษะการนวดเพื่อผ่อนคลายอย่างถูกต้อง จะสามารถช่วยลดอาการปวดไหล่และคอของคนในครอบครัวได้ นอกจากนี้ ผู้ที่ทำการนวดยังเป็นบุตรหลาน จึงช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว อีกทั้งยังเป็นการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์อีกด้วย

คณะผู้วิจัยในฐานะอาจารย์พยาบาล ตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้จัดโครงการบริการวิชาการบูรณาการกับรายวิชา พย.1204 ปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล เรื่อง การนวดเพื่อผ่อนคลายในผู้ที่มีปัญหาปวดไหล่และคอ ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2553 ผลการประเมินโครงการพบว่าร้อยละ 99 ของประชาชนที่ได้รับการนวดไหล่และคอ มีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป นอกจากนี้ โสภกา ลีศิริวัฒนกุล, คณิศร แก้วแดง, และวิภารัตน์ ภิบาลวงษ์ (2555) ยังได้ทำการศึกษาเรื่อง การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการนวดเพื่อผ่อนคลายแบบนวดโดยใช้น้ำมันไพลกับนวดแบบดั้งเดิมในผู้ที่มีปัญหาปวดไหล่และคอ พบว่าการนวดทั้ง 2 รูปแบบ สามารถช่วยลดอาการปวดได้ไม่แตกต่างกัน โดยมีข้อเสนอแนะว่าควรจัดให้มีการอบรมเพื่อให้ความรู้และสอนการนวดแก่ประชาชนและเยาวชนในทำที่ปฏิบัติได้ง่าย เพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรัง หลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ปวดโดยไม่จำเป็น ส่งผลให้ประชาชนและเยาวชนเกิดความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดี และสามารถนำการนวดไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัวได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการพัฒนาทักษะการนวดแผนไทยของเยาวชนเพื่อผ่อนคลายในผู้ที่มีปัญหาปวดไหล่และคอ โดยการนวดจะช่วยลดอาการปวด ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย และผู้รับการนวดมีความพึงพอใจ

วัตถุประสงค์การวิจัย

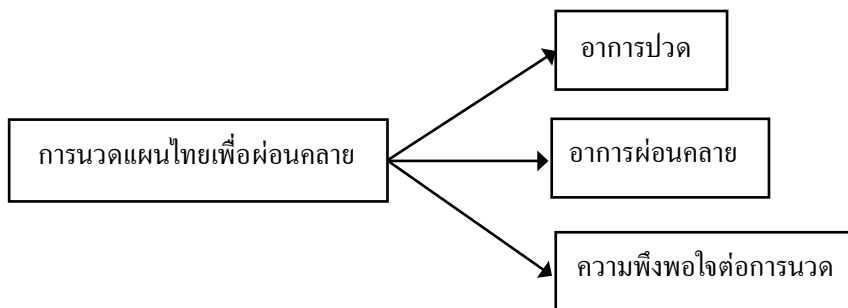
1. เพื่อเปรียบเทียบอาการปวดของผู้ที่มีปัญหาปวดไหล่และคอ ระหว่างก่อนกับหลังได้รับการนวดแผนไทยเพื่อผ่อนคลายจากเยาวชน
2. เพื่อศึกษาอาการผ่อนคลายของผู้ที่มีปัญหาปวดไหล่และคอ หลังได้รับการนวดแผนไทยเพื่อผ่อนคลายจากเยาวชน
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการนวดของผู้ที่มีปัญหาปวดไหล่และคอ หลังได้รับการนวดแผนไทยเพื่อผ่อนคลายจากเยาวชน

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับการนัดหมายไทยเพื่อผ่อนคลาจากเยาวชน ผู้ที่มีปัญหาปวดไหล่และคอมีอาการปวดลดลง
2. หลังได้รับการนัดหมายไทยเพื่อผ่อนคลาจากเยาวชน ผู้ที่มีปัญหาปวดไหล่และคอมีอาการผ่อนคลามากขึ้น

3. หลังได้รับการนัดหมายไทยเพื่อผ่อนคลาจากเยาวชน ผู้ที่มีปัญหาปวดไหล่และคอมีความพึงพอใจต่อการนัดในระดับมากขึ้นไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 ประชากรเป็นเยาวชน ซึ่งเป็นนักเรียนหญิงที่มีอายุระหว่าง 14-18 ปี โรงเรียนเบญจมานุสรณ์ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ปีการศึกษา 2557 จำนวน 567 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยคือ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเข้าร่วมโปรแกรมการนัดหมายไทยเพื่อผ่อนคลาครบถ้วน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 16 คน ส่วนเกณฑ์ในการคัดออกคือ เข้าร่วมโปรแกรมการนัดหมายไทยเพื่อผ่อนคลาไม่ครบถ้วน

สำหรับเกณฑ์ในการยุติการเข้าร่วมการวิจัยคือ ขอลอนตัวจากการวิจัย

กลุ่มที่ 2 ประชากรเป็นบุคคลในครอบครัวของเยาวชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่ 1 โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยดังนี้ 1) มีอาการปวดไหล่และคอตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป 2) ไม่มีอาการปวดที่เกิดจากโรค เช่น ปวดจากกระดูกเสื่อม กล้ามเนื้ออักเสบ มะเร็งของกล้ามเนื้อและกระดูก กระดูกสันหลังคด โกงหรือแอ่น 3) ไม่เป็นโรคติดต่อ เช่น หวัด ตาแดง โรคผิวหนัง วัณโรค 4) บริวณไหล่และคอไม่มีการอักเสบ ไม่มีบาดแผลเปิด แผลฝีหนอง หรือเนื้องอก 5) ไม่เป็นโรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และ 7) มีผลการประเมินสภาพร่างกายก่อนรับการนัดพบ คือ ออณหภูมิไม่เกิน 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจรไม่เกิน 90 ครั้งต่อนาที และอัตราการหายใจไม่เกิน 24 ครั้งต่อนาที ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ซึ่งคณะผู้วิจัยสร้างขึ้น มีดังนี้

1.1 โปรแกรมการวางแผนไทยเพื่อผ่อนคลาย ประกอบด้วยกิจกรรม 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนไทยเพื่อผ่อนคลาย เนื้อหาประกอบด้วยประวัติการวางแผนไทย และหลักทั่วไปในการวางแผนไทย ใช้วิธีการบรรยาย ใช้เวลา 30 นาที 2) การสาธิตวิธีการวางแผนไทยเพื่อผ่อนคลาย โดยคณะผู้วิจัย 2 คน ที่ผ่านการอบรมแล้ว ใช้วิธีการสาธิตประกอบคำบรรยาย พร้อมให้ซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา ใช้เวลาทั้งสิ้น 1½ ชั่วโมง และ 3) การสาธิตย้อนกลับวิธีการวางแผนไทยเพื่อผ่อนคลาย โดยให้เยาวชนปฏิบัติตามการนัดทั้ง 13 ท่า แก่เพื่อนนักเรียน ใช้เวลาคนละ 30 นาที รวมเวลาทั้งสิ้น 4 ชั่วโมง ทั้งนี้ เยาวชนต้องผ่านเกณฑ์การพัฒนาทักษะการนัดตามโปรแกรม โดยต้องสามารถปฏิบัติตามการนัดได้อย่างถูกต้องในแต่ละท่า ซึ่งประเมินโดยคณะผู้วิจัย 2 คน ที่ผ่านการอบรมแล้ว (ผู้วิจัย 1 คน ประเมินเยาวชน 8 คน)

1.2 คู่มือการวางแผนไทยเพื่อผ่อนคลาย เป็นคู่มือที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนไทยเพื่อผ่อนคลาย และจากการได้รับการสอนและฝึกทักษะการนัดแผนไทยเพื่อผ่อนคลายโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นแพทย์แผนไทยซึ่งได้รับใบประกอบโรคศิลปะ เนื้อหาประกอบด้วยวิธีการนัดแผนไทยเพื่อผ่อนคลายในท่านั่ง จำนวน 13 ท่า พร้อมภาพประกอบ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งคณะผู้วิจัยนำมาจากงานวิจัยของโสภา ลีศิริวัฒนกุล และคณะ (2555) มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบประเมินอาการปวด (numerical rating scale) ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว จำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ มีลักษณะ

คำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

1.2 แบบประเมินอาการปวด เป็นแบบประเมินที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงและมีเส้นขีดแบ่งเป็นช่องเท่าๆ กัน มีหมายเลขกำกับที่เส้นขีดแบ่งตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวด และ 10 หมายถึง มีอาการปวดรุนแรงจนไม่สามารถทนได้

ชุดที่ 2 แบบประเมินอาการผ่อนคลาย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบบันทึกผลการประเมินสภาพร่างกายก่อนรับการนัด ได้แก่ อุดหนุมิ ชีพจร และการหายใจ

2.2 แบบประเมินอาการผ่อนคลาย ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีอาการผ่อนคลายในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50) มีอาการผ่อนคลายในระดับน้อย (1.51-2.50) มีอาการผ่อนคลายในระดับปานกลาง (2.51-3.50) มีอาการผ่อนคลายในระดับมาก (3.51-4.50) และมีอาการผ่อนคลายในระดับมากที่สุด (4.51-5.00) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79

ชุดที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการนัด ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50) มีความพึงพอใจในระดับน้อย (1.51-2.50) มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง (2.51-3.50) มีความพึงพอใจในระดับมาก (3.51-4.50) และมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (4.51-5.00) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. คณะผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัย

และเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงเรียนเบญจมานุสรณ์
ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน
และรายละเอียดของกิจกรรมแต่ละครั้ง

2. คณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเยาวชน
แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอน
การดำเนินการวิจัย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิ์
ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยและสิทธิ์ที่จะถอนตัวจาก
การวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็น
ความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอ
ข้อมูลในภาพรวม เมื่อตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนาม
ในเอกสารแสดงความยินยอม

3. คณะผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็น
เยาวชนได้รับโปรแกรมการนัดแผนไทยเพื่อผ่อนคลาย
ทั้ง 3 กิจกรรม จนผ่านเกณฑ์การพัฒนาทักษะการนัด
และให้เยาวชนได้รับการสอนวิธีการประเมินอุณหภูมิ
ชีพจร และการหายใจ ทั้งนี้ ดำเนินกิจกรรมที่ห้องประชุม
สโมสรมักเรียน โรงเรียนเบญจมานุสรณ์

4. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเยาวชนประเมินอาการ
ปวดไหล่และคอของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคคลในครอบครัว
ก่อนได้รับการนัด (pre-test) โดยประเมินอุณหภูมิ ชีพจร
และการหายใจ ก่อนการนัด

5. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเยาวชนดำเนินการ
นัดแผนไทยเพื่อผ่อนคลาย ครั้งที่ 1 ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง
ที่เป็นบุคคลในครอบครัว ตามคู่มือการนัด โดยทำการนัด
ที่บ้าน ใช้เวลา 30-40 นาที

6. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเยาวชนประเมินอาการ
ปวดไหล่และคอของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคคลในครอบครัว
หลังได้รับการนัด (post-test) จากนั้นหลังการนัด 15 นาที
ประเมินอาการผ่อนคลายและความพึงพอใจต่อการนัด

7. หลังการนัดเพื่อผ่อนคลาย ครั้งที่ 1 ไม่น้อยกว่า
3 วัน กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเยาวชนดำเนินการนัดแผนไทย

เพื่อผ่อนคลาย ครั้งที่ 2 ให้แก่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคคลใน
ครอบครัว ตามคู่มือการนัด โดยทำการนัดที่บ้าน ใช้เวลา
30-40 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการข้อ 4 และ 6 ร่วมด้วย

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วย
สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การเปรียบเทียบอาการปวดระหว่างก่อนกับหลังได้รับ
การนัด วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนข้อมูลอาการ
ผ่อนคลายและความพึงพอใจต่อการนัด วิเคราะห์ด้วย
สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคคลในครอบครัวของ
เยาวชน (ผู้ที่มีปัญหาปวดไหล่และคอ) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง
คิดเป็นร้อยละ 68.75 มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี คิดเป็น
ร้อยละ 62.50 โดยมีอายุเฉลี่ย 41.25 ปี ($SD = 12.08$)
มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 75 มีการศึกษาระดับ
ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 68.75 มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด
คิดเป็นร้อยละ 31.25 และเกือบทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัว
คิดเป็นร้อยละ 93.75

2. การเปรียบเทียบอาการปวดระหว่างก่อนกับหลัง
ได้รับการนัดแผนไทยเพื่อผ่อนคลายจากเยาวชน พบว่า
ก่อนได้รับการนัด ผู้ที่มีปัญหาปวดไหล่และค้อมีค่าเฉลี่ย
อาการปวด 3.87 ($SD = 1.54$) ส่วนหลังได้รับการนัด
มีค่าเฉลี่ยอาการปวด 2.31 ($SD = 1.43$) และพบว่าหลังได้รับ
การนัด ผู้ที่มีปัญหาปวดไหล่และค้อมีค่าเฉลี่ยอาการปวด
น้อยกว่าก่อนได้รับการนัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($t = 3.983, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการปวดของผู้ที่มีปัญหาปวดไหล่และคอ ระหว่างก่อนกับหลังได้รับการนวดแผนไทยเพื่อผ่อนคลายจากเยาวชน

ช่วงเวลา	n	$\bar{X}$	SD	t	p
ก่อนได้รับการนวด	16	3.87	1.54	3.983	.001
หลังได้รับการนวด	16	2.31	1.43		

3. อาการผ่อนคลายของผู้ที่มีปัญหาปวดไหล่และคอ พบว่าผู้ที่มีปัญหาปวดไหล่และคอมีอาการผ่อนคลายโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 4.31$, $SD = .40$) โดยพบว่าส่วนใหญ่มีอาการผ่อนคลายในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 68.75 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 18.75 และ 12.50 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ที่มีปัญหาปวดไหล่และคอ หลังได้รับการนวดแผนไทยเพื่อผ่อนคลายจากเยาวชน จำแนกตามระดับอาการผ่อนคลาย (n = 16)

ระดับอาการผ่อนคลาย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อยที่สุด	-	-
น้อย	-	-
ปานกลาง	3	18.75
มาก	11	68.75
มากที่สุด	2	12.50
$\bar{X} = 4.31$, $SD = .40$		

4. ความพึงพอใจต่อการนวดของผู้ที่มีปัญหาปวดไหล่และคอ พบว่าผู้ที่มีปัญหาปวดไหล่และคอมีความพึงพอใจต่อการนวดโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 4.28$, $SD = .65$) โดยพบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการนวดในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 68.75 รองลงมาคือ ระดับมากที่สุด และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 18.75 และ 12.50 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ที่มีปัญหาปวดไหล่และคอ หลังได้รับการนวดแผนไทยเพื่อผ่อนคลาย
จากเขาวงกต จำแนกตามระดับความพึงพอใจต่อการนวด (n = 16)

ระดับความพึงพอใจต่อการนวด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อยที่สุด	-	-
น้อย	-	-
ปานกลาง	2	12.50
มาก	11	68.75
มากที่สุด	3	18.75
$\bar{X} = 4.28, SD = .65$		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับการนวดแผนไทยเพื่อผ่อนคลายจากเขาวงกต ผู้ที่มีปัญหาปวดไหล่และคอ มีค่าเฉลี่ยการปวดน้อยกว่าก่อนได้รับการนวดฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการนวดมีผลต่อระบบกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อเมื่อยล้าน้อยลง ผ่อนคลายความเกร็ง ในรายที่มีพังผืดกล้ามเนื้อ การคลึงจะทำให้พังผืดอ่อนตัวลง ทำให้กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นดีขึ้น และอาการเจ็บปวดลดลง (ยงศักดิ์ ตันติปัญญา, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของรสสุคนธ์ พันสะอาด (2558) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการนวดแบบราชสำนักในการรักษา กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบนของผู้มารับบริการในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย โรงพยาบาลพนสนิมคม จังหวัดชลบุรี พบว่าหลังได้รับการนวด กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของวิโรจน์ วรรณภิระ, ปานจิต วรรณภิระ, และกัญญารัตน์ คำจูน (2557) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลการรักษาผู้ป่วยปวดคอและหลังส่วนบนจาก myofascial pain syndrome ระหว่างอัลตราซาวด์ นวดไทย และอัลตราซาวด์ร่วมกับนวดไทยในกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม พบว่าระดับความรู้สึkpวดและคะแนนความเจ็บปวดขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังรักษา

ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกกลุ่ม ($p < .001$) ซึ่งอธิบายได้ว่าการนวดสามารถช่วยให้การยึดรั้งของพังผืดในกล้ามเนื้อลดลง และมีการจัดเรียงเส้นใยพังผืดให้เข้ารูปที่เป็นปกติเร็วขึ้น จึงมีผลดีในการบรรเทาปวดในโรคกล้ามเนื้อและพังผืดอักเสบ (วิชัย อิงพินิจพงศ์, 2551) โดยเชื่อกันว่ากลไกการลดปวดในภาวะเหล่านี้ อาจมีหลายอย่างร่วมกัน เช่น การนวด ซึ่งเป็นการสัมผัสอย่างหนึ่ง จึงอธิบายด้วยทฤษฎีเกตคุมประตู (Gate Control Theory) และการนวดมีผลต่อการเพิ่มการไหลเวียนเลือด ทำให้ร่างกายซ่อมแซมตนเองได้ นอกจากนี้ อาการปวดอาจลดลงจากการที่การนวดกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งเอนโดर्फิน (endorphin) ซึ่งมีผลระงับปวดด้วยเช่นกัน (วิชัย อิงพินิจพงศ์, 2551) จึงอธิบายได้ว่าเมื่อเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อไหล่และคอ อันเนื่องมาจากการทำงานในท่าเดิมนาน ๆ หรือการใช้ท่าทางที่ผิดไปจากปกติ การนวดแผนไทยจึงช่วยบรรเทาอาการปวดลงได้

2. ผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับการนวดแผนไทยเพื่อผ่อนคลายจากเขาวงกต ผู้ที่มีปัญหาปวดไหล่และคอส่วนใหญ่มีอาการผ่อนคลายในระดับมาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการนวดเป็นรูปแบบของการบำบัดรักษาที่ช่วยผ่อนคลาย และทำให้ร่างกายปราศจากความเครียด รู้สึกปลอดโปร่ง ซึ่งผู้ที่ได้รับการนวดนั้นมักมีอาการเมื่อยล้าเป็นธรรมดา เนื่องจากเดินทางไกล ทำงานหนัก หรืออยู่ในอิริยาบถใดอิริยาบถหนึ่งนาน ๆ หลังได้รับการนวดแล้ว จึงรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย

แจ่มใส และกระฉับกระเฉงขึ้น (ชนินทร์ ลีวานันท์, 2554) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ ภาระราช (2549) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการนวดไทย ประยุกต์ต่อความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อ และความสุขสบาย ในผู้ป่วยคาทอลิกช่วยหายใจทางปากที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยกลุ่มทดลองได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์ ส่วน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลแบบปกติ พบว่าหลังได้รับการนวด กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

นอกจากนี้ การนวดยังเป็นกิจกรรมที่เชื่อมความสัมพันธ์ระดับบุคคล มิใช่มุ่งหวังในการรักษาหรือบรรเทาความเจ็บป่วยเท่านั้น การนวดจึงสามารถเสริมสร้างความสุขสบายให้แก่ทุกคน โดยไม่จำกัดเพศ วัย ฐานะ หรือสถานภาพทางสังคม เช่น เด็ก ๆ ช่วยบิดามารดาหรือเหยียบให้แก่ผู้ปกครองหลังจากการทำงาน เพื่อให้รู้สึกผ่อนคลาย บรรเทาความปวดเมื่อย เหนื่อยล้า และเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้แน่นแฟ้น (วสันต์ ไชยฉกรรจ์, 2556) ซึ่งพบว่าการนวดแผนไทยเพื่อผ่อนคลายของเยาวชนในการวิจัยครั้งนี้ ช่วยให้บุคคลในครอบครัวที่มีปัญหาปวดไหล่และคอมีอาการผ่อนคลายและสุขสบายขึ้น

3. ผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับการนวดแผนไทยเพื่อผ่อนคลายจากเยาวชน ผู้ที่มีปัญหาปวดไหล่และคอส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการนวดในระดับมาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่าขณะทำการนวด การสัมผัสที่นุ่มนวล แสดงถึงความเป็นมิตรและกระทำอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งความตั้งใจในการนวดตั้งแต่แรกจนนวดเสร็จ การพูดคุยระหว่างการนวด ก่อให้เกิดความคุ้นเคยและความพึงพอใจต่อการนวดมากขึ้น ซึ่งประโยชน์อีกด้านหนึ่งของการนวดคือ ช่วยสร้างความสัมพันธ์อันอบอุ่นกับบุคคลในครอบครัว ช่วยให้เกิดความรู้สึกสามัคคีในการช่วยเหลือกัน (ประดิษฐ์กร สุทธิฐานธรรม, 2556) และเนื่องจากผู้นวดเป็นเยาวชนที่เป็นบุตรหลานซึ่งมีความสัมพันธ์ในครอบครัวเบื้องต้นอยู่แล้ว ประกอบกับการนวดช่วยลดอาการปวดตึงกล้ามเนื้อ และช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย จึงทำให้ผู้ที่มีปัญหาปวดไหล่และคอมีความพึงพอใจต่อการนวด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรสร้างเสริมทักษะการดูแลสุขภาพแก่ประชาชน โดยสอนเกี่ยวกับการนวดแผนไทยเบื้องต้นแก่เยาวชน เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดีสามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองและบุคคลในครอบครัว ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีภายในครอบครัว รวมทั้งเป็นการอนุรักษ์และเผยแพร่มรดกภูมิปัญญาไทยด้านการนวดให้เป็นที่รู้จักแพร่หลายมากยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของการนวดแผนไทยเพื่อผ่อนคลายโดยเยาวชน ต่อตัวแปรอื่น ๆ เช่น องค์การเคลื่อนไหวของคอ ค่าความดันโลหิต

เอกสารอ้างอิง

- ชนินทร์ ลีวานันท์. (2554). *Thai traditional massage for back pain*. สืบค้น วันที่ 10 พฤศจิกายน 2554, จาก <http://www.dtam.moph.go.th/alternative/viewstory.php?id=418>
- ประดิษฐ์กร สุทธิฐานธรรม. (2556). *นวดบำบัดคลายปวดเมื่อย ขับสารพิษ ขับนวดด้วยตัวเอง*. กรุงเทพฯ: ฐานบัณฑิต.
- ยงศักดิ์ ดันติปฏิภก. (2553). *หลักพื้นฐานการนวดไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: อูษาการพิมพ์.
- รสสุคนธ์ พันสะอาด. (2558). ผลของการนวดแบบราชสำนักในการรักษากลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบนของผู้มารับบริการในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย โรงพยาบาลพนสนิมคม จังหวัดชลบุรี. ใน *เอกสารประกอบการนำเสนอผลงานวิชาการในงานประชุมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2558 เรื่อง จุดเปลี่ยนสุขภาพไทย...หลัง 2015*. วันที่ 14-16 กันยายน 2558 ณ โรงแรมแอมบาสเดอร์ซิตี้ จอมเทียน จังหวัดชลบุรี.

วสันต์ ไชยฉกรรจ์. (2556). หน่วยที่ 3 การเตรียมความพร้อมและการนวดแผนไทยอย่างมีคุณภาพ. ใน เอกสารการสอนชุดวิชานวดแผนไทย 55310 หน่วยที่ 1-7 (พิมพ์ครั้งที่ 9). นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

วิชัย อิงพินิจพงศ์. (2551). การนวดแผนไทยเพื่อการบำบัด. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

วิศรุต บุตรากาศ. (2551). ผลแบบเจ็บปล้นของการนวดไทยต่อความผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจและตัวแปรที่สัมพันธ์กับความเครียดในผู้ที่มีอาการปวดหลังที่มีสาเหตุมาจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วิโรจน์ วรรณภีระ, ปานจิต วรรณภีระ, และกัญญารัตน์ คำจูน. (2557). ผลการรักษาผู้ป่วยปวดคอและหลังส่วนบนจาก Myofascial Pain Syndrome ระหว่างอัลตราซาวด์ นวดไทย และอัลตราซาวด์ร่วมกับนวดไทย. พุทธชินราชเวชสาร, 31(1), 227-241.

โสภา ลีศิริวัฒนกุล, คณิศร แก้วแดง, และวิภารัตน์ ภิบาลวงษ์. (2555). การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการนวดเพื่อผ่อนคลายแบบนวดโดยใช้น้ำมันไพลกับนวดแบบดั้งเดิมในผู้ที่มีปัญหาปวดไหล่และคอ (รายงานผลการวิจัย). วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี.

อมรรัตน์ ภาระราช. (2549). ผลของการนวดแผนไทยประยุกต์ต่อความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อและความสุขสบาย ในผู้ป่วยคาทอลิกช่วยหายใจทางปากที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ผลของการพัฒนาทักษะและระดับการสะท้อนคิดด้วยโปรแกรมเรียนรู้การสะท้อนคิด
ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
The Effects of Developing Reflective Thinking Skills and Levels of Reflection
Using Reflective Thinking Learning Program on Nursing Student,
Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi

วารุณี สุวรวัฒนกุล, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก) *

Warunee Suworawatanakul, M.N.S. (Pediatric Nursing) *

ทรงเสลา นาทจามนง, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก) *

Songsalao Nartchamnon, M.N.S. (Pediatric Nursing) *

ยศพล เหลืองโสมนภา, ปส.ด. (การวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา) **

Yosapon Leangsomnapa, Ph.D. (Research and Methodology in Cognitive Science) **

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาทักษะและระดับการสะท้อนคิดด้วยโปรแกรมเรียนรู้การสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัคร จำนวน 18 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินทักษะการสะท้อนคิด แบบประเมินระดับการสะท้อนคิด และแบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะจากการเข้าร่วมโปรแกรม ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t -test

ผลการวิจัยพบว่าหลังใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการสะท้อนคิดและระดับการสะท้อนคิดดีขึ้น กล่าวคือ คะแนนเฉลี่ยทักษะการสะท้อนคิดก่อนกับหลังใช้โปรแกรมเรียนรู้การสะท้อนคิดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.290, p < .001$) และระดับการสะท้อนคิดในการเขียนบันทึกการเรียนรู้ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.750, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรส่งเสริมการใช้โปรแกรมเรียนรู้การสะท้อนคิดในการจัดการเรียนการสอน ทั้งในรายวิชาการศึกษาทั่วไปและรายวิชาทางการพยาบาล เพื่อสอนนักศึกษาให้ฝึกการคิดอย่างมีเหตุผลและเป็นระบบ ทั้งนี้ ผู้สอนควรคำนึงถึงสถานการณ์ที่จะใช้ฝึกฝนให้มีความเหมาะสมกับระดับชั้นปีของนักศึกษา
คำสำคัญ : การสะท้อนคิด การเขียนบันทึกการเรียนรู้สะท้อนคิด นักศึกษาพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Abstract

This quasi-experimental research aimed at investigating the effects of skill and reflection level development using reflective thinking learning program. The samples were 18 first-year nursing students, Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi. The research instruments were a questionnaire of demographic data, an evaluation form of reflective thinking skills, an evaluation form of reflective levels, and an open-ended questionnaire as to obstacles, perception, and suggestion toward the program. The data collection was conducted from May to August 2015. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired *t*-test.

The findings revealed that after implementing the reflective thinking learning program, improvement of skill and levels of reflection were found. Before and after learning the program, mean scores of reflective thinking skills and levels of reflection between the 1st and 3rd program sessions were statistically significant difference ($t = 9.290$, $p < .001$ and $t = 7.750$, $p < .001$, respectively).

The finding suggested that nursing institutes should use the program to teach students in both general education and nursing courses, in order to enhance students' logical and systematic thinking. In addition, nursing instructors should carefully use a scenario appropriate for students in each class.

Keywords : Reflective thinking, Reflective journal, Nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 ส่งผลให้เกิดการปฏิรูปการศึกษาทุกระดับ มีการเน้นให้ปรับปรุงหลักสูตรและปรับเปลี่ยนวิธีการสอน เพื่อพัฒนานักศึกษาให้คิดเป็น แก้ปัญหาเป็น และเห็นคุณค่าของวัฒนธรรมไทย (คณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2552) สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาจึงได้กำหนดกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (Thai Qualifications Framework for Higher Education: TQF) โดยกำหนดผลการเรียนรู้ที่คาดหวังให้บัณฑิตมีอย่างน้อย 5 ด้าน โดยด้านที่ 3 เป็นด้านทักษะทางปัญญา (cognitive skills) ซึ่งเป็นความสามารถในการวิเคราะห์ สถานการณ์ และใช้ความรู้ความเข้าใจแนวคิด หลักการ

ทฤษฎี และกระบวนการต่างๆ ในการวิเคราะห์และแก้ปัญหาเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ๆ ที่ไม่คาดคิดมาก่อน ทักษะทางปัญญาเป็นสิ่งสำคัญที่ควรพัฒนาให้เกิดควบคู่ไปกับการพัฒนาความรู้และทักษะทางการพยาบาล ดังนั้น หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555 ของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จึงได้บรรจุวิชาเลือกรายวิชา พัฒนากระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ (ลส.1007) สำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 เป็นการปูพื้นฐานด้านการคิดอย่างเป็นระบบ การคิดวิเคราะห์ อย่างมีเหตุผลเพื่อนำทักษะการคิดไปใช้เมื่อต้องปฏิบัติ การพยาบาลกับผู้ป่วย ให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ป่วย และพยาบาลเอง รายวิชานี้มีสาระโดยสรุปคือ การเรียนรู้แนวคิดและหลักการคิดในมิติต่างๆ พัฒนาการกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ กระบวนการเรียนรู้มีส่วนร่วม

กระบวนการกลุ่ม และบูรณาการถึงเหตุผลด้านคุณธรรม จริยธรรม จากสาระดังกล่าวนี้ ต้องการให้นักศึกษาได้พัฒนากระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ ในการจัดการเรียนการสอนรายวิชานี้ ผู้รับผิดชอบรายวิชาและภาควิชาการพยาบาลเด็ก ได้ประชุมพิจารณาเลือกสรรวิธีการคิดแบบต่างๆ ที่คาดหมายว่าจำเป็นสำหรับการเรียนพยาบาลต่อไปในอนาคตมาให้นักศึกษาได้เรียนรู้ หนึ่งในวิธีการคิดดังกล่าวคือ การคิดแบบสะท้อนคิด (reflective thinking) เพื่อให้ผู้เรียนพยาบาลได้ฝึกฝนการรู้จักตนเองให้ถ่องแท้ ฝึกการเข้าใจผู้รับบริการ และฝึกวิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้รับบริการ และให้การพยาบาลอย่างมีคุณภาพได้

การสะท้อนคิดด้วยตนเอง เป็นกระบวนการตรวจสอบภายในตัวบุคคลและค้นหาสิ่งที่บุคคลสนใจ จะเกิดขึ้น โดยการกระตุ้นจากประสบการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมา และมีผลนำไปสู่การเปลี่ยนมุมมองและแนวคิดใหม่ (Boyd & Fales, 1983) การสะท้อนคิดด้วยตนเองถือเป็นบริบทของการเรียนรู้ โดยอาศัยกระบวนการทางปัญญาและทัศนคติต่อการกระทำ ซึ่งแต่ละบุคคลสามารถค้นหาได้จากประสบการณ์เดิมของตนเอง นำไปสู่ความเข้าใจและยอมรับสิ่งใหม่ๆ (Boud, Keogh, & Walker, 2005) จึงถือได้ว่าการสะท้อนคิดด้วยตนเองเป็นศักยภาพของบุคคลในการเรียนรู้ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนมุมมอง โดยเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการ (Jarvis, 1992)

นักวิชาการที่สนใจเรื่องการสะท้อนคิดได้จัดระดับการสะท้อนคิดออกเป็นขั้นตอนต่าง ๆ ตัวอย่างเช่น Matthew-Maich (1996) จัดไว้ 5 ขั้นตอน ได้แก่ การย้อนคิด การนำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมาเล่าหรือเขียนบันทึก การวิเคราะห์ความรู้สึกถึงเหตุการณ์ การหาแนวทางการแก้ปัญหา และการวางแผนปฏิบัติที่เป็นมุมมองใหม่ ขณะที่ Gibbs (1998) จัดไว้ 6 ขั้นตอน โดยบรรยายประสบการณ์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์และประเมินว่าดีหรือไม่ดี วิเคราะห์โดยภาพรวม สรุปแนวคิด และวิธีการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลประกอบ และวางแผนเพื่อการนำไปใช้ แม้จะมีการจัดระดับขั้นตอนที่หลากหลายของนักวิชาการ แต่สาระโดยสรุปคือ มีการบรรยายเหตุการณ์ที่พบ วิเคราะห์ และหาแนวทางแก้ปัญหา เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนได้ฝึกฝนทักษะการสะท้อนคิด วิธีการส่งเสริมเพื่อ

ให้เกิดทักษะการสะท้อนคิดทำได้หลายวิธี แต่วิธีการที่นิยมใช้กันมากคือ การสนทนา และการเขียน (ศิริณี เกียรติแก้ว, 2552) ซึ่งการเขียนในหัวข้อและระยะเวลาที่กำหนดจะช่วยให้เกิดความคิดที่ต่อเนื่องและคงทน ทำให้คิดถึงสิ่งที่ผ่านมาอย่างรอบคอบ เหมาะกับผู้เรียนทั้งที่ไม่ชอบพูดและชอบพูด ปฏิบัติได้ด้วยตนเองในระยะเวลาที่กำหนด แต่การเรียนรู้จะเกิดขึ้นเพียงคนเดียว ต่างกับการสนทนาที่จะมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดกันในกลุ่ม และมีการชื่นชมความสำเร็จที่เกิดขึ้น ทำให้มีเจตคติที่ดีในการเรียนรู้

การพัฒนาผู้เรียนเพื่อให้มีทักษะทางปัญญาด้วยการฝึกการสะท้อนคิดจึงเป็นสิ่งท้าทายผู้สอนทุกคน ซึ่งค้นคว้าหาวิธีการมาเพื่อให้ประสบผลสำเร็จ ได้บันทึกตามเป้าหมายนี้ ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยเห็นว่าการเขียนบันทึกการเรียนรู้ (reflective journal) เป็นวิธีการหนึ่งที่น่าจะช่วยให้นักศึกษาได้มีการพัฒนากระบวนการคิดที่ดีขึ้นได้ การฝึกการสะท้อนคิดต้องอาศัยการตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) และการเข้าใจในตนเอง (self-understand) ที่สะท้อนคิดด้วยตนเองเป็นประจำ มองประสบการณ์เดิม ผสานความรู้ใหม่ และพัฒนากลายเป็นความรู้ใหม่ในที่สุด (Lauterbach & Becker, 1996) โดยมีผู้สอนเป็นผู้ชี้แนะแนวทางการเขียนบันทึก สะท้อนสิ่งที่ตนจดจำของการเขียน ให้นักศึกษาพัฒนาตนเอง จนเกิดกระบวนการตามขั้นตอนของการสะท้อนคิดในที่สุด ผลที่ได้จากการฝึกฝนจะเป็นองค์ความรู้ในตนเองที่นักศึกษานำไปใช้ประโยชน์ต่อไปได้ คณะผู้วิจัยจึงนำแนวคิดนี้มาพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ที่นอกเหนือไปจากการเรียนรู้ในห้องเรียน โดยใช้แนวคิดกระบวนการสะท้อนคิดด้วยตนเองของ Gibbs (1998) 6 ขั้นตอน เป็นแนวทางการพัฒนา เพื่อเพิ่มศักยภาพของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 โดยคาดหวังว่าการเขียนบันทึกการเรียนรู้จะช่วยให้เกิดความคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ และนำไปใช้ประโยชน์กับการพยาบาลในอนาคตได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล ก่อนกับหลังการเขียนบันทึกการเรียนรู้ตาม

โปรแกรมเรียนรู้การสะท้อนคิด

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล ก่อนกับหลังการเขียนบันทึกการเรียนรู้ตามโปรแกรมเรียนรู้การสะท้อนคิด

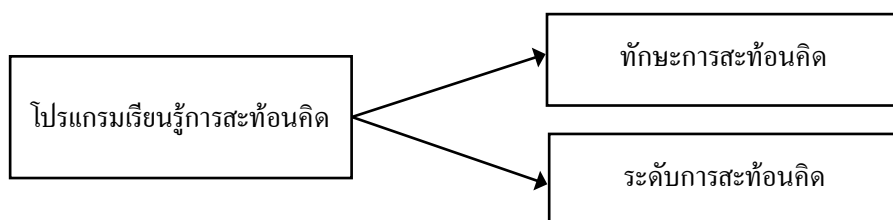
สมมติฐานการวิจัย

1. ทักษะการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล ก่อนกับหลังการเขียนบันทึกการเรียนรู้ตามโปรแกรมเรียนรู้การสะท้อนคิด มีความแตกต่างกัน

2. ระดับการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลในการเขียนบันทึกการเรียนรู้ตามโปรแกรมเรียนรู้การสะท้อนคิด ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 มีความแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การสะท้อนคิด เป็นกระบวนการคิดไตร่ตรอง ทวนสอบ (reflective thinking) เป็นการพิจารณาสิ่งต่างๆ อย่างรอบคอบโดยใช้สติ เป็นวิธีที่จะช่วยให้ผู้เรียนเชื่อมโยง ความรู้ทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติ มีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ที่เหมาะสมในการปฏิบัติงาน การสะท้อนคิดแสดงออก ได้ทั้งการพูดและการเขียน เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเกิด การเรียนรู้จากประสบการณ์ แสวงหาคำตอบโดยใช้เหตุผล แก้ปัญหา นำไปพัฒนา ปรับปรุงตนเองและงานให้มี ประสิทธิภาพ (Johns, 2000) การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัย จึงใช้โปรแกรมเรียนรู้การสะท้อนคิดเป็นสื่อการเรียนรู้ ให้แก่นักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง เพื่อศึกษาทักษะและ ระดับการสะท้อนคิดที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งของการเรียนรู้ ด้วยโปรแกรมเรียนรู้การสะท้อนคิด โดยเขียนเป็นความสัมพันธ์ ของตัวแปรได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อนและ หลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 ห้อง A วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี จำนวน 63 คน

เนื่องจากเป็นห้องเดียวที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาพัฒนา กระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ เลือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วม การวิจัยตามเกณฑ์ดังนี้ 1) เป็นนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ที่ลงทะเบียนเรียน รายวิชาพัฒนากระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ ในภาค การศึกษาที่ 3 ปีการศึกษา 2557 และ 2) ยินยอมเข้าร่วม การวิจัย ส่วนเกณฑ์ในการยุติการเข้าร่วมการวิจัยคือ การขอถอนตัวจากการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถขอ ยุติได้ตลอดเวลาของการศึกษาและไม่มีผลกระทบต่อ การเรียนรายวิชานี้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้มา โดยการประกาศรับสมัครอาสาสมัคร เนื่องจากการเรียนรู้

ตามโปรแกรมเรียนรู้การสะท้อนคิดนั้นปฏิบัตินอกเวลาเรียน มีกลุ่มตัวอย่างสนใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งแรกจำนวน 20 คน ต่อมาขอถอนตัวจากการวิจัย 2 คน โดยขอไม่ระบุเหตุผล จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 90 ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยวางแผนโปรแกรมโดยกำหนดให้นักศึกษาได้เรียนรายวิชาการพัฒนากระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ ให้ความหมายของการคิด วิธีการคิด และเรียนภาคทฤษฎีเรื่อง วิธีการคิดแบบสะท้อนคิดให้เสร็จสิ้นก่อน แล้วจึงเริ่มโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมเรียนรู้การสะท้อนคิด ซึ่งคณะผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมการเขียนบันทึกการเรียนรู้โดยใช้แนวคิด reflective cycle ของ Gibbs (Chong, 2009) ใน 6 ประเด็น ได้แก่ 1) บรรยายประสบการณ์การเรียนรู้หรือเหตุการณ์ที่พบ 2) ทบทวนความรู้สึกต่อการกระทำหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 3) ประเมินผลกระทบของการกระทำหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 4) เชื่อมโยงประสบการณ์หรือการกระทำ หรือเหตุการณ์ เข้ากับองค์ความรู้ 5) สรุปการเรียนรู้ที่ได้ใหม่จากประสบการณ์หรือองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง และ 6) การวางแผนนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในอนาคต โดยการเขียนบันทึกสะท้อนคิดกระทำ 4 ครั้ง ได้แก่ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (pre-test) ฝึกเขียนบันทึกสะท้อนคิดครั้งที่ 1, 2 และ 3 โดยแต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ หลังการเขียนแต่ละครั้ง คณะผู้วิจัยอ่าน ให้คะแนน และสะท้อนจุดที่ควรปรับปรุงในการเขียนให้ผู้เขียนบันทึกทราบ ทั้งนี้ คะแนนที่ให้ไม่เกี่ยวข้องกับคะแนนสะสมในรายวิชาพัฒนากระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ ในการเขียน 4 ครั้ง ใช้สถานการณ์ 4 เรื่อง โดยกำหนดจากง่ายไปยาก คือ เรื่องการเรียนรู้ของตนเอง ข่าวที่พบเห็นในทีวีหรือหนังสือพิมพ์ ข่าวการป้องกันโรค/ส่งเสริมสุขภาพ และเรื่องเกี่ยวกับวิชาชีพพยาบาล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เกรดเฉลี่ยในภาคการศึกษา

ที่ 1 วิชาที่เรียนผ่านมาแล้วและชอบเรียนมากที่สุด งานอดิเรกที่ชอบ/การใช้เวลาว่าง และวิธีการจัดการตนเองเมื่อมีปัญหาจำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินทักษะการสะท้อนคิด ซึ่งคณะผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการเขียนบันทึกการเรียนรู้ของเชษฐา แก้วพรม (2556) และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประโยชน์และการเกิดพฤติกรรมสะท้อนคิดของผู้ใช้วิธีการเขียนบันทึกการเรียนรู้จำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .80

ชุดที่ 3 แบบประเมินระดับการสะท้อนคิด เป็นการตรวจสอบการเขียนบันทึกการเรียนรู้แบบสะท้อนคิดที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอิงระดับการสะท้อนคิดตามแนวคิดของ Gibbs (1998) ซึ่งแบ่งระดับการสะท้อนคิดออกเป็น 6 ระดับ ตั้งแต่มีการบรรยายประสบการณ์การเรียนรู้หรือเหตุการณ์ที่พบ จนถึงการคิดวางแผนการนำความรู้ไปใช้ในอนาคต โดยแบบประเมินที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยสร้างเพิ่มอีก 1 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ไม่มีการสะท้อนคิดเลย รวมทั้งสิ้นเป็น 7 ระดับ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบว่า มี หรือ ไม่มี เกณฑ์ในการให้คะแนนคือ ถ้าตอบว่า มี ให้ 1 คะแนน และถ้าตอบว่าไม่มี ให้ 0 คะแนน โดยคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-7 คะแนน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .83

ชุดที่ 4 แบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับโปรแกรมเรียนรู้การสะท้อนคิด

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. คณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์

ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอน การทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ โดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มี ผลกระทบใดๆ ต่อวิชาที่กำลังเรียน รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะ ได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัย ครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

2. คณะผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นให้ทดลองเขียนบันทึกการเรียนรู้ โดยคณะผู้วิจัยประเมินงานเขียน ให้คะแนน และชี้แนะ จุดที่ควรปรับปรุง จากนั้นประเมินทักษะการสะท้อนคิด และระดับการสะท้อนคิดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง (pre-test)

3. คณะผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเขียนบันทึกการเรียนรู้ ตามโปรแกรมเรียนรู้การสะท้อนคิด จำนวนทั้งสิ้น 3 ครั้ง โดยแต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ เมื่อประเมินงานเขียน ในแต่ละครั้ง จะชี้แนะจุดที่ควรปรับปรุงทุกครั้ง

4. คณะผู้วิจัยประเมินทักษะการสะท้อนคิดและ ระดับการสะท้อนคิดของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลอง (post-test) โดยประเมินหลังการเขียนบันทึกแต่ละครั้ง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามปลายเปิด ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลใน ช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทักษะ การสะท้อนคิดและข้อมูลระดับการสะท้อนคิด วิเคราะห์ ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน การเปรียบเทียบทักษะการสะท้อนคิดและระดับ การสะท้อนคิด ก่อนกับหลังการเขียนบันทึกการเรียนรู้ วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจาย แบบเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยเดียวกันคือ อายุ 19-20 ปี เกรดเฉลี่ย สะสมมีค่าเฉลี่ย 2.91 (ต่ำสุด 2.20 และสูงสุด 3.47) วิชาที่ เรียนผ่านมาแล้วและชอบเรียนมากที่สุดคือ หลักการและ เทคนิคการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 27.76 งานอดิเรก ที่ชอบ/การใช้เวลาว่างส่วนใหญ่คือ ฟังเพลง และดูหนัง/ละคร คิดเป็นร้อยละ 41.07 วิธีการจัดการตนเองเมื่อมี ปัญหาส่วนใหญ่คือ การปรึกษาเพื่อน และปรึกษาบิดา มารดา คิดเป็นร้อยละ 30.55 เท่ากัน

2. ทักษะการสะท้อนคิดและระดับการสะท้อนคิด ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการสะท้อนคิด เป็นรายชื่อ หลังเข้าร่วมโปรแกรมเรียนรู้การสะท้อนคิด 3 ครั้ง มีค่าสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทุกข้อ ดังแสดง ในตาราง 1 ในเรื่องระดับการสะท้อนคิดนั้น พบว่าก่อน เข้าร่วมโปรแกรมเรียนรู้การสะท้อนคิด กลุ่มตัวอย่างทุกคน ไม่สามารถเขียนบันทึกที่แสดงถึงการสะท้อนคิดตาม แนวคิดของ Gibbs ได้ ส่วนในการเขียนบันทึกการเรียนรู้ ครั้งที่ 1 หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เขียนบันทึกที่แสดงถึงการสะท้อนคิดในขั้นต่ำ (ระดับ 1-2) แต่สามารถเขียนการวางแผนการนำไปใช้ได้ โดยมี กลุ่มตัวอย่างไม่ถึงครึ่งหนึ่งที่เชื่อมโยงเหตุการณ์หรือ ประสบการณ์เข้ากับองค์ความรู้และสรุปการเรียนรู้ใหม่ ได้ แต่หลังจากเขียนบันทึกการเรียนรู้ครบ 3 ครั้ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถเขียนบันทึกที่แสดงถึง การสะท้อนคิดขั้นสูง (ระดับ 3-6) ได้มากขึ้นตามจำนวน ครั้งของการเขียน ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 1 คะแนนเฉลี่ยทักษะการสะท้อนคิดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังใช้โปรแกรม
จำแนกเป็นรายข้อ (n = 18)

ลำดับ	ทักษะการสะท้อนคิด	ก่อนเข้าร่วม โปรแกรม		หลังสิ้นสุด โปรแกรม	
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
1	ความสามารถในการเขียนบันทึกการเรียนรู้	2.22	.94	3.94	.53
2	การเข้าใจความรู้สึกตนเอง	3.06	.63	3.94	.63
3	การเรียนรู้และค้นคว้าด้วยตนเองในการเขียน	2.72	.57	4.06	.63
4	การมีทักษะการวิเคราะห์ก่อนตัดสินใจ	2.83	.61	3.89	.75
5	การตัดสินใจเหตุการณ์หรือการกระทำด้วยองค์ความรู้	2.89	.67	3.72	.66
6	การมีความคิดเห็นหรือมองเหตุการณ์รอบด้าน	2.83	.85	3.83	.61
7	การมีมุมมองใหม่ๆ เพิ่มขึ้นเสมอ	2.89	.58	3.94	.63
8	การเชื่อมโยงเหตุการณ์ไปสู่องค์ความรู้	2.67	.84	3.89	.75
9	กระบวนการเรียนรู้ของตนเอง	2.89	.58	3.89	.67
โดยรวม		2.77	.48	3.90	.51

ตาราง 2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการสะท้อนคิด (n = 18)

ระดับการสะท้อนคิด	ก่อนเข้าร่วม โปรแกรม	เขียน ครั้งที่ 1	เขียน ครั้งที่ 2	เขียน ครั้งที่ 3
0 = ไม่มีการสะท้อนคิด	100.00	42.10	-	-
1 = เขียนบรรยายประสบการณ์การเรียนรู้/เหตุการณ์ที่พบ	-	94.70	94.70	100.00
2 = เขียนบททวนความรู้สึกรับต่อการกระทำ/เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น	-	78.90	89.50	87.50
3 = เขียนประเมินผลกระทบของการกระทำ/เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น	-	47.40	94.70	81.30
4 = เขียนเชื่อมโยงประสบการณ์/การกระทำ/เหตุการณ์เข้ากับ องค์ความรู้	-	42.10	89.50	87.50
5 = เขียนสรุปการเรียนรู้ที่ได้ใหม่จากประสบการณ์/องค์ความรู้ ที่เกี่ยวข้อง	-	47.40	73.70	81.30
6 = เขียนการวางแผนการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในอนาคต	-	78.90	84.20	93.80

3. การเปรียบเทียบทักษะการสะท้อนคิดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนกับหลังใช้โปรแกรมเรียนรู้การสะท้อนคิด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการสะท้อนคิด

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.290$, $p < .001$) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการสะท้อนคิดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนกับหลังใช้โปรแกรมเรียนรู้การสะท้อนคิด ($n = 18$)

ทักษะการสะท้อนคิด	$\bar{X}$	SD	t	p
ก่อนใช้โปรแกรม	2.78	.48	9.290	< .001
หลังใช้โปรแกรม 3 ครั้ง	3.90	.51		

4. การเปรียบเทียบระดับการสะท้อนคิดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนกับหลังใช้โปรแกรมเรียนรู้การสะท้อนคิด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยระดับการสะท้อนคิด

ในการเขียนบันทึกการเรียนรู้ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.750$, $p < .001$) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับการสะท้อนคิดของกลุ่มตัวอย่างในการเขียนบันทึกการเรียนรู้ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 ($n = 18$)

ระดับการสะท้อนคิด	$\bar{X}$	SD	t	p
การเขียนบันทึกการเรียนรู้ครั้งที่ 1	4.20	.94	7.750	< .001
การเขียนบันทึกการเรียนรู้ครั้งที่ 3	6.27	.96		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยในประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมเรียนรู้การสะท้อนคิดช่วยให้นักศึกษาได้เข้าใจตนเอง มีการค้นคว้าในการเขียน มีการวิเคราะห์ก่อนตัดสินใจ ใช้องค์ความรู้ประกอบการตัดสินใจได้มากขึ้น มีมุมมองรอบด้านมากขึ้น กล่าวโดยสรุปคือ ช่วยในกระบวนการเรียนรู้ของนักศึกษาให้ดีขึ้น โดยผลการวิจัยพบว่าหลังจากเขียนบันทึกการเรียนรู้ครบ 3 ครั้ง นักศึกษาประเมินตนเองว่ามีทักษะการสะท้อนคิดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ การสะท้อนคิดเป็นการคิดและหาทางแก้ปัญหาต่อสิ่งที่เผชิญโดยตรวจสอบข้อมูลก่อน ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจและปรับปรุงกิจกรรม

ที่จะทำต่อไป (Schon, 1983, 1987 cited in Atkins & Murphy, 1993) การเขียนสะท้อนคิดในรูปแบบการบันทึกจะทำให้ผู้เรียนเกิดความชัดเจนในความรู้และการกระทำของตนเอง เปิดใจในการประเมินตนเอง ซึ่งการเขียนโดยกำหนดหัวข้อและระยะเวลาที่ต่อเนื่องช่วยให้เกิดความคิดที่ต่อเนื่องและคงทน ทำให้คิดถึงสิ่งที่พบอย่างรอบคอบ และยังเหมาะสมกับผู้เรียนที่ไม่ค่อยชอบพูด โดยผู้สอนต้องมีการป้อนกลับข้อมูล (ศิราณี เกียรติกรแก้ว, 2552) การบันทึกการสะท้อนคิดจึงกล่าวได้ว่าเป็นวิธีการเรียนที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ขั้นสูง (Brockback & McGill, 1998 อ้างถึงในพิมพ์ภาพรณ์ กลั่นกลิ่น, นิตยา ไทยาภิรมย์, และพัชรวิ วรจิพูนผล, 2551) แม้ผลการวิจัยจะพบว่าการเขียนบันทึกครั้งที่ 2 กับครั้งที่ 3 มีผู้เขียนบันทึกที่

แสดงถึงการสะท้อนคิดในแต่ละขั้นตอนในจำนวนที่ไม่คงที่ (ตาราง 1) อาจเป็นผลมาจากหัวข้อเรื่องที่กำหนดให้เนื่องจากหัวข้อเรื่องที่ 4 เป็นเรื่องเกี่ยวกับวิชาชีพพยาบาล แต่นักศึกษาอยู่ระดับชั้นปีที่ 1 ซึ่งเพิ่งเริ่มเรียนวิชาพื้นฐานทางการพยาบาล (กลุ่ม พว.) ยังไม่เคยพบผู้ป่วย ยังไม่เคยเรียนเกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วย จึงอาจยากต่อการเขียนสะท้อนคิดในขั้นตอนที่ 2, 3 และ 4 ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการรายงานผลเชิงคุณภาพของนักศึกษาที่บอกว่า “เชื่อมโยงเหตุการณ์ไม่สัมพันธ์กันเท่าไร” “ความรู้ไม่พอต่อการเชื่อมโยงการนำไปประยุกต์ใช้เกี่ยวกับการพยาบาล เพราะขาดประสบการณ์ในการพยาบาลจริง” “ยังไม่เข้าใจความรู้สึกตนเองมากพอทำให้ไม่สามารถเขียนในขั้นตอนต่อไปได้” อย่างไรก็ตาม ศิราณี เก็กรแก้ว (2552) ให้ความเห็นว่าการสะท้อนคิดแต่ละเหตุการณ์อาจไม่ครบทุกองค์ประกอบของการสร้างความรู้ได้ แต่ผู้สอนเป็นส่วนสำคัญอย่างมากในการชี้แนะและกระตุ้นผู้เรียนให้ใช้หลักและวิธีการเขียนที่ครอบคลุมตามหลักการสร้างความรู้ นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่า นักศึกษายังคงสามารถวางแผนการนำไปใช้ได้ดีเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้น หากผู้สอนได้พัฒนาจุดที่ควรปรับปรุงในขั้นตอนที่ 2, 3 และ 4 จะช่วยให้กระบวนการสะท้อนคิดมีความสมบูรณ์มากขึ้น และเกิดแนวทางการแก้ปัญหาใหม่ๆ ที่ดีต่อไป

2. ผลการวิจัยพบว่าการเขียนบันทึกการเรียนรู้ครั้งที่ 1, 2 และ 3 ระดับการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เพิ่มขึ้น แสดงว่าการให้นักศึกษาเขียนบันทึกการเรียนรู้ช่วยพัฒนาการคิดแบบสะท้อนคิดได้ดีขึ้นตามจำนวนครั้งที่เขียนมากขึ้น และแต่ละครั้งต้องมีการชี้แนะจุดที่นักศึกษาควรปรับปรุงในการเขียนของตนเอง แม้จะเป็นการเขียนตามหัวข้อที่กำหนด ซึ่งการฝึกเขียนบ่อยๆ จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการคิดได้ (Koole et al., 2011) โดยในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยวัดระดับการสะท้อนคิดตามแนวคิดของ Gibbs (Chong, 2009) ซึ่งมี 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) เขียนบรรยายประสบการณ์การเรียนรู้หรือเหตุการณ์ที่พบ 2) เขียนทบทวนความรู้สึกต่อการกระทำหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 3) เขียนประเมินผลกระทบของการกระทำหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 4) เขียน

เชื่อมโยงประสบการณ์หรือการกระทำ หรือเหตุการณ์เข้ากับองค์ความรู้ 5) เขียนสรุปการเรียนรู้ที่ได้ใหม่จากประสบการณ์หรือองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง และ 6) เขียนวางแผนการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในอนาคต ในการเขียนแต่ละครั้ง เมื่อนักศึกษาทราบจุดที่ควรปรับปรุงของตนเอง หรือนำประเด็นที่พบมาอภิปรายเชิงลึก จะเกิดการเรียนรู้แล้วนำมาพัฒนาในการเขียนครั้งใหม่ ทำให้การสะท้อนคิดในแต่ละรอบการเขียนมีความครอบคลุมมากขึ้น เกิดการพัฒนากระบวนการคิดขั้นสูง (เชษฐา แก้วพรม, 2556) และหากทำซ้ำหลาย ๆ ครั้ง จะเกิดเป็นพฤติกรรมที่ถาวร เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Thorpe, 2004) เมื่อนำไปประยุกต์กับการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ จะทำให้นักศึกษาเกิดการวิเคราะห์ไตร่ตรองอย่างมีเหตุผล นำความรู้ทางทฤษฎีเชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติได้เป็นอย่างดี (ศิราณี เก็กรแก้ว, 2552)

ในการวิจัยครั้งนี้ นักศึกษาได้แสดงความคิดเห็นเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ของตนเองและพัฒนาการสอน โดยเสนอว่าควรมีตัวอย่างการเขียนที่ดี เพื่อดูเป็นแนวทางในการเขียน โดยให้มีความหลากหลายของเรื่องที่กำหนด ควรสอนการเชื่อมโยงเข้าสู่องค์ความรู้และฝึกการคิดแบบเชื่อมโยงก่อนการเขียนบันทึกการเรียนรู้ทุกขั้นตอน ควรให้ฝึกเขียนบ่อยๆ และนำไปเขียนในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ ซึ่งสิ่งที่นักศึกษาให้ความเห็นเหล่านี้เป็นที่น่าสนใจได้ว่า ผู้สอนต้องแสดงบทบาทต่อการพัฒนาการเขียนบันทึกการเรียนรู้ โดยให้การช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดและชี้แนะไปในทิศทางเดียวกัน ก็จะช่วยให้นักศึกษาพัฒนาทักษะการสะท้อนคิดได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 สถาบันการศึกษาควรส่งเสริมการนำโปรแกรมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ไปประยุกต์ในการสอนทั้งรายวิชาการศึกษาทั่วไปในชั้นปีที่ 1 เพื่อปูพื้นฐานการคิดอย่างเป็นระบบ และนำไปใช้ในรายวิชาทางการพยาบาลในชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 เพื่อให้เกิดการคิดวิเคราะห์ในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลให้ผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

1.2 ผู้รับผิดชอบรายวิชาควรปรับปรุงรายวิชาการพัฒนาการคิดอย่างเป็นระบบ โดยเสนอแนะผ่านวิชาการ

เพื่อการปรับปรุงหลักสูตร โดยเพิ่มภาคทดลอง หรือลดการบรรยาย แต่เพิ่มกิจกรรมการฝึกเขียนให้มากขึ้น อันจะเป็นประโยชน์ต่อการเรียนรู้ของนักศึกษา

1.3 อาจารย์ผู้ที่จะนำวิธีการสอนตามโปรแกรมไปใช้ ควรวางแผนพื้นฐานการเขียนให้นักศึกษาก่อน เช่น วิธีการเขียนอ้างอิงที่ถูกต้อง วิธีการเขียนเชื่อมโยงเหตุการณ์กับองค์ความรู้

1.4 สถาบันการศึกษาควรพัฒนาอาจารย์พยาบาลทุกระดับให้มีความชำนาญในการสะท้อนคิดเป็นนักสะท้อนคิด ซึ่งจะช่วยให้เป็นแบบอย่างที่ดีและสอนนักศึกษาได้เป็นอย่างดี

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องรูปแบบการวิจัยที่เป็นการทดลองในกลุ่มเดียว จึงควรศึกษาแบบการทดลองในสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง และเพิ่มจำนวนตัวอย่างให้มากขึ้น โดยใช้ค่าคะแนนผลลัพธ์จากผลการวิจัยครั้งนี้เป็นตัวกำหนดขนาดตัวอย่างตามหลักสถิติ เพื่อให้เห็นผลของการใช้โปรแกรมที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

2.2 ควรศึกษาผลของการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลต่อพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์ของรายวิชาต่างๆ

2.3 ควรศึกษาจำนวนครั้งของการเขียนบันทึกการเรียนรู้ที่มากกว่าในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อหาจุดอิ่มตัวของจำนวนครั้งที่เหมาะสมของการสะท้อนคิดขั้นสูง และนำมาเป็นแนวทางการใช้ประโยชน์ในการเรียนการสอนที่ชัดเจนขึ้น

เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2552). *กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2552*. สืบค้น วันที่ 2 พฤษภาคม 2558, จาก http://graduateschool.bu.ac.th/tqf/images/pdf/tqf_th.pdf

ทยา แก้วพรม. (2556). การพัฒนาทักษะสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลด้วยการเขียนบันทึกการเรียนรู้ในรายวิชาการสอนและการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 24(2), 12-20.

พิมพารณ์ กลั่นกลิ่น, นิตยา ไทยาภิรมย์, และพัชรวิกรกิจพูนผล. (2551). ประสบการณ์การเรียนรู้ผ่านบันทึกสะท้อนคิดประจำวันในการฝึกปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพเด็กของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 1(2), 2-18.

ศิริณี เกียรติแก้ว. (2552). การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติโดยวิธีการส่งเสริมการสะท้อนคิด. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 3(3), 10-17.

Atkins, S., & Murphy, K. (1993). Reflection: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 18(8), 1188-1192.

Boud, D., Keogh, R., & Walker, D. (2005). *Reflection: Turning experiences into learning* (4th ed.). London: Taylor & Francis.

Boyd, E., & Fales, A. (1983). Reflective learning: Key to learn from experience. *Journal of Humanistic Psychology*, 23, 99-117.

Chong, M. C. (2009). Is reflective practice a useful task for student nurses?. *Asian Nursing Research*, 3(3), 111-120.

Gibbs, G. (1998). *Learning by doing: A guide to teaching and learning methods*. Oxford: Oxford Further Education Units.

Jarvis, P. (1992). Reflective practice and nursing. *Nursing Education Today*, 12(3), 174-181.

Johns, C. (2000). *Becoming a reflective practitioner*. London: Blackwell Science.

Koole, S., et al. (2011). Factors confounding the assessment of reflection: A critical review. *BMC Medical Education*, 11, 104.

Lauterbach, S. S., & Becker, P. H. (1996). Caring for self: Becoming a self-reflective nurse. *Holistic Nursing Practice*, 10(2), 57-68.

Matthew-Maich, N. (1996). *Becoming through reflection and professional portfolios* (master's thesis). Hamilton: McMaster University.

Thorpe, K. (2004). Reflective learning journals: From concept to practice. *Reflective Practice: International and Multidisciplinary Perspectives*, 5(3), 327-343.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี

The Effects of Self-efficacy Enhancement Program on Health Behaviors among Patients with Diabetes in Nong-Done District, Saraburi Province

อรธิรา บุญประดิษฐ์, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) *

Aornтира Boonpradit, M.S.N. (Community Nurse Practitioner) *

สุนทรีย์ คำเพ็ง, กศ.ด. (การบริหารการศึกษา) **

Soontharee Khampeng, Ed.D. (Educational Administration) **

กมลอินทร์ วรรณเชษฐา, วท.ม. (อนามัยครอบครัว) **

Kamolintorn Wannachatisara, MS. (Family Health) **

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 30 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน คู่มือการดูแลตนเองเบื้องต้น เรื่องเบาหวาน แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีค่าความเชื่อมั่น .88 และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีค่าความเชื่อมั่น .75 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2556 ถึงเดือนมกราคม 2557 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 22.760, p < .001$) 2) หลังได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างจากก่อนได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 3) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.028, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรนำโปรแกรมไปปรับใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่และบริบทอื่นๆ รวมทั้งควรนำไปใช้ในการสอนนักศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

คำสำคัญ : การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มสาระวิชาการพยาบาล 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มสาระวิชาการพยาบาล 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท

Abstract

This research is a quasi-experimental research. The purpose of this study was to examine the effects of self-efficacy enhancement program on health behaviors among patients with diabetes. 30 diabetic patients who lived in Nong-Done District, Saraburi Province were recruited based on specific inclusion criteria and equally divided into an experimental group and a control group. The research instruments included 1) the self-efficacy enhancement program developed by the researchers based on Bandura's Self-efficacy Theory; 2) a manual book of diabetes care; 3) a demographic data questionnaire; 4) a self-efficacy interviewing questionnaire with the reliability of .88; and 5) a health behaviors interviewing questionnaire with the reliability of .75. The experimental group was required to participate in the self-efficacy enhancement program; whereas, the control group received a normal caring. Program implementation and data collection were conducted from November 2013 to January 2014. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, paired *t*-test, and independent *t*-test.

The research findings revealed that 1) for the experimental group, after the experiment, mean scores of health behavior were statistically significantly higher than those before the experiment ($t = 22.760, p < .001$); 2) for the control group, after the experiment, mean scores of health behavior were not statistically significantly different from those before the experiment; and 3) after the experiment, mean scores of health behavior of the experimental group were statistically significantly higher than those of the control group ($t = 8.028, p < .001$).

This study suggested that the program should be promoted among patients with diabetes both in a clinical and community areas, in order to change their lifestyle and health behaviors. Moreover, nurse instructors should draw the results from this study to their students when teaching about chronic disease care.

Keywords : Self-efficacy, Health behaviors, Patients with diabetes

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของเกือบทุกประเทศทั่วโลก ทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและทำให้สูญเสียทางเศรษฐกิจมากมาย (American Diabetes Association: ADA, 2005) จากการสำรวจสถิติผู้ที่เป็นโรคเบาหวานในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2005 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน 20.80 ล้านคน

หรือร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด โดยพบว่าเป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 10.30 ล้านคน หรือร้อยละ 3.47 ของประชากรในประเทศ (American Diabetes Association, 2005) และจากสถิติขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบว่าในปี ค.ศ. 2012 ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 347 ล้านคน โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบถึงร้อยละ 97 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด และพบว่าเสียชีวิตด้วยสาเหตุจากโรคเบาหวานถึง 1.50 ล้านคน องค์การอนามัยโลกยัง

คาดว่าในปี ค.ศ. 2030 โรคเบาหวานจะเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตอันดับ 7 ของโลก (World Health Organization) สำหรับประเทศไทยปี พ.ศ. 2551-2555 พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากรเท่ากับ 675.74, 736.48, 792.61, 848.77 และ 868.30 ตามลำดับ และโรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุของการป่วยอันดับ 3 ของผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลจาก 10 อันดับโรคไม่ติดต่อ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) นอกจากนี้ โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับ 6 ในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2002 (American Diabetes Association, 2005) และจากการสำรวจยังพบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2548)

การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อผู้ที่เป็นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ ผลกระทบด้านร่างกายได้แก่ การเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังที่มีอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต (American Diabetes Association, 2007) ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไป ซึ่งอาจเกิดจากการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลมากเกินไป รับประทานอาหารน้อยหรือมากเกินไป หรือทำงานหนักมากกว่าปกติ ทำให้เกิดการหมดสติและถึงแก่ชีวิตได้ ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่เกี่ยวกับระบบต่าง ๆ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนระบบหลอดเลือดทั้งขนาดใหญ่และขนาดเล็ก โดยเกิดการตีบแข็งของหลอดเลือด ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (วิทยา ศรีดามา, 2549) จอประสาทตาเสื่อมจากโรคเบาหวาน (ประสาสน์ ลักษณะพุกก์, 2549) เกิดแผลเรื้อรัง มีเนื้อตาย ต้องตัดขา สูญเสียการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด และการรับรู้อุณหภูมิ และสมรรถภาพทางเพศลดลง (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2549) ส่วนผลกระทบด้านเศรษฐกิจที่เป็นผลมาจากการที่ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ทำให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงกว่าคนปกติถึง 2.40 เท่า จึงต้องเสียค่าใช้จ่ายมากกว่าคนปกติที่ไม่เป็นโรคเบาหวานถึง 2 เท่า (พัฒนพงษ์ นาวิเจริญ, 2549)

เป้าหมายสำคัญของการรักษาโรคเบาหวานคือ เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยมุ่งเน้นที่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งแนวทางการรักษาคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต โดยเฉพาะเรื่องารรับประทาน อาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม รวมทั้งการใช้ยาและอินซูลินในการลดระดับน้ำตาลในเลือด (เทพ หิมะทองคำ, วัลลา ตันตโยทัย, พงศ์มร บุญนาค, ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, และสุนทรี นาคะเสถียร, 2547) การที่ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจะปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคนั้น ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วย การได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานด้วยกัน การมีความรู้ในการจัดการตนเองเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (พิมพ์ภา ปัญญาใหญ่, 2550) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะจัดการและปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการให้สำเร็จ การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ จะต้องเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเมื่อต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและมีเป้าหมายที่จะกระทำ (Bandura, 1997) หากผู้ที่เป็นโรคเบาหวานสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น มีการควบคุมอาหาร ออกกำลังกายเป็นประจำ และรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างถูกต้อง จะช่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (วิทยา ศรีดามา, 2549) ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรค จึงเป็นวิธีการสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy)

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy Theory) ของ Bandura (1997) เป็นทฤษฎีที่มุ่งเน้นในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล ซึ่ง Bandura เชื่อว่าบุคคลจะกระทำกิจกรรมใดนั้น ถ้าไม่มั่นใจว่าจะปฏิบัติสิ่งนั้นได้ ถึงแม้จะได้รับความรู้และรู้ว่าพฤติกรรมนั้นดี ก็อาจไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ถ้าไม่ได้รับการสนับสนุนหรือส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน บุคคลใด

ที่มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนสูง จะเป็นบุคคลที่มีความสามารถในการจัดการกับปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้ ซึ่งการส่งเสริมให้เกิดสมรรถนะแห่งตนนั้นสามารถทำได้โดยอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 ประการ ได้แก่ 1) การสนับสนุนจากประสบการณ์ความสำเร็จในการลงมือปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง (enactive mastery experience) 2) การสนับสนุนที่ได้จากการสังเกตจากประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) เป็นการเรียนรู้โดยการสังเกตประสบการณ์จากตัวแบบที่มีสภาพคล้ายคลึงกับคนที่สามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ 3) การสนับสนุนโดยการชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) เป็นการพูดให้กำลังใจ กล่าวชมเชย ชักจูง จากบุคคลอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานตระหนักถึงสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น และ 4) การสนับสนุนด้านสภาวะทางสรีระและอารมณ์ (physiological and effective states) เป็นการทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง โดยจัดกิจกรรมกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

จากรายงานอัตราป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดสระบุรี พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากรตั้งแต่ปี 2550-2555 เท่ากับ 734.90, 765.20, 829.80, 892.60, 793.10 และ 819.90 ตามลำดับ และพบว่าในปี พ.ศ. 2554 อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากรในอำเภอต่าง ๆ ของจังหวัดสระบุรี คือ อันดับ 1 อำเภอพระพุทธบาท และอันดับ 2 อำเภอหนองโดน คิดเป็นอัตรา 1,524.20 และ 1,049.20 ตามลำดับ (กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี, 2556) ในสภาวะการนี้ ปัจจุบัน คลินิกโรคเบาหวานมีการให้ความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยการสอนและแจกแผ่นพับเฉพาะรายบุคคล ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เพิ่มขึ้น แต่ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้อง และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงกับปกติได้ (ทิพย์สุภางค์ สุวรรณศรี, 2550) ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอพระพุทธบาทและ

อำเภอหนองโดน ก็มีคลินิกสำหรับให้บริการเกี่ยวกับการให้ความรู้และคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเช่นกัน โดยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีความรู้แต่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และจากการสนทนากลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมและไม่ต่อเนื่อง เช่น ไม่ดูแลรักษาความสะอาดของเท้า ไม่ควบคุมอาหารที่เหมาะสมกับโรค โดยให้เหตุผลว่าไม่มั่นใจว่าตนเองรับประทานอาหารถูกต้องหรือไม่ และมีความเชื่อว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ รวมทั้งคิดว่าการรักษาที่ดีที่สุดคือ การรับประทานยา

จากเหตุผลและข้อมูลข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ซึ่งคาดว่าหากผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น และมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมโดยผ่านจากประสบการณ์ที่สามารถปฏิบัติสำเร็จได้จริง น่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม อันจะส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และมีสุขภาพที่ดีต่อไป

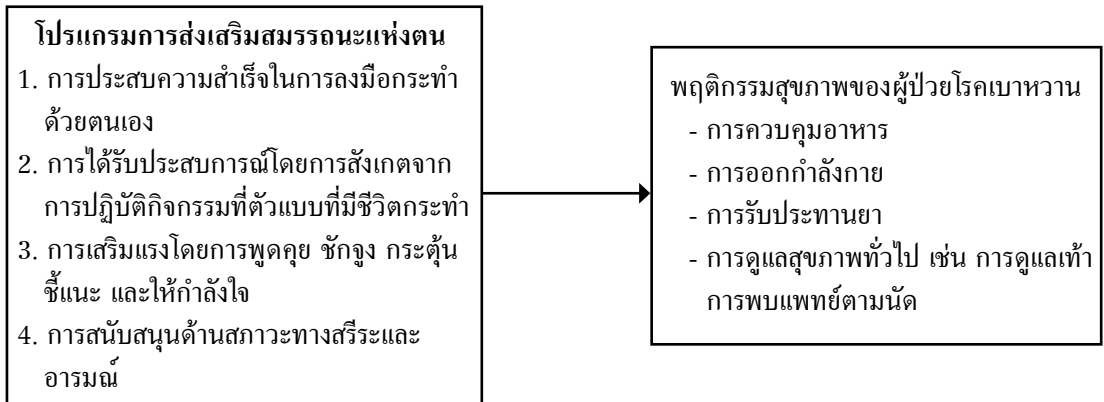
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังได้รับการดูแลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. หลังได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างจากก่อนได้รับการดูแลตามปกติ
3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลหนองโดน ตำบลบ้านโปร่ง ตำบลบ้านกล้วย และตำบลดอนทอง อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2556 ถึงเดือนมกราคม 2557 เลือกพื้นที่ศึกษาโดยการสุ่มอย่างง่าย ได้ตำบลบ้านโปร่งและตำบลบ้านกล้วย จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มานาน 1-5 ปี 2) ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารมากกว่า 140 mg/dl ย้อนหลัง 2 เดือน) และได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด 3) มีอายุ 40 ปีขึ้นไป 4) มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำและปานกลาง ซึ่งประเมินโดยคณะผู้วิจัย โดยใช้แบบสัมภาษณ์

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 5) มีความสามารถในการเรียนรู้ปกติ สามารถฟังพูด อ่าน และเขียนได้ 6) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ 7) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ และ 8) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์ในการคัดออกคือ มีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 30 คน จากนั้นสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน ทั้งนี้ ในการกำหนดขนาดตัวอย่างนั้น ให้หลักการของ Polit and Hungler (1999) ที่ว่าถ้าเป็นการวิจัยแบบทดลอง กลุ่มตัวอย่างควรมีขนาดอย่างน้อยที่สุด 20-30 คน และถ้าเป็นการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม แต่ละกลุ่มไม่ควรต่ำกว่า 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ซึ่งคณะผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Bandura (1997) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแผนกิจกรรมการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีความเชื่อมั่นในตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพ โดยอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 ประการ

ได้แก่ 1) การประสบความสำเร็จในการลงมือกระทำด้วยตนเอง โดยการฝึกให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานออกกำลังกายที่ถูกต้องด้วยตนเอง จัดชนิดอาหารที่ควรรับประทานด้วยตนเอง การปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือด การดูแลเท้าและการดูแลสุขภาพทั่วไป 2) การได้รับประสบการณ์โดยการสังเกตจากการปฏิบัติกิจกรรมที่ตัวแบบที่มีชีวิตกระทำ โดยใช้สื่อบุคคลซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมาเล่าถึงประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวาน รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเป็นโรคเบาหวาน ลักษณะอาการ การรักษาที่ เคยได้รับ และการปฏิบัติตัว 3) การเสริมแรงโดยการพูดคุย ชักจูง กระตุ้น ชี้แนะ และให้กำลังใจ ทั้งจากคณะผู้วิจัย และกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยกัน เพื่อให้มีการปฏิบัติ กิจกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการดูแลสุขภาพทั่วไป อย่างถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่อง และ 4) การสนับสนุนด้านสภาวะทางสรีระและอารมณ์ รวมทั้งมีการส่งเสริมสมรรถนะโดยการติดตาม เยี่ยมบ้าน และกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเอง ทั้งนี้ แบ่งกิจกรรมต่างๆ ออกเป็น 6 ครั้ง โดยครั้งที่ 1-3 เป็นการดำเนินแผนกิจกรรมโดยอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 ประการข้างต้น ส่วนครั้งที่ 4-6 เป็นกิจกรรมการเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคล สำหรับการตรวจสอบคุณภาพ นั้น คณะผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและตามโครงสร้าง ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับ ผู้ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ตำบลหนองแก อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 3 คน

1.2 คู่มือการดูแลตนเองเบื้องต้น เรื่องเบาหวาน “รู้ทันเบาหวาน” สำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2546) เนื้อหา ประกอบด้วยความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การควบคุมโรคเบาหวาน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการดูแลสุขภาพทั่วไป

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ค่าดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความถี่ของการมาตรวจตามนัด ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว และระดับน้ำตาลในเลือด จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งคณะผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ของทิพย์สุกนก สุวรรณสร (2550) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) และจากการทบทวนวรรณกรรม โดยคณะผู้วิจัยได้ปรับภาษาให้เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ใช้ประเมินการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความมั่นใจของตนเองในความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรค แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 11 ข้อ ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน จำนวน 3 ข้อ ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป จำนวน 11 ข้อ และด้านการใช้ยา จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 29 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่มั่นใจเลย มั่นใจเล็กน้อย มั่นใจปานกลาง มั่นใจมาก และมั่นใจมากที่สุด ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนนั้น คณะผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ (29-67 คะแนน) มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลาง (68-105 คะแนน) และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง (106-145 คะแนน) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .90 และมีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีการของครอนบาคเท่ากับ .88

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งคณะผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ของทิพย์สุกนก สุวรรณสร (2550) โดยคณะผู้วิจัยได้ปรับภาษาให้เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร จำนวน 11 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 2 ข้อ

ด้านการใช้จ่าย จำนวน 4 ข้อ และด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป จำนวน 11 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 28 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 0-2 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้ง และปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอหรือทุกวัน ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนนั้น คณะผู้วิจัยใช้วิธีการคำนวณหาอันตรภาคชั้น โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับต่ำ (0-18.70 คะแนน) มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง (18.80-27.30 คะแนน) และมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูง (27.40-56 คะแนน) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .88 และมีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีการของครอนบาคเท่ากับ .75

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
มีขั้นตอนดังนี้

1. คณะผู้วิจัยทำหนังสือถึงสาธารณสุขอำเภอนอนโดน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่ง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกล้วย เพื่อขออนุญาตวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. คณะผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานจากสมุดนัดตรวจ ศึกษาเวชระเบียนและรายงานประวัติของผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. คณะผู้วิจัยพบผู้ป่วยโรคเบาหวานตามรายชื่อที่สำรวจ จากนั้นสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อประเมินระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากนั้นพบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

4. คณะผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป จากนั้นให้ตอบแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนการทดลอง

(pre-test) โดยดำเนินการก่อนเริ่มกิจกรรมครั้งที่ 1 ของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน เป็นเวลา 1 สัปดาห์

5. คณะผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่มย่อย (7 คน และ 8 คน) จากนั้นนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการพบกลุ่ม โดยให้แต่ละกลุ่มไปตามจุดนัดหมายในหมู่บ้าน

6. คณะผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองแต่ละกลุ่มย่อยได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนตามกิจกรรมทั้ง 6 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยครั้งที่ 1-3 ใช้เวลาครั้งละ 3 ชั่วโมง ส่วนครั้งที่ 4-6 ใช้เวลาครั้งละ 1½ - 1 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากแพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

7. คณะผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังการทดลอง (post-test) โดยดำเนินการหลังสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 6 ของโปรแกรมฯ เป็นเวลา 4 สัปดาห์

8. คณะผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มควบคุมเพื่อจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยกล่าวถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย พร้อมทั้งให้ชมสื่อวีดิทัศน์เรื่องโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นแบบอย่างเปิดโอกาสให้ซักถาม จากนั้นคณะผู้วิจัยสรุปและมอบคู่มือการดูแลตนเองเบื้องต้น เรื่องเบาหวาน “รู้ทันเบาหวาน” สำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2546) เพื่อให้ผู้ป่วยศึกษาด้วยตนเองที่บ้าน

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2556 ถึงเดือนมกราคม 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ

independent *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 93.30 เท่ากัน มีอายุอยู่ในช่วง 51-55 ปี และตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.70 เท่ากัน ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 93.30 และ 100 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.70 และ 33.30 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 86.70 และ 79.90 ตามลำดับ ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 เท่ากัน มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 25,001-30,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.30 เท่ากัน มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์

อ้วน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.33 และ 40 ตามลำดับ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานคือ 5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.30 เท่ากัน ความถี่ของการมาตรวจตามนัดส่วนใหญ่คือ ทุก 2 เดือน คิดเป็นร้อยละ 60 และ 100 ตามลำดับ มีประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 73.30 และ 33.30 ตามลำดับ และระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 201-250 mg/dl คิดเป็นร้อยละ 53.33 และ 46.67 ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน พบว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 22.760, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง (n = 15)

พฤติกรรมสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	<i>t</i>	<i>p</i>
ก่อนการทดลอง	20.93	2.84	22.760	< .001
หลังการทดลอง	47.13	5.68		

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังได้รับการดูแลตามปกติ พบว่าหลังได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย

พฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างจากก่อนได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง (n = 15)

พฤติกรรมสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	<i>t</i>	<i>p</i>
ก่อนการทดลอง	24.80	2.85	1.120	.282
หลังการทดลอง	23.80	2.37		

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพดีกว่า

กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.028, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	t	p
ก่อนการทดลอง	47.13	5.68	8.028	< .001
หลังการทดลอง	23.80	2.37		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าหลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีความเชื่อมั่นในตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา และด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป โดยอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 ประการ ได้แก่ 1) การประสบความสำเร็จในการลงมือกระทำด้วยตนเอง โดยการฝึกให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานออกกำลังกายที่ถูกต้องด้วยตนเอง จัดชนิดอาหารที่ควรรับประทานด้วยตนเอง การปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยากระดับน้ำตาลในเลือด การดูแลเท้าและการดูแลสุขภาพทั่วไป 2) การได้รับประสบการณ์โดยการสังเกตจากการปฏิบัติกิจกรรมที่ตัวแบบที่มีชีวิตกระทำ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสได้เห็นตัวแบบที่มีชีวิตที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีแล้วประสบความสำเร็จ โดยตัวแบบที่มีชีวิตได้เล่าถึงประสบการณ์จริงของตนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน และการออกกำลังกายที่ตนปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เป็นเวลา 2 ปี ซึ่งผลที่ได้คือ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 3) การเสริมแรงโดยการพูดคุย ชักจูง กระตุ้น ชี้นำ และให้กำลังใจ ทั้งจากคณะผู้วิจัยและกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยกัน เพื่อให้มีการปฏิบัติกิจกรรม

การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการดูแลสุขภาพทั่วไป อย่างถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่อง และ 4) การสนับสนุนด้านสภาวะทางสรีระและอารมณ์ รวมทั้งมีการส่งเสริมสมรรถนะโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน และกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงขึ้น และเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดี ทำให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มุ่งเน้นในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล ซึ่ง Bandura เชื่อว่าบุคคลจะกระทำกิจกรรมใดนั้น ถ้าไม่มั่นใจว่าจะปฏิบัติสิ่งนั้นได้ ถึงแม้จะได้รับความรู้และรู้ว่าพฤติกรรมนั้นดี ก็อาจไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ถ้าไม่ได้รับการสนับสนุนหรือส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน บุคคลใดที่มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนสูง จะเป็นบุคคลที่มีความสามารถในการจัดการกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้ ซึ่งโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีกิจกรรมการเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นเตือนและให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ยังมีความมั่นใจและกล้าซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยในสิ่งที่ปฏิบัติอยู่กับ

คณะผู้วิจัย เมื่อได้รับคำแนะนำและชี้แนะ จึงช่วยให้กลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพรนภา ไชยอาสา (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานพบว่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของพิมพภา ปัญญาใหญ่ (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากผลการวิจัยที่พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดังนั้น พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงควรนำโปรแกรมดังกล่าวไปปรับใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งในคลินิกและชุมชน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอง

1.2 อาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลควรนำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้ประกอบการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของนักศึกษาพยาบาล

1.3 นักศึกษาพยาบาลควรนำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพให้กับประชาชนที่เป็นโรคเรื้อรังในการฝึกภาคปฏิบัติทางคลินิก

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาติดตามผลในระยะยาวของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2546). *คู่มือการดูแลตนเองเบื้องต้น เรื่องเบาหวาน “รู้ทันเบาหวาน” สำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. (2556). *สรุปรายงานการป่วย & รายงานการให้บริการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2556. สระบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี*.
- กัมมันต์ พันธุมจินดา. (2549). โรคระบบประสาทในผู้ป่วยเบาหวาน. ใน ธิติ สนับบุญ, และวราภณ วงศ์ถาวราวัฒน์. (บ.ก.). *การดูแลรักษาเบาหวานแบบองค์รวม: Holistic care*. หน้า 182-192. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์แห่งมหาวิทยาลัย.
- ทิพย์สุภางค์ สุวรรณสร. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง (การค้นคว้าอิสระปริญญาโทบัณฑิต)*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เทพ หิมะทองคำ, วัลลา ตันตโยทัย, พงศ์อมร บุญนาค, ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, และสุนทรี นาคะเสถียร. (2547). *การทบทวนองค์ความรู้เบาหวานและน้ำตาลในเลือดสูง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ประศาสน์ ลักษณะพุทธิ. (2549). โรคแทรกซ้อนทางตาในผู้ป่วยเบาหวาน. ใน ธิติ สนับบุญ, และวราภณ วงศ์ถาวราวัฒน์. (บ.ก.). *การดูแลรักษาเบาหวานแบบองค์รวม: Holistic care*. หน้า 158-161. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์แห่งมหาวิทยาลัย.

- พรนภา ไชยอาสา. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัฒน์พงษ์ นาวิเจริญ. (2549). การเกิดแผลติดเชื้อเรื้อรังในเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน. ใน ชิตี สันบุญ, และ วราภณ วงศ์ถาวรัตน์. (บ.ก.). *การดูแลรักษาเบาหวานแบบองค์รวม: Holistic care*. หน้า 218-221. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิมพ์ภา ปัญญาใหญ่. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิทยา ศรีดามา. (2549). การควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. ใน ชิตี สันบุญ, และ วราภณ วงศ์ถาวรัตน์. (บ.ก.). *การดูแลรักษาโรคเบาหวานแบบองค์รวม: Holistic care*. หน้า 64-69. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐ. (2548). *ภาพรวมระบบยาของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *สรุปสถิติสาธารณสุขที่สำคัญ พ.ศ. 2551- 2555*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- American Diabetes Association. (2005). Third-party reimbursement for diabetes care, self-management education and supplies. *Diabetes Care*, 28, S62-S63.
- American Diabetes Association. (2007). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 30, s4-s41.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman and Company.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principle and methods*. Philadelphia: Lippincott.
- World Health Organization. (2014). *10 facts about diabetes*. Retrieved November 3, 2014, from <http://www.who.int/features/factfiles/diabetes/facts/en/>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็ง *

Factors Correlated with Family Adaptation in Families Having Children with Cancer *

กฤษฎณา ไชยประสิทธิ์, Ph.D.c (Nursing) **

Kannapa Chaiprasit, Ph.D.c (Nursing) **

วสนณี เดียวอิสส, Ph.D. (Nursing) ***

Wannee Deoisres, Ph.D. (Nursing) ***

Phoebe D. Williams, RN, Ph.D., FAAN ****

ไพรัตน์ วงษ์นาม, Ph.D. (Education) *****

Pairatana Wongnam, Ph.D. (Education) *****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาชนิดการศึกษาสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการปรับตัวของครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็ง ตามกรอบแนวคิด The Resiliency Model of Family Stress, Adjustment and Adaptation ของ McCubbin และ McCubbin (1993) กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรโรคมะเร็งซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 225 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสำรวจข้อมูลทั่วไปของมารดาและบุตรโรคมะเร็ง แบบสำรวจอาการของเด็กและวัยรุ่นขณะได้รับการรักษาด้วยโรคมะเร็งที่มีค่าความเชื่อมั่น .89 แบบวัดผลกระทบของการมีบุตรโรคมะเร็งต่อครอบครัวที่มีค่าความเชื่อมั่น .80 แบบสำรวจการใช้แหล่งช่วยเหลือในครอบครัวที่มีค่าความเชื่อมั่น .80 แบบสำรวจการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีค่าความเชื่อมั่น .80 แบบสำรวจทักษะการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหาของครอบครัวที่มีค่าความเชื่อมั่น .88 และแบบวัดการปรับตัวของครอบครัวที่มีค่าความเชื่อมั่น .96 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2557 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การใช้แหล่งช่วยเหลือในครอบครัว ($r = .427, p < .001$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = .376, p < .001$) และทักษะการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหาของครอบครัว ($r = .420, p < .001$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ความรุนแรงของโรคมะเร็ง ($r = -.230, p < .01$) และพบว่าการประเมินการเจ็บป่วยของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

* ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** ดุษฎีบัณฑิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

**** Professor, Kansas University Medical Center (KUMC), School of Nursing, Kansas City, USA

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

***** รองศาสตราจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งควรให้ความสำคัญกับการดูแลครอบครัวด้วย โดยคำนึงถึงปัจจัยเรื่องการใช้แหล่งช่วยเหลือในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ทักษะการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหาของครอบครัว และความรุนแรงของโรคมะเร็ง

คำสำคัญ : การปรับตัวของครอบครัว ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของครอบครัว บุตรโรคมะเร็ง

Abstract

This descriptive correlational study aimed to examine the relationship between factors correlated with family adaptation in families having children with cancer by using The Resiliency Model of Family Stress, Adjustment and Adaptation (McCubbin & McCubbin, 1993). The samples included 225 mothers of children with cancer who met the criteria completed a set of questionnaires, including the Lansky score, health and demographic form; Therapy-Relate Symptom Checklist for Children with the reliability of .89; Impact on Family Scales with the reliability of .80; Family Inventory of Resources and Management with the reliability of .80; Social Support Index with the reliability of .80; Family Crisis Oriented Personal Scales with the reliability of .88; and Family Adaptation Scales with the reliability of .96. Data were collected from January to February, 2014. Statistics applied for data analysis consisted of frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation coefficient.

The study found that there were positive relationships between family adaptation in families having children with cancer and these following factors; family resources ($r = .427, p < .001$), social support ($r = .376, p < .001$), and family problem solving and coping skills ($r = .420, p < .001$). In addition, there was a negative relationship between family adaptation in families having children with cancer and cancer illness severity ($r = -.230, p < .01$). However, there was no relationship between family appraisal of illness and family adaptation in families having children with cancer.

This study suggested that nurses and family caretakers of children with cancer should be emphasized to family resources, social support, and family problem solving and coping skills, and cancer illness severity.

Keywords : Family adaptation, Factors correlated with family adaptation, Children with cancer

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุตรส่งผลกระทบต่อตัวบุตรและครอบครัว ซึ่งมีผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (Williams, Lorenzo, & Borja, 1993; Phuphaibul, Churaitassanee,

Thachathong, Kongsaktrakul, Punthangkura, & Martinson, 2000; Young, Dixon-Woods, Findlay, & Heney, 2002; Branstetter, 2007; Shanberg, Williams, & Piamjariyakul, 2011; Williams et al., 2012) แม้อัตราการรอดชีวิตของเด็กป่วย

โรคมะเร็งจะเพิ่มขึ้น แต่โรคมะเร็งก็ยังเป็นความเจ็บป่วยที่รุนแรงและต้องใช้เวลาในการรักษาค่อนข้างยาวนาน ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิต และอาจทำให้เกิดปัญหาในครอบครัว โดยเฉพาะการกีดกันการสูญเสียบุตรอันเป็นที่รัก ส่วนเรื่องเศรษฐกิจของครอบครัวนั้น นอกจากค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นแล้ว อาจทำให้การหารายได้ลดลงด้วย เนื่องจากต้องให้ความสำคัญกับการดูแลบุตรที่ป่วย ซึ่งอาจมีผลกระทบด้านจิตสังคมของครอบครัวอีกด้วย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรให้ความสำคัญกับการดูแลและช่วยเหลือครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็งให้สามารถปรับตัวกับสถานการณ์วิกฤตเช่นนี้ได้ดีขึ้น

อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในเด็กยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของไทยและมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี นอกจากนี้ยังพบว่าระหว่างปี พ.ศ. 2538-2540 มีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ป่วยเป็นโรคมะเร็งรายใหม่ทั้งสิ้น 636 ราย (Wiangnon & Kamsa-Ard, 2003) ซึ่งโรคมะเร็งที่พบบ่อยตามลำดับได้แก่ มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งสมอง และระบบประสาทส่วนกลาง และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Wiangnon & Kamsa-Ard, 2003) โดยอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในเด็กเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2531 ถึงปี พ.ศ. 2540 สูงถึงร้อยละ 32.52 โรคมะเร็งในเด็กส่วนใหญ่รักษาไม่หายขาด แต่ทำให้โรคสงบได้ มีอัตราการปลอดโรค 5 ปี เพิ่มขึ้นจากน้อยกว่าร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2513 เป็นมากกว่าร้อยละ 75 ในปัจจุบัน โดยเฉพาะมะเร็งเม็ดเลือดขาวซึ่งพบว่ามีอัตราการปลอดโรค 5 ปี ถึงร้อยละ 80

การรักษาที่สำคัญสำหรับโรคมะเร็งในเด็ก คือ การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด และการฉายรังสี โดยทำติดต่อกันสม่ำเสมออย่างน้อย 3-5 ปี (American Cancer Society: ACS, 2012) การให้ยาเคมีบำบัดและการฉายรังสีมีผลข้างเคียงอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยผลข้างเคียงด้านร่างกายได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ท้องเสีย เยื่อปากอักเสบ เบื่ออาหาร ผอมร่าง ซีด เลือดออกง่าย ติดเชื้อได้บ่อย และมีไข ส่วนผลข้างเคียงด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม เช่น การวิตกกังวลและอายุเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป เช่น ผอมร่าง ซีด น้ำหนักตัวขึ้น ผิวหรือผื่นขึ้นตามตัว มีผลทำให้

เด็กเกิดพฤติกรรมดื้อและแยกตัวออกจากสังคม (Williams et al., 2012) นอกจากนี้ โรคมะเร็งยังมีผลกระทบด้านการศึกษา กล่าวคือ ผู้ป่วยเด็กต้องหยุดพักการเรียนเป็นระยะๆ เพื่อเข้ารับการรักษาก็มักเกิดความวิตกกังวลเรื่องการขาดเรียน มีความสามารถในการเรียนลดลง (Ness et al., 2005) นอกจากนี้ การทำหัตถการต่างๆ เช่น การฉีดยา การเจาะเลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเจาะหลัง ล้วนมีผลทำให้เด็กเจ็บปวด ไม่สุขสบาย และกลัว สำหรับบิดามารดาของผู้ป่วยก็มีความวิตกกังวลต่อการที่บุตรเป็นโรคนี้อย่างยิ่ง โดยกลัวว่าบุตรจะเสียชีวิต และกลัวผลข้างเคียงของการรักษา

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่างานวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็งมีน้อย และไม่ครอบคลุมกลุ่มครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็ง โดยเน้นปัจจัยคัดสรรตามกรอบแนวคิด The Resiliency Model of Family Stress, Adjustment and Adaptation (McCubbin & McCubbin, 1993) ซึ่งประกอบด้วยความรุนแรงของโรคมะเร็ง การประเมินการเจ็บป่วยของครอบครัว การใช้แหล่งช่วยเหลือในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และทักษะการแก้ปัญหา และการเผชิญปัญหาของครอบครัว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาการปรับตัวของครอบครัว และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็ง โดยมุ่งเน้นปัจจัยดังกล่าว เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของครอบครัว ที่ควรให้ความสำคัญในการดูแลครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็งให้มีการปรับตัวที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

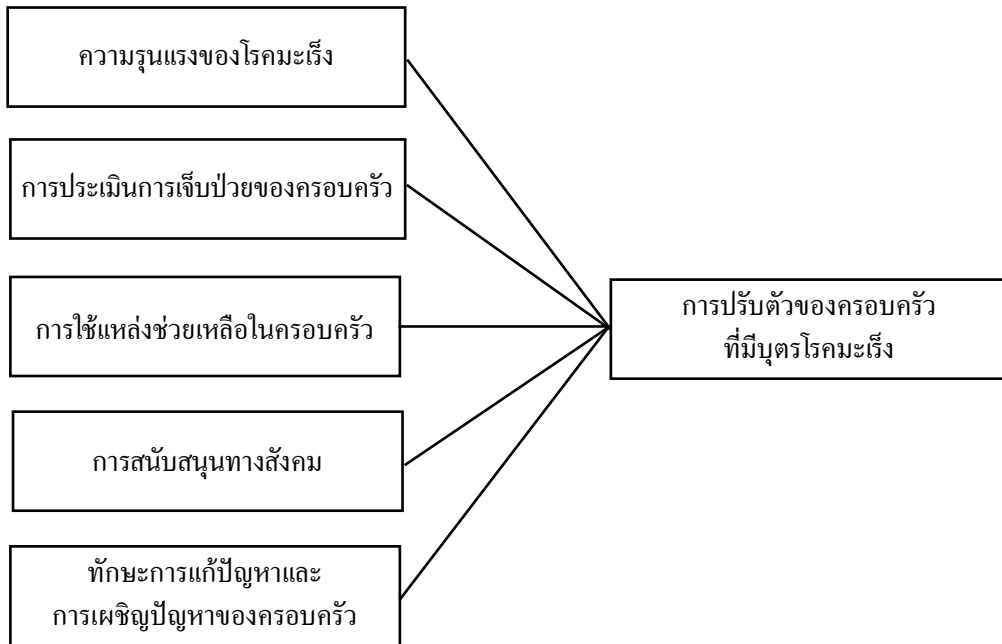
เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการปรับตัวของครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็ง ได้แก่ ความรุนแรงของโรคมะเร็ง การประเมินการเจ็บป่วยของครอบครัว การใช้แหล่งช่วยเหลือในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และทักษะการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหาของครอบครัว

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความรุนแรงของโรคมะเร็ง การประเมินการเจ็บป่วยของครอบครัว การใช้แหล่งช่วยเหลือในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และทักษะการแก้ปัญหา

และการเผชิญปัญหาของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็ง

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาชนิดการศึกษาสหสัมพันธ์ (descriptive correlational research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นมารดาที่มีบุตรโรคมะเร็งในโรงพยาบาล 8 แห่งทั่วประเทศ จำแนกเป็นโรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาล

ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยสุ่มเลือกโรงพยาบาลสังกัดละ 1 แห่ง โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์ดังนี้ 1) เป็นมารดาที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวบุตรโรคมะเร็ง 2) มีบุตรโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษามาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง 3) พักอาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกับบุตรโรคมะเร็งหลังจากได้รับการวินิจฉัยและการรักษาแล้ว และ 4) มีความสามารถในการติดต่อสื่อสารและเข้าใจ

ภาษาไทย ทั้งนี้ กำหนดขนาดตัวอย่างโดยวิธีประมาณการจากจำนวนตัวแปร โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 10 คน ต่อ 1 ตัวแปร (Chou, 1987 cited in Schumacker & Lomax, 2010) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรแฝง 5 ตัว และตัวแปรที่สังเกตได้ 22 ตัว จึงได้ขนาดตัวอย่าง 220 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างอีกประมาณร้อยละ 10 เนื่องจากอาจมีข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ในแบบสำรวจและแบบวัด รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 242 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากมารดาที่มีบุตรโรคมะเร็งที่เข้ารับบริการในคลินิกมะเร็งแผนกผู้ป่วยนอก และที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยใน ทั้งนี้ ผู้วิจัยสุ่มช่วงเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 7 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสำรวจข้อมูลทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของมารดา ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ จำนวนบุตร สถานภาพสมรส ศาสนา สัญชาติ ระดับการศึกษา อาชีพ อายุของกลุ่มสมรส และอาชีพของกลุ่มสมรส จำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ และ 2) ข้อมูลทั่วไปของบุตรโรคมะเร็ง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา วิธีการรักษาที่ได้รับ และความสามารถในการทำกิจกรรม จำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสำรวจอาการของเด็กและวัยรุ่นขณะได้รับการรักษาด้วยโรคมะเร็ง ใช้สำหรับประเมินความรุนแรงของปัญหาซึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวนทั้งสิ้น 30 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่มีปัญหา มีปัญหาเล็กน้อย มีปัญหามาก มีปัญหารุนแรง และมีปัญหารุนแรงมาก

ชุดที่ 3 แบบวัดผลกระทบของการมีบุตรโรคมะเร็งต่อครอบครัว ใช้สำหรับประเมินผลกระทบจากการเจ็บป่วยของบุตรโรคมะเร็งของครอบครัว จำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 15-60 คะแนน

ชุดที่ 4 แบบสำรวจการใช้แหล่งช่วยเหลือในครอบครัว ใช้สำหรับประเมินการสนับสนุนช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีบุตรโรคมะเร็ง มีจำนวนทั้งสิ้น 48 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่ตรงเลย ตรงเล็กน้อย ตรงปานกลาง และตรงมากที่สุด โดยมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 48-192 คะแนน

ชุดที่ 5 แบบสำรวจการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ใช้สำหรับประเมินการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสังคมภายนอกครอบครัวขณะที่ครอบครัวมีบุตรโรคมะเร็ง มีจำนวนทั้งสิ้น 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่ตรงเลย ตรงเล็กน้อย ตรงปานกลาง และตรงมากที่สุด โดยมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-42 คะแนน

ชุดที่ 6 แบบสำรวจทักษะการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหาของครอบครัว ใช้สำหรับประเมินวิธีปฏิบัติในการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหาของครอบครัวเมื่อมีบุตรโรคมะเร็ง จำนวนทั้งสิ้น 33 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เกิดขึ้น เกิดขึ้นบ้าง เกิดขึ้นปานกลาง และเกิดขึ้นมากที่สุด โดยมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 33-132 คะแนน

ชุดที่ 7 แบบวัดการปรับตัวของครอบครัว ใช้สำหรับประเมินการปรับตัวของครอบครัวตามการรับรู้ของครอบครัว จำนวนทั้งสิ้น 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 7 ระดับ จากคะแนน 1-7 โดยที่คะแนน 1 หมายถึง การปรับตัวของครอบครัวอยู่ในระดับต่ำที่สุด และคะแนน 7 หมายถึง การปรับตัวของครอบครัวอยู่ในระดับดีที่สุด โดยมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 11-77 คะแนน

ทั้งนี้ เนื่องจากเครื่องมือการวิจัยได้ถูกสร้างขึ้นเป็นภาษาอังกฤษ และส่วนใหญ่มีการแปลเป็นภาษาไทย และพัฒนาให้เข้ากับบริบทของประเทศไทยโดยนักวิจัยไทย มีเพียงแบบวัดผลกระทบของการมีบุตรโรคมะเร็งต่อครอบครัวที่แปลโดยผู้วิจัย โดยใช้เทคนิคการแปลกลับของ Brislin (1976) ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา จำนวน 3 คน

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยทั้ง 7 ชุด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยคะแนน I-CVI ต้องไม่น้อยกว่า 1 และ S-CVI ต้องไม่น้อยกว่า .80 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยชุดที่ 2-7 เท่ากับ .89, .80, .80, .80, .88 และ .96 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง และประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นประชุมชี้แจงรายละเอียด ขั้นตอน และวิธีการปฏิบัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกมะเร็งและประจำหอผู้ป่วย แห่งละ 3 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 6 คน จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เมื่อตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสำรวจและแบบวัด โดยใช้เวลาคนละ 45-60 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของมารดาและเด็กป่วยโรคมะเร็ง วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลอาการของเด็กและวัยรุ่นขณะได้รับการรักษาด้วยโรคมะเร็ง ผลกระทบของการมีบุตรโรคมะเร็งต่อครอบครัว การใช้แหล่งช่วยเหลือในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทักษะการแก้ปัญหา และการเผชิญปัญหาของครอบครัว และการปรับตัวของครอบครัว วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรต่างๆ กับการปรับตัวของครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็ง วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ทั้งนี้ ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์จำนวนทั้งสิ้น 225 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 92.97

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของมารดา พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน จำนวนใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 52 และ 48 ตามลำดับ มีอายุอยู่ในช่วง 19-54 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 35.34 ปี ($SD = 7.05$) มีบุตรจำนวน 2 คนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.40 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 81.30 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 94.70 มีสัญชาติไทย คิดเป็นร้อยละ 98.20 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.60 วางงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.30 อายุของกลุ่มสมรสอยู่ในช่วง 20-57 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 38.39 ปี ($SD = 7.39$) และอาชีพของกลุ่มสมรสที่พบมากที่สุดคือ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 38.70

ส่วนข้อมูลทั่วไปของเด็กป่วยโรคมะเร็ง พบว่า มีอายุอยู่ในช่วง 2 เดือน ถึง 15 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 7.38 ปี ($SD = 3.88$) เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 54.70 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว คิดเป็นร้อยละ 81.80 เข้ารับการรักษาเป็นระยะเวลา 6-11 เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.40 วิธีการรักษาที่ได้รับส่วนใหญ่คือ ไขยาเคมีบำบัด คิดเป็นร้อยละ 86.70 และส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำกิจกรรมได้ตามปกติ คิดเป็นร้อยละ 86.20

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรต่างๆ กับการปรับตัวของครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็ง พบว่าการใช้แหล่งช่วยเหลือในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และทักษะการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหาของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .427, p < .001$; $r = .376, p < .001$ และ $r = .420, p < .001$ ตามลำดับ) และพบว่าความรุนแรงของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางลบ

กับการปรับตัวของครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.230, p < .01$) ส่วนการประเมินการเจ็บป่วยของครอบครัว พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับ

การปรับตัวของครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคมะเร็ง การประเมินการเจ็บป่วยของครอบครัว การใช้แหล่งช่วยเหลือในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และทักษะการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหาของครอบครัว กับการปรับตัวของครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็ง ($n = 225$)

ปัจจัยคัดสรร	การปรับตัวของครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็ง	
	r	p
ความรุนแรงของโรคมะเร็ง	-.230	.001
การประเมินการเจ็บป่วยของครอบครัว	-.038	.460
การใช้แหล่งช่วยเหลือในครอบครัว	.427	< .001
การสนับสนุนทางสังคม	.376	< .001
ทักษะการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหาของครอบครัว	.420	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรต่าง ๆ กับการปรับตัวของครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็ง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็งได้แก่ การใช้แหล่งช่วยเหลือในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ทักษะการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหาของครอบครัว และความรุนแรงของโรคมะเร็ง ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็งคือ การประเมินการเจ็บป่วยของครอบครัว ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าการใช้แหล่งช่วยเหลือในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการช่วยเหลือของสมาชิกภายในครอบครัวที่ดีจะช่วยให้ครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็งสามารถปรับตัวได้ดี สอดคล้องกับกรอบแนวคิด The Resiliency Model of Family

Stress, Adjustment, and Adaptation ของ McCubbin and McCubbin (1993) ซึ่งกล่าวว่าการใช้แหล่งช่วยเหลือในครอบครัวเป็นบทบาทสำคัญในการปรับตัวของครอบครัว โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีบุตรป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และการมีทรัพยากรเพียงพอ จะทำให้ครอบครัวสามารถจัดการปัญหาและฟื้นฟูความสมดุลของครอบครัวได้ดีกว่าครอบครัวที่มีทรัพยากรจำกัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Van Riper (2007) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวของครอบครัวที่มีบุตรดาวน์ซินโดรมตามการรับรู้ของมารดาและผู้ปกครอง พบว่าการใช้แหล่งช่วยเหลือในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ การใช้แหล่งช่วยเหลือในครอบครัวเมื่อมีภาวะวิกฤต เป็นบทบาทที่ครอบครัวควรให้ความสำคัญและดึงศักยภาพตลอดจนทรัพยากรทั้งด้านทุนทรัพย์และการให้กำลังใจซึ่งกันและกันภายในครอบครัวมาใช้ให้มากที่สุด จะช่วยให้ครอบครัวมีการปรับตัวได้ดี

ผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของครอบครัวที่มี

บุตรโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยให้ครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็งสามารถปรับตัวได้ดี สอดคล้องกับกรอบแนวคิด The Resiliency Model of Family Stress, Adjustment, and Adaptation ของ McCubbin and McCubbin (1993) ซึ่งกล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งทรัพยากรในสังคมหรือในชุมชน ที่ครอบครัวใช้ในการจัดการกับสถานการณ์วิกฤตในครอบครัว ซึ่งมีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการ เช่น เพื่อน ชุมชน และรูปแบบที่เป็นทางการ เช่น หน่วยบริการทางการแพทย์ เครือข่ายอื่นๆ ในสังคม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเหล่านี้จะช่วยขจัดปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น และทำให้ครอบครัวสามารถปรับตัวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoekstra-Weebers, Jaspers, Kamps, and Klip (2001) ที่ศึกษาระยะยาวเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมกับการทำหน้าที่ด้านจิตวิทยาของครอบครัวที่มีเด็กโรคมะเร็ง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยและรักษามาแล้ว 6 เดือน และ 12 เดือน พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะช่วยให้ครอบครัวมีความพึงพอใจ และสามารถทำหน้าที่ด้านจิตวิทยาในการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งได้ดีขึ้น นั่นคือ ครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็งควรได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ ทั้งนี้เพื่อให้ครอบครัวสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตและปรับตัวได้ดี

ผลการวิจัยพบว่าทักษะการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหาของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็งที่มีทักษะการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหาที่ดี จะทำให้สามารถปรับตัวได้ดี สอดคล้องกับกรอบแนวคิด The Resiliency Model of Family Stress, Adjustment, and Adaptation ของ McCubbin and McCubbin (1993) ซึ่งกล่าวว่าการปรับตัวของครอบครัวในภาวะวิกฤตขึ้นอยู่กับกลยุทธ์ในการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหาของสมาชิกในครอบครัว อันประกอบด้วยกลยุทธ์ที่สำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) การจัดการเพื่อลดหรือขจัดความรุนแรงของปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว 2) การจัดหาทรัพยากรเพิ่มเติมเพื่อสนองความต้องการของครอบครัว 3) การจัดการ

กับความตึงเครียดภายในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง และ 4) กลยุทธ์ในการให้ความหมายหรือมองปัญหาอย่างสร้างสรรค์ เพื่อการยอมรับสถานการณ์วิกฤต สอดคล้องกับการศึกษาของ Van Riper (2007) ที่พบว่าทักษะการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหาของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Grant and Whittell (2000) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวของครอบครัวที่มีเด็กพิการ พบว่าการเรียนรู้กลยุทธ์และเทคนิคต่างๆ ในการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหา จะช่วยลดความเครียดของครอบครัวได้ นั่นคือ ครอบครัวควรมีทักษะในการแก้ปัญหาและเผชิญปัญหาโดยใช้กลยุทธ์ทั้ง 4 ประการ ทั้งนี้เพื่อการปรับตัวที่ดีของครอบครัว

ผลการวิจัยพบว่าความรุนแรงของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าอาการของบุตรที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งที่รุนแรงและมีความซับซ้อนมาก จะทำให้ครอบครัวปรับตัวได้ไม่ดี ความรุนแรงของโรคมะเร็งจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดภายในครอบครัว สอดคล้องกับกรอบแนวคิด The Resiliency Model of Family Stress, Adjustment, and Adaptation ของ McCubbin and McCubbin (1993) ซึ่งกล่าวว่ารระดับความเครียดที่สูงจะทำให้ครอบครัวมีการปรับตัวได้น้อยลง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Puasiri (2010) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวของครอบครัวที่มีเยาวชนป่วยด้วยโรคทางจิตเวช พบว่าความเครียดของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยพบว่าการประเมินการเจ็บป่วยของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความรุนแรงของโรคมะเร็งของเด็กป่วยอยู่ในระดับเล็กน้อย ส่วนใหญ่ได้รับการรักษามาแล้ว 6-11 เดือน (ร้อยละ 32.40) และเด็กป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.20) มีสุขภาพแข็งแรง สามารถทำกิจกรรมได้อย่างกระฉับกระเฉง คล่องแคล่ว และทำงานได้ตามปกติ และอาจ

เนื่องมาจากครอบครัวผ่านช่วงเวลาของระยะวิกฤตในการปรับตัวไปแล้ว จึงทำให้การประเมินการเจ็บป่วยของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังอาจมีปัจจัยบางประการที่เป็นตัวแปรคั่นกลางระหว่างการประเมินการเจ็บป่วยของครอบครัวกับการปรับตัวของครอบครัว เช่น การใช้แหล่งช่วยเหลือในครอบครัว ทักษะการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหาของครอบครัว ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Puasiri (2010) ที่พบว่าการประเมินการเจ็บป่วยของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของครอบครัวที่มีเยาวชนป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งควรให้ความสำคัญกับการดูแลครอบครัวด้วย โดยคำนึงถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวของครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย การใช้แหล่งช่วยเหลือในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ทักษะการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหาของครอบครัว และความรุนแรงของโรคมะเร็ง ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็งมีการปรับตัวได้ดีขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุของการปรับตัวของครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็ง โดยมุ่งเน้นปัจจัยเกี่ยวกับการใช้แหล่งช่วยเหลือในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ทักษะการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหาของครอบครัว และความรุนแรงของโรคมะเร็ง ทั้งนี้เพื่อให้ทราบถึงรูปแบบการปรับตัวของครอบครัว และปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวของครอบครัวที่ดีที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาที่สนับสนุนทุนวิจัย ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างและผู้เกี่ยวข้อง ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- American Cancer Society. (2012). *Childhood cancer: Cancer facts and figures*. Retrieved March 12, 2013, from <http://www.cancer.org/cancer/cancerinchildren>
- Branstetter, J. E. (2007). *Pediatric chronic illness or disability: Family caregivers' report of well child-sibling caregiving* (doctoral dissertation). Lawrence: University of Kansas.
- Grant, G., & Whittell, B. (2000). Differentiated coping strategies in families with children or adults with intellectual disabilities: The relevance of gender, family composition, and the life span. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 13(4), 256-275.
- Hoekstra-Weebers, J. E., Jaspers, J. P., Kamps, W. A., & Klip, E. C. (2001). Psychological adaptation and social support of parents of pediatric cancer patients: A prospective longitudinal study. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(4), 225-235.
- McCubbin, M. A., & McCubbin, H. I. (1993). Family coping with illness: The resiliency model of family stress, adjustment and adaptation. In Danielson, C. B., Hamel-Bissell, B., & Winstead-Fry, P. (Eds.). *Families, health & illness: Perspectives on coping and intervention*. pp. 21-63. St. Louis: Mosby.
- Ness, K. K., et al. (2005). Limitations on physical performance and daily activities among long-term survivors of childhood cancer. *Annals of Internal Medicine*, 143(9), 639-647.

- Phuphaibul, R., Churaitassanee, S., Thachathong, A., Kongsaktrakul, C., Punthangkura, W., & Martinson, I. M. (2000). *The impacts of childhood cancer on families, research report*. Bangkok: Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
- Puasiri, S. (2010). *Factors predicting adaptation of Thai families with mentally ill adolescents* (doctoral dissertation). Bangkok: Mahidol University.
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2010). *A beginner's guide to structural equation modeling* (3rd ed.). New York: Routledge.
- Shanberg, R., Williams, P. D., & Piamjariyakul, U. (2011). Complementary therapy/ care to relive pediatric cancer therapy related symptoms in Thailand. *The Journal of BSN Honors Research*, 4(1), 95-110.
- Van Riper, M. (2007). Families of children with Down syndrome: Responding to "a change in plans" with resilience. *Journal of Pediatric Nursing*, 22(2), 116-128.
- Wiangnon, S., & Kamsa-Ard, S. (2003). Childhood cancer. In Sriplung, H., et al. (Eds.). *Cancer in Thailand 1995-1997 Volume III*. pp. 71-78. Bangkok: Bangkok Medical Publisher.
- Williams, P. D., et al. (2012). A symptom checklist for children with cancer: The Therapy-Related Symptom Checklist-Children. *Cancer Nursing*, 35(2), 89-98.
- Williams, P. D., Lorenzo, F. D., & Borja, M. (1993). Pediatric chronic illness: Effects on sibling and mothers. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 21(4), 111-121.
- Young, B., Dixon-Woods, M., Findlay, M., & Heney, D. (2002). Parenting in a crisis: Conceptualizing mothers of children with cancer. *Social Science & Medicine*, 55(10), 1835-1847.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

Factors Influencing Glycemic Control Behaviors among Patients with Diabetes at Bansuan Tambon Health Promoting Hospital, Meuang District, Chonburi Province

ธาริน สุขอนันต์, พบ.ม. (สถิติประยุกต์) *

Tharin Sukanun, M.S. (Applied Statistics) *

ณัฐพร มีสุข, วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) **

Nattaporn Meesuk, M.Sc. (Public Health) **

อาภิสรา วงศ์สละ, ส.ป.ม. (การบริหารทั่วไป) ***

Apissara Wongsala, M.P.A. (General Administration) ***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยชนิดการศึกษาค้นคว้าเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 133 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีค่าความเชื่อมั่น .71 - .87 และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีค่าความเชื่อมั่น .84 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม 2556 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ และ multiple regression analysis วิธี enter

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 48.87 โดยมีพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียดในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 57.89, 45.11 และ 47.37 ตามลำดับ และมีพฤติกรรมด้านการใช้ยาในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.86 และ 2) ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ค่านิยมเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และชุมชน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 47.40 ($r = .688$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน บุคคลในครอบครัว และชุมชน ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สร้างความเชื่อและค่านิยมเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้เป็นไปในทางที่เหมาะสมและถูกต้อง นอกจากนี้ ควรส่งเสริมให้มีการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและชุมชน เพื่อส่งเสริมการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย

คำสำคัญ : พฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยเบาหวาน

* วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

** วิทยาจารย์ชำนาญการ ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

Abstract

This predictive correlational research aimed to examine the factors influencing glycemic control behaviors among patients with diabetes. Subjects consisted of 133 diabetic patients who visited at Bansuan Tambon Health Promoting Hospital, Chonburi Province. The research instrument was an interviewing questionnaire including 3 parts: a demographic data questionnaire, a factors related glycemic control behaviors questionnaire with the reliability in range of .71 - .87, and a glycemic control behaviors questionnaire with the reliability of .84. Data collection were conducted from July to August 2013. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, and enter multiple regression analysis.

The results showed that 1) the overall glycemic control behaviors of patients was at a moderate level (48.87%), their good glycemic control behaviors were dietary control, exercise, and stress management (57.89%, 45.11%, and 47.37%, respectively); whereas, their drug using behaviors was at a moderate level (45.86%); and 2) four important factors including knowledge of glycemic control, belief in glycemic control, value of glycemic control, and receiving family and community support can predict the glycemic control behaviors among patients with 47.40% accuracy ($r = .688$).

This study suggests that health care providers, family member, and the community should encourage diabetic patients' health behaviors through health education, promoting a belief in glycemic control, and provide ongoing support and value sharing. Moreover, the family and community support should be promoted for successful health behavior modification.

Keywords : Behaviors, Glycemic control, Patients with diabetes

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข และจากผลการสำรวจสุขภาพคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศครั้งล่าสุดเมื่อปี 2552 พบคนไทยป่วยด้วยโรคเบาหวานกว่า 3.50 ล้านคน เสียชีวิตจากโรคเบาหวานเฉลี่ยปีละเกือบ 8,000 คน โดยแนวโน้มพบในเด็กมากขึ้น เนื่องจากขณะนี้เด็กไทยเผชิญกับความอ้วนและรับประทานอาหารที่มีรสหวานมากขึ้น หากไม่มีการป้องกันและควบคุมโรคที่ดีพอ คาดว่าในอีก 8 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะพบผู้ป่วยถึง 4.70 ล้านคน ทั้งนี้มีผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเพียงร้อยละ 29 อีกประมาณร้อยละ 70

ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เกิดโรคแทรกซ้อน ทั้งโรคหัวใจ เส้นประสาท และไตวาย ทำให้ค่ารักษาพุ่งสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี (สุภาวดี ลิขิตมาศกุล, 2556) สำหรับจังหวัดชลบุรีนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีรายงานว่าในปีงบประมาณ 2555 สำรวจพบผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนจำนวน 73,621 คน ต่อประชากรทั้งหมด 1,338,656 คน หรือคิดเป็นอัตราความชุกผู้ป่วยเบาหวานเท่ากับร้อยละ 5.50 จึงนับเป็นจังหวัดหนึ่งที่ประสบปัญหาโรคเบาหวานเช่นกัน สอดคล้องกับสถานการณ์โรคเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ในระหว่างปี พ.ศ. 2553-2555 พบว่าอัตราความชุกผู้ป่วยเบาหวานเท่ากับร้อยละ 1.72, 1.94 และ 2.49 ตามลำดับ ซึ่งมี

อัตราป่วยเพิ่มขึ้นเช่นกัน

จากข้อมูลที่กล่าวมา แสดงให้เห็นว่าโรคเบาหวาน เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวานคือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้ใกล้เคียงกับปกติ ซึ่งจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ โดยแนวทางการรักษาที่ดีคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การจัดการความเครียด และการใช้ยา ทั้งนี้ สุภาวดี ลิขิตมาศกุล (2556) กล่าวว่าผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยร้อยละ 95 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเกิดจากการกิน และขาดการออกกำลังกาย ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จำเป็นจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ถูกต้อง ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎี PRECEDE-PROCEED Model ของ Green and Kreuter (1999) โดยแนวคิดดังกล่าว เชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจะเกิดขึ้นได้หรือเปลี่ยนแปลงได้ จะต้องมาจากหลายๆ ปัจจัย คือ ปัจจัยนำ เช่น ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ปัจจัยเอื้อในเรื่องการได้รับข่าวสารและการเข้าถึงสถานบริการ และปัจจัยเสริมในเรื่อง การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและชุมชน ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ดังการศึกษาของพรรณสนีย์ สิริวัฒนพรกุล, นงนุช โอบะ, และสุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสิมา (2550) ที่พบว่า พฤติกรรมการควบคุมอาหารมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

และแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าพฤติกรรมการควบคุมอาหารและการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างเหมาะสม เป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ในการวิจัยครั้งนี้ จึงศึกษาปัจจัยดังกล่าว ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะสามารถนำมาเป็นแนวทางในการดำเนินงานด้านการส่งเสริม ป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน รวมทั้งเป็นแนวทางในการจัดระบบ บริการคลินิกโรคเบาหวาน และการรักษาพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป

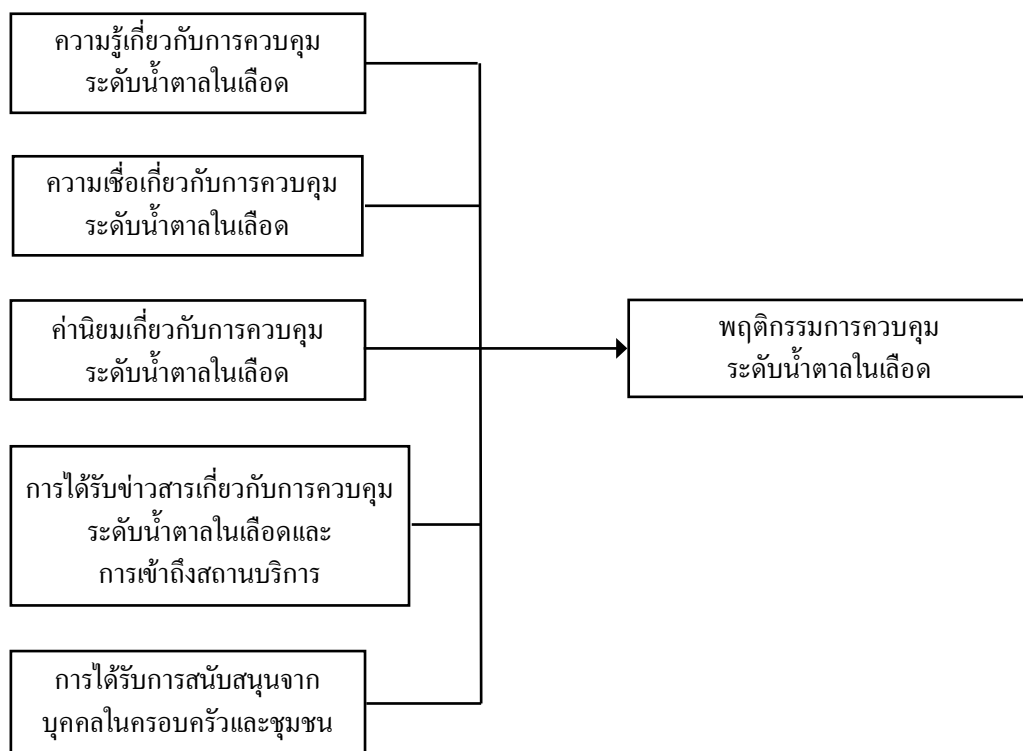
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และค่านิยมเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการเข้าถึงสถานบริการ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและชุมชน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยชนิดการศึกษาสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม 2556 จำนวน 198 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์ดังนี้

- 1) มีความสามารถในการติดต่อสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย

- และ 2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก กำหนดขนาดตัวอย่างตามการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ regression analysis วิธี enter ที่ควรมีจำนวนตัวอย่างอย่างน้อย 20 คน ต่อ 1 ตัวแปรทำนาย (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรทำนายจำนวน 5 ตัว ดังนั้น จำนวนตัวอย่างจึงควรมีอย่างน้อย 100 คน และเพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 40 ได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 140 คน แต่มีผู้ที่ถอนตัวจากการวิจัยจำนวน 7 คน จึงเหลือตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 133 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ ซึ่งคณะผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ประวัติการเป็น โรคเบาหวานในครอบครัว ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน การมีโรคร่วม และผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งออกเป็น 3 ส่วนย่อย ดังนี้

2.1 ปัจจัยนำ ประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่า ถูก หรือ ผิด เหนือในการให้คะแนนคือ ถ้าตอบว่า ถูก จะได้ 1 คะแนน และถ้าตอบว่า ผิด จะได้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับน้อย (ต่ำกว่าร้อยละ 60) มีความรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และมีความรู้ในระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) 2) ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จำนวนทั้งสิ้น 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความเชื่อในระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน) มีความเชื่อในระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) และมีความเชื่อในระดับสูง (3.67-5.00 คะแนน) และ 3) ค่านิยมเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีค่านิยมในระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน) มีค่านิยมในระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) และมีความเชื่อในระดับสูง (3.67-5.00 คะแนน)

2.2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการเข้าถึงสถานบริการ จำนวนทั้งสิ้น 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เคยได้รับข่าวสาร/เข้าถึง ได้รับข่าวสาร/เข้าถึงบางครั้ง ได้รับข่าวสาร/เข้าถึงนานๆ ครั้ง ได้รับข่าวสาร/เข้าถึงบ่อยครั้ง และได้รับข่าวสาร/เข้าถึงทุกครั้ง ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับข่าวสาร/เข้าถึงในระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน) ได้รับข่าวสาร/เข้าถึงในระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) และได้รับข่าวสาร/เข้าถึงในระดับสูง (3.67-5.00 คะแนน)

2.3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและชุมชน จำนวนทั้งสิ้น 13 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เคยได้รับการสนับสนุน ได้รับการสนับสนุนบางครั้ง ได้รับการสนับสนุนนานๆ ครั้ง ได้รับการสนับสนุนบ่อยครั้ง และได้รับการสนับสนุนทุกครั้ง ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนในระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน) ได้รับการสนับสนุนในระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) และได้รับการสนับสนุนในระดับสูง (3.67-5.00 คะแนน)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวาน แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการควบคุมอาหาร จำนวน 4 ข้อ 2) ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 3 ข้อ 3) ด้านการให้ยา จำนวน 3 ข้อ และ 4) ด้านการจัดการความเครียด จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 13 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมในระดับควรปรับปรุง (1.00-2.33 คะแนน) มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) และมีพฤติกรรมในระดับดี (3.67-5.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือนี้ คณะผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน

3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นในส่วนความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 21 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 และหาค่าความเชื่อมั่นในส่วนความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คำนิยมเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการเข้าถึงสถานบริการ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและชุมชน และพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71, .79, .87, .90 และ .74 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นประชุมชี้แจงรายละเอียด ขั้นตอน และวิธีการปฏิบัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรคเบาหวาน จำนวน 2 คน จากนั้นคณะผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยรวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นทำการสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาคนละ 10-15 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม 2556

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และข้อมูลพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ส่วนการหาปัจจัยทำนายพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ด้วยสถิติ multiple regression analysis วิธี enter

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.90 มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.10 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 72.90 มีอาชีพค้าขาย/เจ้าของกิจการ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.10 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.60 ส่วนใหญ่มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 63.20 ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 67.70 มีโรคร่วม เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเกาต์ ภาวะไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 85 และผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (FBS > 140 mg/dl) คิดเป็นร้อยละ 54.89 และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (FBS ≤ 140 mg/dl) คิดเป็นร้อยละ 45.11

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ปัจจัยนำ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระดับดี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.62 มีความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระดับสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.36 และมีค่านิยมเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.12

2.2 ปัจจัยเชื้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการเข้าถึงสถานบริการในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.39

2.3 ปัจจัยเสริม พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและชุมชนในระดับสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.63

3. พฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวมในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.87 รองลงมาคือ ระดับดี และระดับ

ควรปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 40.60 และ 10.53 ตามลำดับ เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด ในระดับดี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ

57.89, 45.11 และ 47.37 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมด้านการใช้ยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.86 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน จำแนกเป็นรายด้าน และโดยรวม (n = 133)

พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	ระดับพฤติกรรม		
	ควรปรับปรุง	ปานกลาง	ดี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านการควบคุมอาหาร	15 (11.28)	41 (30.83)	77 (57.89)
ด้านการออกกำลังกาย	33 (24.81)	40 (30.08)	60 (45.11)
ด้านการใช้ยา	13 (9.78)	61 (45.86)	59 (44.36)
ด้านการจัดการความเครียด	15 (11.28)	55 (41.35)	63 (47.37)
โดยรวม	14 (10.53)	65 (48.87)	54 (40.60)

4. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเมื่อใช้สถิติ multiple regression analysis วิธี enter เพื่อหาสมการทำนายผลความสัมพันธ์ร่วมกันของตัวพยากรณ์ทั้ง 5 ตัว ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (KN) ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (BE) ค่านิยมเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (SV) การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการเข้าถึงสถานบริการ (EN) และการได้รับ

การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและชุมชน (RE) พบว่าตัวพยากรณ์ทั้งหมดมีผลกระทบเชิงเส้นตรง ยกเว้นการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการเข้าถึงสถานบริการ (EN) เท่านั้น ซึ่งตัวพยากรณ์ทั้ง 4 ตัวดังกล่าว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 47.40 และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .688 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของตัวพยากรณ์ทั้ง 5 ตัว ที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 133$)

ตัวพยากรณ์	b	SE b	β	t	p
Constant	-12.414	7.726		-1.607	.111
ความรู้ (KN)	2.096	.476	.297	4.404	< .001
ความเชื่อ (BE)	.438	.124	.261	3.539	.001
ค่านิยม (SV)	.460	.136	.258	3.375	.001
การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการเข้าถึงสถานบริการ (EN)	-.132	.118	-.079	-1.120	.265
การได้รับการสนับสนุนจากบุคคล ในครอบครัวและชุมชน (RE)	.279	.073	.290	3.848	< .001

$R = .688$, $R^2 = .474$, adjusted $R^2 = .457$, $SEB = 6.77$, $F = .002$, $p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยในประเด็นที่สำคัญดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ค่านิยมเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและชุมชน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานได้ร้อยละ 47.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าผู้ที่เป็นเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง เมื่อไปรับบริการที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จะมีโอกาสได้รับความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ตามโปรแกรมการให้สุขศึกษา และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งโรงพยาบาลได้ดำเนินการตามแผนงานที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง จึงน่าจะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดความเชื่อและค่านิยมเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในทางที่ดี ส่งผลให้มีการปรับพฤติกรรมการควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของมูทิตา ชมพสุศรี (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวาน ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตอำเภอสนปราบ จังหวัดลำปาง พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา และด้านการจัดการความเครียด ($p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ Green & Kreuter (1999) ที่อธิบายไว้ว่าความเชื่อเป็นปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น หรือสิ่งต่าง ๆ เป็นเรื่องจริงหรือมีความเป็นจริง ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม

ในส่วนของการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและชุมชน ซึ่งร่วมทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานนั้น สามารถอธิบายได้ว่าเป็นเพราะบุคคลใกล้ชิดที่อยู่ในครอบครัวมีการกระตุ้นเตือนและแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการจัดการความเครียด ให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน

นอกจากนี้ ชุมชนยังมีการกระตุ้นเตือนและแนะนำผู้ป่วย เช่นกัน แม้ว่าจะไม่บ่อยครั้งเท่าบุคคลในครอบครัว เนื่องจาก โอกาสและระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะได้พบปะหรือพูดคุยกับ สมาชิกในชุมชนนั้นน้อยกว่า เช่น ทุก 1-2 เดือน ตามที่ แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนัดเพื่อติดตาม อาการและให้การรักษายอย่างต่อเนื่อง หรือจากการเยี่ยมบ้าน และจากการร่วมงานชมรมหรือกิจกรรมส่วนรวมของชุมชน เช่น งานมงคลสมรส งานบุญ งานศพ ซึ่งการที่ผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและชุมชน ดังกล่าว อาจทำให้มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นภารัตน์ ธัญธิโรจนากุล, จินตนา วัชรสินธุ์, และวรรณิ เดียววิเศษ (2554) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ การจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็น เบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการของ ครอบครัวที่มีสมาชิกครอบครัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 คือ การทำหน้าที่ของครอบครัว เครือข่ายทางสังคม และการรับรู้ ความรุนแรงของโรคของครอบครัว โดยสามารถร่วมกัน ทำนุการจัดการของครอบครัวได้ร้อยละ 33.40

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน บุคคลในครอบครัว และชุมชน ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สร้างความเชื่อและค่านิยม เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้เป็นไปในทาง ที่เหมาะสมและถูกต้อง เพื่อส่งเสริมการปรับพฤติกรรม ของผู้ป่วย

1.2 ผู้บริหารงานด้านสาธารณสุขควรจัดทำ กลยุทธ์หรือวางแผนงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วย เบาหวาน โดยครอบคลุมปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือด ค่านิยมเกี่ยวกับการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือด ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาล

ในเลือด และการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และชุมชน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เช่น ปัจจัยที่ได้รับ อิทธิพลจากประเพณีและวัฒนธรรมในท้องถิ่น ปัจจัยเกี่ยวกับ วิถีชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณคณะกรรมการวิจัยของ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี ที่สนับสนุน งบประมาณและให้คำแนะนำ ขอขอบคุณผู้ป่วยเบาหวาน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณบุคลากร ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน ที่ให้ ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

ทรศณีย์ สิริวัฒนพรกุล, นงนุช โอปะะ, และสุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา. (2550). ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 1(2), 57-67.

นภารัตน์ ธัญธิโรจนากุล, จินตนา วัชรสินธุ์, และวรรณิ เดียววิเศษ. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ การจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัว เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(เพิ่มเติม 1), 35-49.

มุกิตา ชมพูศรี. (2550). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็น เบาหวาน ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตอำเภอ สบปราบ จังหวัดลำปาง (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต)*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุภาวดี ลิขิตมาศกุล. (2556). คนไทยป่วย “เบาหวาน” 3.5 ล้านคน เหตุคุมน้ำตาลไม่ได้ -- อึ้ง 1.2 ล้านคน ไม่รู้ตัวว่าป่วย. ใน คมชัดลึก ฉบับวันที่ 30 ตุลาคม 2556. สืบค้น วันที่ 13 ธันวาคม 2556, จาก <http://www.komchadluek.net/detail/20131030/171670.html>

Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health promotion planning: An education and ecological approach* (3rd ed.). Mountain view: Mayfield publishing.

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

ผลกระทบภายหลังการบาดเจ็บที่สมอง Effect of Traumatic Brain Injury

รุ่งนภา เขียวชะอำ, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) *
Rungnapa Khiewchaum, M.N.S. (Adult Nursing) *

การบาดเจ็บที่สมองเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก แม้ว่ารัฐบาลแต่ละประเทศจะพยายามกำหนดนโยบายทางสาธารณสุขเพื่อแก้ไขสถานการณ์ดังกล่าว แต่จำนวนของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองกลับยังคงเพิ่มขึ้นทุกปี ทำให้รัฐบาลต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งในบทความนี้นำเสนอสาระเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง และผลกระทบภายหลังการบาดเจ็บที่สมอง

การบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury: TBI) เป็นภาวะที่ศีรษะได้รับการกระทบกระเทือนจากแรงที่กระทำจากภายนอก สมองมีการเคลื่อนที่ภายในกะโหลกศีรษะ และอาจได้รับการบาดเจ็บเนื่องจากการกระทบกระเทือนกับเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก (dura mater) ซึ่งมีลักษณะเหนียวและแข็งแรง หรือมีการกระทบกับส่วนของกะโหลกศีรษะ โดยการเพิ่มและการลดของความเร็วของแรงที่กระทบอาจไปขัดขวางเนื้อเยื่อระบบประสาทและหลอดเลือดในสมอง ซึ่งทุกระดับของการบาดเจ็บสามารถเริ่มต้นจากการที่ไม่สามารถมองเห็นความผิดปกติของสมองได้เลย การบาดเจ็บในระดับเล็กน้อยอาจมีเพียงการฟกช้ำบริเวณใบหน้า ส่วนการบาดเจ็บในระดับรุนแรงจะมีการบวมและเลือดออกในสมองขนาดใหญ่ได้ (World Health Organization: WHO, 2006) นอกจากนี้ รุ่งนภา เขียวชะอำ (2558) ยังกล่าวว่าการบาดเจ็บที่สมองหมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงกระทำภายนอกทั้งทางตรงและทางอ้อม ที่มีต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง เนื้อเยื่อระบบประสาท หลอดโลหิตในสมอง โพรงสมอง เนื้อสมอง และ

เส้นประสาท ซึ่งมีสาเหตุมาจากการกระแทกหรือทะลุหรือทั้งสองอย่าง ทำให้เกิดความผิดปกติในหน้าที่การทำงานของสมอง ซึ่งอาจเกิดแบบชั่วคราวหรือถาวร ทั้งด้านร่างกาย การรู้คิด เซาว์ปัญญา ความรู้สึกนึกคิด จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม และการทำหน้าที่ในสังคม

สถานการณ์ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

จากการศึกษาข้อมูลของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองในสหรัฐอเมริกา พบว่าแต่ละปีมีประชากรมากกว่า 2 ล้านคน ที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง เมื่อแยกตามระดับของการบาดเจ็บพบว่าประมาณ 1.50 ล้านคน ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย ประมาณ 500,000 คน ได้รับบาดเจ็บรุนแรง และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประมาณ 120,000 คน เสียชีวิตในที่เกิดเหตุหรือก่อนถึงโรงพยาบาล ทั้งนี้ การได้รับบาดเจ็บที่สมองพบมากในผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 45 ปี ในบรรดาผู้รอดชีวิตพบว่าประมาณ 70,000-90,000 คน มีความพิการจากการบาดเจ็บที่สมอง ซึ่งนอกเหนือจากความพิการด้านร่างกายและจิตใจแล้ว ยังมีผลกระทบต่อ การรู้คิด เซาว์ปัญญา การตัดสินใจ อารมณ์ อาชีพ และการทำหน้าที่ในครอบครัว (สุภา ดันติวิสุทธิ, อภิพร นามวงศ์พรหม, และศศิธร ศิริกุล, 2554; Abelson-Mitchell, 2008)

สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในประเทศไทยนั้น พบว่าอุบัติเหตุทางถนนในปี พ.ศ. 2556 มีผู้เสียชีวิต 14,789 คน คิดเป็นอัตรา 22.89 ต่อประชากรแสนคน โดยทุก ๆ วันจะมีคนไทยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ภาควิชาการพยาบาลเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ทางถนนเกือบ 41 คน หรือประมาณ 2 คน ต่อชั่วโมง ถึงแม้สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุจะมีจำนวนลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา โดยอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลงจาก 14.15 ในปี พ.ศ. 2554 เหลือ 11.84 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2555 แต่มีประเด็นที่น่าสนใจคือ การเกิดอุบัติเหตุทางถนนจำนวน 2,828 ครั้ง ลดลงจากปี 2555 ร้อยละ 9.60 มีผู้บาดเจ็บ 3,040 คน ลดลงร้อยละ 8.40 แต่กลับมีผู้เสียชีวิต 321 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.10 สาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุสูงสุดได้แก่ เมาแล้วขับ ร้อยละ 39.10 และ ขับรถเร็วเกินกำหนด ร้อยละ 23.60 โดยยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุดได้แก่ รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 78.70 และรถปิคอัพ ร้อยละ 11.80 ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตสูงสุดได้แก่ การไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 21.60 (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

ขณะที่องค์การอนามัยโลกเผยแพร่รายงานความปลอดภัยทางถนนของโลก พ.ศ. 2556 (Global Status Report on Road Safety 2013) ซึ่งรายงานว่าประเทศไทยมีอัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 38.10 คน ต่อประชากรแสนคน เป็นอันดับ 3 ของโลก รองจากประเทศนีอูเอ และสาธารณรัฐโดมินิกัน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556) ด้านสถิติเกี่ยวกับจำนวนผู้บาดเจ็บที่สมอง พบว่าการบาดเจ็บที่สมองมีอัตราตายเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็ง และโรคในกลุ่มหัวใจและหลอดเลือด และเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกในคนวัยทำงานในปี พ.ศ. 2550 โดยประเทศไทยมีอุบัติเหตุจราจรทางบกเกิดขึ้นจำนวน 100,733 ครั้ง มีผู้เสียชีวิต 11,830 คน บาดเจ็บสาหัส 14,733 คน บาดเจ็บธรรมดา 61,742 คน เกิดความเสียหายมากกว่า 4,000 ล้านบาท ซึ่งสูงกว่าอาชญากรรมทั่วไปประมาณ 4-5 เท่า ในการบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุนี้ สมองเป็นอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุด ประมาณร้อยละ 30 (สำนักโรคพิษยา กระทรวงสาธารณสุข, 2552 อ้างถึงในสุภา ดันติวิสุทธิ และคณะ, 2554)

จากข้อมูลข้างต้น สรุปได้ว่าการบาดเจ็บที่สมอง

มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี เกิดจากหลายสาเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่มาจากตัวผู้บาดเจ็บเอง เช่น เมาสุรา ขับรถเร็วเกินกำหนด โดยพาหนะที่เป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุคือ รถจักรยานยนต์ ซึ่งผู้ขับขี่มักขับขี่ด้วยความประมาท และไม่สวมหมวกนิรภัย การบาดเจ็บที่สมองก่อให้เกิดผลกระทบตามมาหลายประการ

ผลกระทบภายหลังการบาดเจ็บที่สมอง

การบาดเจ็บที่สมองส่งผลกระทบตามมาหลายประการ ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและต่อผู้อื่น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ผลกระทบต่อผู้ป่วย มีดังนี้

1. ผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย (functional impairment)

การบาดเจ็บที่สมองทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเซลล์แกนประสาทนำออก (axon) และหลอดเลือดเล็ก ๆ ถูกทำลาย ส่งผลให้การทำงานของสมองผิดปกติไป (อินทรี ทาเอื้อ, เกศรินทร์ อุทัยประสิทธิ์, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, และบรรพต สิทธินามสุวรรณ, 2553) โดยเกิดอย่างทันทีทันใด และส่งผลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อม เช่น มีระดับความรู้สึกรับรู้เปลี่ยนแปลง มีความจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะทำให้ความสามารถในการควบคุมอาการและการตอบสนอง ความต้องการทางร่างกายลดลง (วรรณนิษา ตุ่มประเสริฐ, วัลภา คุณทรงเกียรติ, และเขมารัตน์ มาสิงบุญ, 2552) ซึ่งผลกระทบภายหลังการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อการทำหน้าที่ของร่างกายที่สำคัญคือ การสูญเสียสมรรถภาพ (disability) ที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะในการทำหน้าที่เกิดการบาดเจ็บและมีพยาธิสภาพ โดยผลกระทบภายหลังการบาดเจ็บขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ขนาด ระยะเวลาของการบาดเจ็บ และชนิดของการบาดเจ็บ ทั้งนี้ ผู้บาดเจ็บที่สมองมักมีการสูญเสียสมรรถภาพโดยมีความบกพร่องด้านการรู้คิด (cognitive impairment) ซึ่งหมายถึงความสามารถของผู้ป่วยในการให้ความหมายและทำความเข้าใจต่อสิ่งแวดล้อม โดยการตอบสนองเบื้องต้นต่อสิ่งนั้นอย่างมีจุดมุ่งหมาย (Davis, 2000) ความบกพร่องดังกล่าวเกิดจากการที่

เมื่อสมองได้รับความกระทบกระเทือนหรือการบาดเจ็บ ทำให้บุคคลมีความสามารถลดลงด้านความรู้สึกตัว ความสนใจ สมาธิ ความจำ การคิด การวางแผน การตัดสินใจ การสื่อสาร การควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม (Fujimoto, Longhi, Saatman, Conte, Stocchetti, & McIntosh, 2004; Salmond & Sahakian, 2005) ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

1.1 ความผิดปกติด้านความตั้งใจ สมาธิ และการรวบรวมความคิด (attention/concentration impairment) เกิดจากซีกสมองส่วนหน้า (anterior cerebral hemisphere) หรือบริเวณพรีฟรอนตอล (prefrontal area) ได้รับความกระทบกระเทือนหรือถูกทำลาย (Granacher, 2003) ทำให้มีสมาธิสั้นลง ความสนใจในสิ่งต่างๆ ลดลง (Hickey, 2009) มีการตอบสนองช้า คิดช้า และตัดสินใจช้า ทำให้ทำกิจกรรมต่างๆ ไม่ดี ความสนใจหันเหไปทางอื่นได้ง่าย พบได้ในระยะ 1-3 เดือน หลังการบาดเจ็บที่สมอง (Silver, McAllister, & Yudofsky, 2005) สำหรับการศึกษาในประเทศไทย พบว่าผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง มีความผิดปกติด้านความตั้งใจและการมีสมาธิ (Wantana, 2003) จากกรณีศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบ ICH at frontal lobe พบว่าผู้ป่วยไม่มีสมาธิในการทำงานที่ใช้เวลานาน เช่น การอ่านและเขียนหนังสือ นอกจากนี้ยังมีปัญหาความคิดสร้างสรรค์ การตัดสินใจไม่ดี กลายเป็นคนที่ไม่ดูแลตนเอง ปฏิเสธการเข้าร่วมกลุ่ม และไม่สามารถวางแผนอนาคต หรือแก้ปัญหาที่ยากได้

1.2 ความผิดปกติด้านการใช้ภาษาและสื่อสาร (language and communication impairment) เมื่อมีการบาดเจ็บที่สมองบริเวณรอยนูนของกลีบขมับ ส่วนบน (superior temporal gyrus) หรือสมองส่วนที่สื่อความหมายที่อยู่บริเวณซีรีบัล คอร์เท็กซ์ (Wernicke) ซึ่งเป็นบริเวณที่มีความสำคัญในการทำหน้าที่แปลความหมายของสิ่งที่มองเห็นและได้ยิน หรือสิ่งที่ผู้อื่นพูด จึงพบว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องของการพูดจา (Wernicke's aphasia) คือ พูดได้ แต่จับใจความไม่ได้ ตอบไม่ตรงคำถาม หากมีพยาธิสภาพที่บริเวณโบรคา (Broca) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุม

การเคลื่อนไหวของริมฝีปาก ขากรรไกร ลิ้น เพดานอ่อน และสายเสียง ผู้ป่วยจะสามารถทำความเข้าใจกับสิ่งที่เห็น หรือสิ่งที่ผู้อื่นพูด แต่ไม่สามารถพูดหรืออธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจได้ (Wantana, 2003; Silver et al., 2005) จากการศึกษาของ Namasa (2002) ที่ศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังบาดเจ็บในช่วง 3 สัปดาห์ถึง 8 ปี 9 เดือน พบว่ามีปัญหากลุ่มอาการหลังสมองกระทบกระเทือนอยู่ร้อยละ 56.40 ในจำนวนนี้พบว่ามีปัญหาในการสื่อสารได้แก่ ความสามารถในการเข้าใจและการถ่ายทอดออกมาเป็นคำพูดถึงร้อยละ 75.50 และมีผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสารภายหลังการได้รับบาดเจ็บ ร้อยละ 50.50 (Wantana, 2003)

1.3 ความผิดปกติด้านความจำ (memory impairment) การที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านความจำนั้น เป็นผลมาจากระบบลิมบิก (limbic systems) ถูกทำลาย จึงทำให้มีการลดลงของความจำ (Hickey, 2014) ทำให้เกิดปัญหาด้านความจำและการลืม ซึ่งมีผลกระทบต่อความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย (Silver et al., 2005) ทำให้มีพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งที่มีกระตุ้นไม่เหมาะสม (ทิพพาพร ดังอำนาจ, 2541) จากการศึกษาของ Wantana (2003) พบว่าภายหลังผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่สมอง มักเกิดความบกพร่องในด้านความจำ ร้อยละ 39.60 จากการศึกษาของ Namasa (2002) พบว่าเมื่อประเมินด้วยแบบวัด Functional Independence Measure (FIM) ซึ่งเป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้วัดระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สามารถปฏิบัติได้ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จำนวน 13 ข้อ และด้านกระบวนการคิด ระดับความจำ และการเข้าสู่สังคม จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 18 ข้อ พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีปัญหาด้านความจำที่อยู่ในระดับ 7 คะแนน (สามารถทำกิจกรรมได้เอง แต่ต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลไม่เกินร้อยละ 25) มีจำนวนถึงร้อยละ 60.90 ของผู้ป่วยทั้งหมด และจากการศึกษาของ Bootcheewan (2007) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านกับการสูญเสียสมรรถภาพใน

1.4 ความผิดปกติด้านการรับรู้ (perceptual impairment) หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ให้ความหมาย และความเข้าใจต่อสิ่งแวดล้อม โดยการตอบสนองเบื้องต้นต่อสิ่งเร้าอย่างมีจุดมุ่งหมาย (Davis, 2000) การบาดเจ็บที่สมองทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึกรับรู้ การสับสน สูญเสียการรับรู้ด้านเวลาและสถานที่ (Fujimoto et al., 2004) ไม่สามารถเข้าใจแนวคิดลึกซึ้ง ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการตัดสินใจและมีความบกพร่องในการแก้ปัญหา โดยไม่สามารถรับคำสั่งที่มากกว่า 1 หรือ 2 ขั้นตอน ได้อย่างต่อเนื่อง จากงานวิจัยของ Namasa (2002) พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมักมีความบกพร่องในการแก้ปัญหา ร้อยละ 30.90

2. ความบกพร่องด้านร่างกาย (physical impairment)

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองมักเกิด ความบกพร่องด้านร่างกายตามมา ซึ่งเป็นความบกพร่อง ที่พบได้บ่อย (Martin, Viguier, Deloche, & Dellatolas, 2001) ทำให้อวัยวะที่อยู่ภายใต้การควบคุมของสมองใน ส่วนที่บาดเจ็บทำงานไม่สมบูรณ์ (Thornhill, Teasdale, Murray, McEwen, Roy, & Penny, 2000) ความบกพร่อง ด้านร่างกายที่พบบ่อยได้แก่ ความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว ซึ่งมักเกิดจากการบาดเจ็บที่สมองส่วนซีรีเบลลัม ซึ่งทำ หน้าที่ควบคุมการทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการ เคลื่อนไหวและควบคุมการทรงตัวในท่าตรง (ประนอม หนูเพชร, 2546) นอกจากนี้ยังพบภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง หรืออัมพาต ทำให้ไม่อาจวางแผนการเคลื่อนไหวได้ ผู้ป่วยจึงไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ (Thornhill et al., 2000) และมักทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาต่างๆ เช่น กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง การทรงตัวลดลง ความทนทานในการทำกิจกรรมลดลง อวัยวะทำหน้าที่ได้ช้าลง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วย ลำบาก มีการค้างค้ำของเสมหะเนื่องจากไม่สามารถไอออก ได้เอง การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ และข้อติดแข็ง (Thornhill et al., 2000) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมักมีภาวะกลุ่มอาการภายหลังสมอง ได้รับการกระทบกระเทือน (post concussion syndrome) เช่น อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เห็นภาพซ้อน นอนไม่หลับ และอาการอื่น (Hickey, 2014) รวมทั้งความผิดปกติอื่นๆ ที่อาจพบได้ เช่น ความบกพร่องของการกำจัดของเสียออก จากร่างกาย โดยพบอาการกลืนปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ (Granacher, 2003) อาการชัก สูญเสียการได้ยิน ใบหน้า เป็นอัมพาต ข้อติดแข็ง และความผิดปกติด้านการมองเห็น (Namasa, 2002; Wantana, 2003; Bootcheewan, 2007)

3. ความบกพร่องด้านจิตใจ/อารมณ์ และพฤติกรรม
(psychiatric/emotion and behavior impairment)

ภายหลังผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่สมอง
นอกจากจะเกิดความบกพร่องด้านร่างกายแล้ว ยังพบ

ความบกพร่องด้านจิตใจ/อารมณ์ และพฤติกรรม (Bootcheewan, 2007) ซึ่งมีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และส่งผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว รวมถึงสัมพันธภาพทางสังคมของผู้ป่วย (Martin et al., 2001) ซึ่งความบกพร่องด้านจิตใจ/อารมณ์นั้น เกิดจากความผิดปกติด้านการรู้คิดและด้านร่างกาย (Salmond & Sahakian, 2005) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเฉยเมย เฉื่อยชา อารมณ์แปรปรวน วุ่นวาย วิตกกังวล และซึมเศร้า โดยพบประมาณร้อยละ 38.70 ของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง (Namasa, 2002; Khan, Baguley, & Cameron, 2003)

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยอาจมีอาการก้าวร้าว วุ่นวายในระยะเวลา 1 ปี หลังเกิดการบาดเจ็บที่สมอง (Hart, Millis, Novack, Englander, Fidler-Sheppard, & Bell, 2003; Wantana, 2003) และพบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงกลับไปเป็นเด็ก (Wantana, 2003) บางรายต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกจิตเวช (Bootcheewan, 2007)

ผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล

ภายหลังผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บที่สมองและการสูญเสียสมรรถภาพ ทำให้เกิดความพิการ ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ทั้งหมด หรือต้องการการดูแลจากญาติผู้ดูแลแบบทดแทนทั้งหมด จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหรือพึ่งพาจากบุคคลอื่น (พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, ประณีต ส่งวัฒนา, และสุดศิริ หิรัญขุนทด, 2549) ซึ่งการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านกิจวัตรประจำวันที่สำคัญคือ การรับประทานอาหาร การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ การอาบน้ำและการแต่งตัว ซึ่งต้องทำทุกวันและเป็นระยะเวลายาวนาน ย่อมส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล เช่น รู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า เครียด รู้สึกหมดหวัง (Vedhara, Shanks, Anderson, & Lightman, 2000) จากการศึกษาของนิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ดั่งแพง (2540) พบว่าสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีความพิการในระดับต่างกัน จะได้รับผลกระทบที่เกิดจากการบาดเจ็บที่สมองในระดับต่างกัน โดยผู้ป่วยที่มีความพิการระดับน้อยนั้น ผู้ป่วยยังสามารถทำกิจกรรมได้เองเป็น

บางส่วน พึ่งพาญาติผู้ดูแลไม่เกินร้อยละ 25 และสูญเสียความสามารถในการเข้าใจและการแสดงสัญลักษณ์ทางภาษาที่ใช้ในชีวิตประจำวันเล็กน้อย ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีความพิการระดับปานกลางจะสามารถทำกิจกรรมได้เองบางส่วน พึ่งพาญาติผู้ดูแลมากกว่าร้อยละ 25 แต่ไม่เกินร้อยละ 75 สูญเสียความสามารถในการเข้าใจและการแสดงสัญลักษณ์ทางภาษาที่ใช้ในชีวิตประจำวันปานกลาง ส่วนผู้ป่วยที่มีความพิการระดับมากนั้น ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เอง และไม่สามารถเข้าใจและแสดงสัญลักษณ์ทางภาษาที่ใช้ในชีวิตประจำวันได้เลย ซึ่งพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความพิการระดับปานกลางหรือระดับน้อยนั้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัวต่ำกว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความพิการระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ทั้งนี้ การบาดเจ็บที่สมองที่ผู้ป่วยสูญเสียสมรรถภาพมีผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย

ญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญยิ่งในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลตั้งแต่ระยะแรก และจากการที่ผู้ป่วยยังมีรอยโรคหลงเหลืออยู่ ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเกือบตลอด 24 ชั่วโมง (พิทยาภรณ์ นวลสีทอง และคณะ, 2549) โดยเฉลี่ยพบว่าญาติผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยถึง 16-24 ชั่วโมง/วัน (Wantana, 2003) เป็นสาเหตุให้ญาติผู้ดูแลเกิดอาการเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาการเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบบ่อยในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (พิทยาภรณ์ นวลสีทอง และคณะ, 2549) และก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพในด้านต่าง ๆ ตามมา เช่น ปวดหลัง ปวดคอ อ่อนล้า นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ โรคกระเพาะอาหาร (Buddhawan, 2002) หดแรงแรง คิดอะไรไม่ออก ง่วงนอน ร่างกายอ่อนแอลง และหลงลืม (พิทยาภรณ์ นวลสีทอง และคณะ, 2549) พบว่าในระยะ 6 เดือนภายหลังการเกิดอุบัติเหตุ ญาติผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ด้านร่างกาย จากการสอบถามแบบแผนการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงไป พบว่าญาติผู้ดูแลต้องหันไปใช้นอนหลับและดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบด้านร่างกายตามมา (Marsh, Kersel, Havill, & Sleight, 2002)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ

การประสพอุบัติเหตุของผู้ป่วย เป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดและเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความวิตกกังวล โดยพบว่าสมาชิกในครอบครัวมีความวิตกกังวลสูงในระยะ 72 ชั่วโมงแรก ภายหลังการบาดเจ็บ (Tracy, Fowler, & Magarelli, 1999) และพบว่าญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดในระดับสูง ร้อยละ 63.80 (ดรรารัตน์ ปานดี, 2548) ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวล และเครียดเมื่อเกิดเหตุการณ์กับผู้ป่วย (พิทยาภรณ์ นวลสีทอง และคณะ, 2549) ซึ่งสาเหตุของความเครียดของญาติผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวมีดังนี้

2.1 ความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่าภายหลังผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บที่สมอง ญาติผู้ดูแลต้องรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในทุก ๆ ด้าน ทำให้ต้องเปลี่ยนบทบาทจากเดิมมารับหน้าที่เป็นผู้ดูแล ปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต และใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย (Wantana, 2003) ซึ่งญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มักเป็นคู่สมรส โดยเฉพาะผู้ที่เป็นภรรยา จะมีการปรับเปลี่ยนบทบาทอย่างมากคือ นอกจากจะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยแล้ว ยังต้องรับหน้าที่เป็นผู้จัดการครอบครัว โดยตัดสินใจเรื่องต่างๆ ภายในครอบครัวแทนสามี ซึ่งบทบาทเหล่านี้ หากไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน จะทำให้เกิดความเครียดและเป็นภาระในการดูแล (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ดั่งแพง, 2540)

2.2 ความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและหน้าที่การงาน

จากการสูญเสียสมรรถภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองดังกล่าว ทำให้ภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเป็นของญาติ จึงอาจทำให้ญาติผู้ดูแลต้องหยุดงานหรือลาออกจากงาน เพื่อเปลี่ยนบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย (Ya-orm, 2001) ยิ่งระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนาน การเข้าสังคมของญาติผู้ดูแลจะยิ่งลดลง จากการศึกษพบว่าในระยะ 6 เดือน และ 1 ปี ภายหลังการได้รับบาดเจ็บ การเข้าสังคมของญาติผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงไป โดยญาติผู้ดูแล

เข้าสังคมลดลงถึงร้อยละ 35 และ 22 ตามลำดับ (Marsh et al., 2002)

2.3 ความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ

จากการสูญเสียสมรรถภาพของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปเรียนหรือทำงานได้ตามปกติ ส่งผลต่อสถานภาพการเงินของครอบครัว ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยมีรายได้น้อยลง มีปัญหาการว่างงานเพิ่มขึ้น (Wantana, 2003) แต่กลับมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากเดิม นอกจากนี้การบาดเจ็บหรือทุพพลภาพยังทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหารายได้ แต่ต้องการคำรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (ประนอม หนูเพชร, 2546) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยมีรายได้น้อยลง ส่งผลกระทบด้านการเงิน สมาชิกในครอบครัวต้องทำงานเพื่อหารายได้มาใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (Namasa, 2002) นอกจากนี้ การบาดเจ็บที่สมองมักมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง เนื่องจากต้องใช้เทคโนโลยีร่วมด้วย เช่น การวินิจฉัยด้วย CT scan การรักษาด้วยการผ่าตัด ในขณะที่อยู่โรงพยาบาล จึงทำให้ญาติผู้ดูแลมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นจากการรักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วย (Ya-orm, 2001)

2.4 ความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในครอบครัว

เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ การดูแลช่วยเหลือตนเองหรือการทำกิจกรรมต่างๆ จะทำได้น้อยลง (พรจันทร์ สุวรรณมนตรี, 2550) ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุซ้ำได้ ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องมีการปรับพื้นที่ใช้สอยภายในบ้าน เช่น ติดตั้งราวจับ ปรับพื้นเป็นระดับเดียวกัน จัดพื้นที่ใช้สอยภายในห้องให้กว้างขึ้น ปรับห้องน้ำให้ใช้ได้สะดวก (ประนอม หนูเพชร, 2546) ซึ่งการต้องรับภาระหน้าที่ดังกล่าว ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดภาวะเครียดได้เช่นกัน

ผลกระทบต่อบทบาททางสังคม

ภายหลังการบาดเจ็บที่สมอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติทางกายได้แก่ อาการปวดศีรษะ มึนงงหรือเวียนศีรษะ อ่อนล้า มีความผิดปกติของการนอน สมาธิลดลง และหลงลืมง่าย ซึ่งอาการอ่อนล้าทำให้มีขีดจำกัดในการทำ

หน้าที่ด้านร่างกายและบทบาททางสังคม โดยผู้ป่วยจะทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดลงแม้จะมีการบาดเจ็บที่สมองเพียงเล็กน้อย ส่งผลให้รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ และการมีคุณค่าในตัวเองลดลง สำหรับผลกระทบต่อบทบาททางสังคมที่พบได้คือ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง การทำงานหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคมลดลง และการร่วมกิจกรรมนันทนาการลดลง เป็นต้น (Lundin, De, Edman, & Borg, 2006 อ้างถึงในอินทรีา ทาเอื้อ และคณะ, 2553)

นอกจากนี้ ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงต้องหยุดงานหรือออกจากงาน บางครั้งมีความพิการ ทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือบทบาททางสังคมเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งญาติผู้ดูแลที่ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับผู้ป่วย ทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง (สุภา ตันติวิสุทธิ และคณะ, 2554)

ผลกระทบต่อประเทศ

การบาดเจ็บที่สมองทำให้รัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณจำนวนมากเพื่อจ่ายเป็นค่ารักษาให้กับผู้บาดเจ็บและพิการ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุน้อยกว่า 40 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่อยู่ในวัยแรงงาน ทำให้สูญเสียทรัพยากรบุคคลที่เป็นกำลังของชาติ และเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นจำนวนมาก (บุญรักษ์ พึ่งเจษฎา, 2548 อ้างถึงในวรรณนิษา ตุ่มประเสริฐ และคณะ, 2552) โดยเฉพาะผู้ที่บาดเจ็บรุนแรง ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาจะเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ จากการศึกษาพบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บที่สมองที่ไม่รู้สีกตัวเป็นเงิน 2,198,450 บาท/ราย ซึ่งนับเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงมาก (สุภา ตันติวิสุทธิ และคณะ, 2554)

การบาดเจ็บที่สมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยอุบัติการณ์ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และก่อให้เกิดผลกระทบตามมาหลายประการ ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียสมรรถภาพ เกิดความบกพร่องในด้านการรู้คิด มีอาการผิดปกติด้านร่างกายโดยเฉพาะด้านการเคลื่อนไหว มีปัญหาด้านจิตใจ/อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งนอกจากจะเกิดผลกระทบโดยตรงต่อตัวผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะการรับหน้าที่เป็นผู้ดูแล

ผู้ป่วย นอกจากนี้ การบาดเจ็บที่สมองยังส่งผลกระทบต่อสังคมและประเทศ ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหากการเข้าสังคม และประเทศต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- ดาร์รัตน์ ปานดี. (2549). *ปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ทิพพาร ดั่งอานวย. (2541). *การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิการวรรณ สามารถกิจ, และสุภาภรณ์ ดั่งแพง. (2544). ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 9(1), 11-31.
- ประนอม หนูเพชร. (2546). *การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับ การผ่าตัดสมอง*. สงขลา: ชาญเมืองการพิมพ์.
- พรจันทร์ สุวรรณมนตรี. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางในระยะฟื้นฟูสภาพ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, ประณีต ส่งวัฒนา, และสุดศิริ หิรัญหุตะ. (2549). อาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล. *สงขลานครินทร์ เวชสาร*, 24(3), 153-161.
- รุ่งนภา เขียวชะอำ. (2558). *การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง: การพยาบาลองค์รวม*. จันทบุรี: โรงพิมพ์รักพิมพ์.
- วรรณนิษา ตุ่มประเสริฐ, วัลภา คุณทรงเกียรติ, และเขมารดี มาสิงบุญ. (2552). ความต้องการความสุขสบายและการได้รับการดูแลด้านความสุขสบายในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 17(1), 52-65.

- สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนปี 2556*. สืบค้น วันที่ 8 ธันวาคม 2557, จาก <http://www.thaincd.com /document/file/info/injured/ สถานการณ์อุบัติเหตุปี56.pdf>
- สุภา ตันติวิสุทธิ, อำภาพร นามวงศ์พรหม, และศศิธร ศิริกุล. (2554). ประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบการพยาบาล การใช้แนวปฏิบัติที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองชนิดรุนแรง. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 29(3), 5-13.
- อินทรา ทาเอื้อ, เกศรินทร์ อุทธิยประสิทธิ์, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, และบรรพต สิทธินามสุวรรณ. (2553). ความสัมพันธ์ ระหว่างกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบ กระเทือนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง เล็กน้อย. *วารสารสาการพยาบาล*, 25(2), 39-53.
- Abelson-Mitchell, N. (2008). Epidemiology and prevention of head injuries: Literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 17(1), 46-57.
- Bootcheewan, S. (2007). *The relationship between transition conditions and disability in traumatic brain injury patients* (master's thesis). Bangkok: Mahidol University.
- Buddhawan, N. (2002). *Factors influencing health status of caregivers of post operative neurosurgical patient* (master's thesis). Bangkok: Mahidol University.
- Davis, A. E. (2000). Cognitive impairments following traumatic brain injury. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 12(4), 447-456.
- Fujimoto, S. T., Longhi, L., Saatman, K. E., Conte, V., Stocchetti, N., & McIntosh, T. K. (2004). Motor and cognitive function evaluation following experimental traumatic brain injury. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28(4), 365-378.
- Granacher, R. P. (2003). *Traumatic brain injury: Methods for clinical and forensic neuropsychiatric assessment*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Hart, T., Millis, S., Novack, T., Englander, J., Fidler-Sheppard, R., & Bell, K. R. (2003). The relationship between neuropsychologic function and level of caregiver supervision at 1 year after traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(2), 221-230.
- Hickey, J. V. (2009). *The clinical practice of neurological & neurosurgical nursing* (6th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Hickey, J. V. (2014). *The clinical practice of neurological & neurosurgical nursing* (7th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Kennedy, M. R., & Coelho, C. (2005). Self-regulation after traumatic brain injury: A framework for intervention of memory and problem solving. *Seminars in Speech and Language*, 26(4), 242-255.
- Khan, F., Baguley, I. J., & Cameron, I. D. (2003). Rehabilitation after traumatic brain injury. *Medical Journal of Australia*, 178(6), 290-295.
- Marsh, N. V., Kersel, D. A., Havill, J. A., & Sleight, J. W. (2002). Caregiver burden during the year following severe traumatic brain injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24(4), 434-447.
- Martin, C., Viguier, D., Deloche, G., & Dellatolas, G. (2001). Subjective experience after traumatic brain injury. *Brain Injury*, 15(11), 947-959.

- Namasa, A. (2002). *Factors predicting health of traumatic brain injured patients* (master's thesis). Bangkok: Mahidol University.
- Salmond, C. H., & Sahakian, B. J. (2005). Cognitive outcome in traumatic brain injury survivors. *Current Opinion Critical Care*, 11(2), 111-116.
- Silver, J. M., McAllister, T. W., & Yudofsky, S. C. (Eds.). (2005). *Textbook of traumatic brain injury*. Washington, DC: American Psychiatric.
- Thornhill, S., Teasdale, G. M., Murray, G. D., McEwen, J., Roy, C. W., & Penny, K. I. (2000). Disability in young people and adults one year after head injury: Prospective cohort study. *British Medical Journal*, 320(7250), 1631-1635.
- Tracy, J., Fowler, S., & Magarelli, K. (1999). Hope and anxiety of individual family members of critically ill adults. *Applied Nursing Research*, 12(3), 121-127.
- Vedhara, K., Shanks, N., Anderson, S., & Lightman, S. (2000). The role of stressors and psychosocial variables in the stress process: A study of chronic caregiver stress. *Psychosomatic Medicine*, 62(3), 374-385.
- Wantana, C. (2003). *Factors influencing on quality of life among patients with traumatic brain injury* (master's thesis). Bangkok: Mahidol University.
- World Health Organization. (2006). *Neurological disorders public health challenges*. Retrieved November 22, 2014, from http://www.who.int/mental_health/neurology/neurological_disorders_report_web.pdf
- Ya-orm, Y. (2001). *The effect of promoting family participation in patient care of head injury patients on patient's health status* (master's thesis). Bangkok: Mahidol University.
-

พยาบาลกับการพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ Nurse and the Development of Creative Thinking

สุนทรภรณ์ ทองไสย, Ph.D. (Psychiatric and Mental Health Nursing) *

Soontareeporn Thongsai, Ph.D. (Psychiatric and Mental Health Nursing) *

การเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกในศตวรรษที่ 21 ได้เชื่อมโยงทุกประเทศและระบบต่างๆ เข้าด้วยกัน ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องเศรษฐกิจ สังคม การเมือง หรือสุขภาพ ทำให้นานาประเทศต่างปรับตัวเพื่อเตรียมพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น สำหรับประเทศไทย ในยุคศตวรรษที่ 21 เป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนผ่านภายในประเทศอย่างมาก เช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นในด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม หรือแม้แต่การปฏิรูประบบราชการที่มุ่งสู่ความมีธรรมาภิบาล เพื่อพัฒนาประเทศให้พร้อมและสามารถแข่งขันในภูมิภาคและประชาคมโลก (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และกระทรวงสาธารณสุข, 2554) ด้วยความเจริญของเทคโนโลยีตามยุคสมัย ทำให้การเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางการแพทย์และการบริการมีความสะดวกมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ใช้บริการมีความคาดหวังต่อการบริการทางการแพทย์ที่สูงขึ้นตามไปด้วย สิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนเป็นแรงกดดันสำคัญที่ทำให้รูปแบบการบริการพยาบาลเกิดการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไป ประกอบกับการตรวจประเมินเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขององค์กรภายนอก ก็นับเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้องค์กรพยาบาลต้องพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (จุฑารัตน์ บันดาลสิน, 2557) อย่างไรก็ตาม อาจกล่าวได้ว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวถือเป็นความท้าทายที่องค์กรพยาบาลต้องปรับตัว และจำเป็นต้องแข่งขันกันด้วยความคิดสร้างสรรค์ (creativity) และนวัตกรรม (innovation) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะจุดเริ่มต้นของนวัตกรรมนั้น มักมาจากบุคลากรในองค์กรที่มีความคิดสร้างสรรค์

(ธีรยุทธ วัฒนาสุโกโชค, 2551) สำหรับพยาบาล การพัฒนาความคิดสร้างสรรค์สู่นวัตกรรมการบริการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพของการบริการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศและยั่งยืน นั้น มีความสำคัญต่อการพัฒนาองค์การเป็นอย่างยิ่ง ปัจจุบัน องค์กรพยาบาลได้พยายามใช้ความคิดสร้างสรรค์ในด้านต่างๆ เช่น การเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วย การลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงและพัฒนางานบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ใช้บริการ จนอาจกล่าวได้ว่า ความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรมคือปัจจัยสำคัญ เปรียบเหมือนหลอดเลือดใหญ่ที่หล่อเลี้ยงและทำให้องค์การพยาบาลเกิดการพัฒนาขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ McGregor (2007) ที่กล่าวว่าองค์กรที่ประสบความสำเร็จในระดับสูงทั้งหลายทั่วโลก ต่างให้ความสำคัญกับการใช้ความคิดสร้างสรรค์ของบุคลากรในการสร้างนวัตกรรมขององค์กร ระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (hospital accreditation: HA) พัฒนาขึ้นในประเทศไทยในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2540 โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) (เกริกยศ ชลาชนเดชะ, 2549) เพื่อใช้เป็นกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาระบบงานภายในของโรงพยาบาล ซึ่งกำหนดให้มีการพัฒนาองค์การอย่างเป็นระบบ เพื่อให้บุคลากรทั้งองค์กรเกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2544) โดยกระบวนการหลักที่สำคัญของ HA ประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ 3 ขั้นตอน ได้แก่

* อาจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

1) การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ตามแนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาล 2) การประเมินตนเองเพื่อตรวจดูความก้าวหน้าและความพร้อมที่จะให้องค์การภายนอกมาเยี่ยมชมสำรวจ และ 3) การเยี่ยมชมสำรวจและรับรองโดยองค์การภายนอก จากแนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลดังกล่าว มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมให้องค์การพยาบาลเกิดการพัฒนาเพื่อก้าวสู่การเป็นองค์กรที่ได้มาตรฐาน เกิดการผลักดันความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรมเข้าสู่ภารกิจงานประจำ เพื่อพัฒนางานด้านการพยาบาลให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่เป็นเลิศ ซึ่งถือเป็นความท้าทายที่องค์การพยาบาลต้องขับเคลื่อนให้เห็นผลอย่างเป็นรูปธรรม

สำหรับองค์การพยาบาลในประเทศไทย ได้ให้ความสำคัญกับแนวคิดดังกล่าว ทำให้เกือบทุกบริบทของงานบริการพยาบาลมีการพัฒนานวัตกรรมบริการพยาบาลสอดคล้องตามยุคสมัย แต่ยังคงพบว่าอุปสรรคขัดขวางความคิดสร้างสรรค์ของบุคลากรหรือพยาบาลเองมีหลายประการ เช่น ความรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่มีเวลาที่จะคิด คิดไม่ค่อยออก เกรงว่าอาจขัดแย้งกับที่เคยคิดมาแล้ว รู้สึกว่าสิ่งที่คิดซ้ำกับของเดิม และเพื่อส่งเสริมการผลิตนวัตกรรมทางการบริการพยาบาลให้สำเร็จ การทำความเข้าใจกับความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรมอย่างถ่องแท้จึงเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งนี้เพราะนวัตกรรมต้องมาจากความคิดสร้างสรรค์ของบุคคล โดยพบว่าองค์การส่วนใหญ่ที่ประสบผลสำเร็จทางด้านนวัตกรรม จะให้ความสำคัญกับการพัฒนาความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ของบุคลากร (จุฑารัตน์ บันดาลสิน, 2557) ดังนั้น ในการบริหารการพยาบาลจึงควรเตรียมความพร้อมในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ของบุคคล ทั้งในส่วนของพัฒนาตนเองและทีมการพยาบาลควบคู่ไปกับการส่งเสริมหรือพัฒนาความสามารถด้านอื่นๆ

สำหรับบทความวิชาการนี้ มุ่งเน้นการนำเสนอความรู้เกี่ยวกับความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม การพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ และการประยุกต์ใช้ความคิดสร้างสรรค์สู่สู่นวัตกรรมบริการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมและสนับสนุนความคิดสร้างสรรค์ของบุคลากร

ทางการพยาบาล ซึ่งจะช่วยในการพัฒนาต่อยอดความคิดสู่นวัตกรรมบริการพยาบาลที่ยั่งยืนในอนาคต

ความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม

คำว่า “ความคิดสร้างสรรค์” และคำว่า “นวัตกรรม” เป็นคำที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย จนอาจทำให้ผู้ใช้หลายคนเกิดการสับสนว่าคำ 2 คำนี้ มีความหมายเดียวกัน ทั้งนี้ หากพิจารณาแนวคิดหรือโมทัศน์โดยแท้ของคำ 2 คำนี้ แล้ว จะพบว่านิยามหรือความหมายของความคิดสร้างสรรค์ มีความชัดเจนและแตกต่างจากแนวความคิดของนวัตกรรม (วิเชียร เมฆตระการ, 2555) เพราะความคิดสร้างสรรค์เป็นความสามารถระดับบุคคลหรือทีม ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ความรู้ (knowledge) ความชำนาญ (expertise) ทักษะการคิดสร้างสรรค์ (creative thinking skill) และแรงจูงใจ (motivation) (Amabile, 2013) ในขณะที่นวัตกรรมคือ กระบวนการระดับองค์การที่ต้องอาศัยการบริหารจัดการเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จในการนำความคิดสร้างสรรค์ไปปฏิบัติ (Woodman et al., 1993 อ้างถึงในเฉลิมชัย กิตติศักดิ์นาวิน, 2554; Amabile, 2013) อาจเพราะความคิดสร้างสรรค์เป็นความสามารถที่สำคัญของมนุษย์ และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการพัฒนาองค์กรต่างๆ จึงได้มีผู้ศึกษาและให้นิยามที่น่าสนใจไว้อย่างหลากหลาย

ในช่วงศตวรรษที่ 19 พบว่านักจิตวิทยาส่วนใหญ่ได้สรุปความหมายเกี่ยวกับความคิดสร้างสรรค์ไว้อย่างน่าสนใจคือ ความคิดสร้างสรรค์ เป็นรูปแบบของความคิดหรือจินตนาการของมนุษย์ที่หลากหลาย คิดได้กว้างไกล ไม่สิ้นสุด เป็นลักษณะการคิดหาคำตอบหลายๆ คำตอบ ในการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ซึ่งความคิดเหล่านี้เป็นทักษะขั้นสูงที่ต้องอาศัยกระบวนการทำงานอย่างเป็นขั้นตอนของสมอง สามารถค้นหาความคิดใหม่จากข้อมูลที่มีอยู่เดิม และเชื่อมโยงหรือสัมพันธ์กัน กล่าวคือ เมื่อระลึกถึงสิ่งหนึ่งได้ ก็จะทำให้ระลึกถึงสิ่งอื่นที่มีความสัมพันธ์กันได้ต่อไปอีก จนเกิดเป็นความคิดที่แตกต่างไปจากเดิม บางครั้งอาจเกิดจากความคิดหรือจินตนาการมากกว่าการใช้เหตุผล

(Wallach & Kogan, 1957 อ้างถึงในอารีย์ พันธัมณี; Spearman, 1963 อ้างถึงในอารีย์ พันธัมณี, 2557; Guilford, 1980)

ปัจจุบัน ความหมายและแนวคิดของความคิดสร้างสรรค์ยังคงรูปแบบที่ใกล้เคียงกับในอดีต ต่างกันเพียงแต่มีการสรุปนิยามความคิดสร้างสรรค์โดยแยกพิจารณาในมุมมองที่หลากหลายเพิ่มมากขึ้น เช่น ความหมายในเชิงผลงาน (product) ซึ่งกล่าวว่าความคิดสร้างสรรค์ต้องเป็นผลงานที่มีคุณค่าและแปลกใหม่ ความหมายในเชิงกระบวนการ (process) ซึ่งกล่าวว่าความคิดสร้างสรรค์คือ การบูรณาการ เชื่อมโยงความสัมพันธ์ของสิ่งของหรือความคิดที่แตกต่างกันมาก ๆ เข้าด้วยกัน ส่วนความหมายในเชิงปัจเจกบุคคล (individual) กล่าวว่าความคิดสร้างสรรค์คือ การที่บุคคลนั้นมีความคิดริเริ่มแปลกใหม่อยู่ในตัวเอง (originality) เป็นผู้ที่มีความคิดคล่อง (fluency) ยืดหยุ่น (flexibility) และสามารถอธิบายรายละเอียดของความคิดได้ (elaboration) อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาในด้านขอบเขตของความคิดสร้างสรรค์ จะกล่าวได้ว่าความคิดสร้างสรรค์คือ การขยายขอบเขตความคิดออกไปจากกรอบความคิดเดิมที่มีอยู่สู่ความคิดใหม่ ๆ ที่ไม่เคยมีมาก่อน เพื่อค้นหาคำตอบที่ดีที่สุดให้กับปัญหาที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาจากผลของความคิดสร้างสรรค์ อาจกล่าวได้ว่าความคิดสร้างสรรค์หมายถึง การคิดสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ (creative thinking) ที่แตกต่างไปจากเดิมและใช้ประโยชน์ได้เป็นอย่างดี (มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์, 2552 อ้างถึงในจุฑารัตน์ บันดาลสิน, 2557)

ดังนั้น อาจสรุปความหมายของความคิดสร้างสรรค์ภายใต้แนวคิดของการบริหารขององค์กรได้ดังนี้คือ ความคิดสร้างสรรค์เป็นความสามารถส่วนบุคคลที่เกิดจากการจินตนาการทางความคิดมากกว่าเหตุผล เป็นความคิดที่แตกต่างจากความคิดเดิม เพื่อการพัฒนาให้เกิดผลผลิตใหม่ เกิดประโยชน์มากขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหา และเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในเรื่องต่างๆ (Amabile, 1998)

สำหรับคำว่า “นวัตกรรม” สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (2549)

ได้กำหนดความหมายไว้ว่า นวัตกรรม คือ “สิ่งใหม่ที่เกิดจากการใช้ความรู้และความคิดสร้างสรรค์ที่มีประโยชน์ต่อเศรษฐกิจและสังคม” โดยการส่งเสริมให้คนในองค์กรมีความคิดสร้างสรรค์จากการจุดประกายความคิดสร้างสรรค์ ผลักดันสู่ผลงานการประดิษฐ์ที่แตกต่าง ผ่านการวิจัยทดลองและพัฒนา จนในที่สุดเกิดเป็นสิ่งประดิษฐ์ (invention) ที่สามารถต่อยอดจนมาเป็นนวัตกรรม เกิดเป็นมูลค่า ซึ่งความคิดสร้างสรรค์เป็นปัจจัยสำคัญในการผลักดันให้เกิดนวัตกรรมในองค์กร อย่างไรก็ตาม หากการวิจัยและพัฒนาไม่ถูกนำมาต่อยอดเพื่อใช้ในเชิงพาณิชย์ สิ่งประดิษฐ์นั้นๆ จะไม่ถูกเรียกว่าเป็นนวัตกรรม หากจะเป็นแต่เพียงสิ่งประดิษฐ์ที่คิดค้นขึ้นมาเท่านั้น ดังนั้น อาจสรุปได้ว่านวัตกรรมเกิดขึ้นได้เพราะมีความคิดสร้างสรรค์เป็นพื้นฐาน (Woodman, Sawyer, & Griffin, 1993; Amabile, 2013)

สำหรับนวัตกรรมทางการบริการพยาบาล (nursing service innovation) หมายถึง สิ่งใหม่ที่สร้างสรรค์ การบริการพยาบาลให้เกิดการบริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการบริการด้านการรักษาพยาบาล ก่อให้เกิดความคุ้มค่า คุ้มทุนในการบริการพยาบาล อันส่งผลให้การพัฒนาระบบสุขภาพมีความเข้มแข็งมากขึ้น นอกจากนี้ นวัตกรรมทางการบริการพยาบาลยังหมายถึง สิ่งประดิษฐ์ เครื่องมือในการให้บริการพยาบาล วิธีการให้บริการแบบใหม่ ระบบงานบริการพยาบาลแบบใหม่ เช่น แบบประเมินทางการพยาบาล เครื่องมือในการวัดหรือเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้บริการ แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เทคนิค หรือหัตถการในการให้บริการ กิจกรรมการบริการทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาล รวมทั้งการบริหารจัดการระบบการให้บริการ (จุฑารัตน์ บันดาลสิน, 2557) ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนส่งเสริมให้คุณภาพการพยาบาลดีขึ้น รวมทั้งยังสามารถลดต้นทุนทั้งในส่วนของอัตราค่าจ้างคน และป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นอันเนื่องมาจากความผิดพลาด ทั้งนี้พบว่า การกระตุ้นหรือส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมทางการบริการพยาบาลยังคงมีข้อจำกัดหลายด้าน ซึ่งหากต้องการพัฒนาให้เกิดนวัตกรรมทางการบริการพยาบาล

การกระตุ้นให้บุคลากรในองค์กรมีความคิดสร้างสรรค์อาจเป็นพื้นฐานสำคัญที่ใช้เพื่อกระตุ้นและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้เกิดความสำเร็จในเรื่องนวัตกรรมทางการบริการพยาบาล โดยพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ของบุคคลประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยภายนอก และปัจจัยภายใน ซึ่งสามารถอธิบายโดยอิงบริบทขององค์การพยาบาลได้ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยภายนอก ได้แก่ สภาพแวดล้อมในการทำงาน (contextual factor) เช่น การรับรู้ของบุคลากรถึงนโยบาย การสนับสนุนด้านความคิดสร้างสรรค์ขององค์กร (perceived organizational support for creativity) โดยปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีอิทธิพลและมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อความคิดสร้างสรรค์ของบุคคลได้แก่ การสนับสนุนให้มีอิสระในการทำงาน (autonomy support) การพัฒนาความรู้และทักษะในการทำงาน (competence support) (เดชา เชระวัฒน์ไพศาล, มณีนุช จันทร์เที่ยง, วรกัญญา ตันติไวยกุล, และอัจฉรา อภิวัต, 2554) ส่วนความกดดันจากปริมาณงาน (workload pressure) ที่มีมากเกินไปและเวลา มีผลกระทบทางลบต่อความคิดสร้างสรรค์ของบุคลากร (เดชา เชระวัฒน์ไพศาล และคณะ, 2554; Amabile, Conti, Coon, Lazenby, & Herron, 1996)

2. ปัจจัยภายใน ได้แก่ คุณลักษณะในระดับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับทักษะหรือคุณลักษณะของตัวบุคลากรในการทำงาน (personal factor) ได้แก่ แรงจูงใจภายใน (intrinsic motivation) ความกล้าเสี่ยง (risk taking) และความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง (readiness for change) ซึ่งเป็นกลไกเชิงจิตวิทยาและเชิงพฤติกรรมที่มีอิทธิพลต่อการทำงานที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล โดยพบว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ของบุคคล (เฉลิมชัย กิตติศักดิ์นาวิน, 2554; เดชา เชระวัฒน์ไพศาล และคณะ, 2554)

การพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ (creative thinking)

ปัจจุบัน ความคิดสร้างสรรค์นับเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นสำหรับทุกสาขาอาชีพ บุคลากรที่มีความคิดสร้างสรรค์จึงเปรียบได้กับต้นทุนทางปัญญาที่ล้ำค่าขององค์การ

อย่างไรก็ตาม ความคิดสร้างสรรค์ไม่ใช่พรสวรรค์ที่มีอยู่ในคนแต่ละคน แต่ความคิดสร้างสรรค์สามารถถูกพัฒนาและหล่อหลอมด้วยกาลเวลาไปพร้อมกับความรู้ ความชำนาญ รวมทั้งประสบการณ์การทำงานที่สั่งสมเพิ่มมากขึ้น ความคิดสร้างสรรค์จึงไม่ได้เป็นเรื่องเฉพาะบุคคลเท่านั้น แต่สภาพแวดล้อมและบริบทขององค์กรก็เป็นตัวเร่งให้บุคคลเกิดความคิดสร้างสรรค์ได้ (Katz, 2003 อ้างถึงในเดชา เชระวัฒน์ไพศาล และคณะ, 2554; Oldham & Cummings, 1996) จากเหตุผลดังกล่าว ทักษะการคิดสร้างสรรค์จึงได้รับการพิจารณาจากองค์การในปัจจุบันให้เป็นสมรรถนะ (competency) ที่สำคัญอย่างหนึ่งสำหรับการพัฒนาบุคลากรเพื่อพัฒนาไปสู่องค์กรแห่งนวัตกรรม (Woodman et al., 1993) รวมทั้งยังเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการสร้างความสำเร็จให้กับองค์กร และเพิ่มศักยภาพในการแข่งขันให้กับองค์กรอย่างยั่งยืนต่อไป

สำหรับวิชาชีพพยาบาล การพยาบาลได้ให้ความสำคัญกับความคิดสร้างสรรค์มาตลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อการประกันคุณภาพการพยาบาลและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเข้ามามีบทบาทต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องขององค์กร (continuous quality improvement: CQI) โดยมุ่งหวังให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานการบริการ เพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้ใช้บริการ ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ ดังนั้น พยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาลควรพัฒนาหรือฝึกฝนวิธีคิดเพื่อพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ในงานพยาบาล ทั้งนี้มีแนวทางสำคัญในการฝึกฝนบุคลากรดังนี้ (Garrison, 1954 อ้างถึงในอารีย์ พันธุ์มณี, 2557)

1. เป็นคนที่สนใจปัญหา ยอมรับความเปลี่ยนแปลง ไม่ถอยหนีปัญหาที่เกิดขึ้น แต่กล้าที่จะเผชิญปัญหา กระตือรือร้นที่จะแก้ปัญหา ตลอดจนหาทางปรับปรุงเปลี่ยนแปลง พัฒนาดนและงานอยู่เสมอ

2. เป็นคนที่มีความสนใจกว้างขวาง ทนต่อเหตุการณ์รอบด้าน เอาใจใส่ในการศึกษาหาความรู้จากแหล่งต่างๆ เพิ่มเติมอยู่เสมอ พร้อมนำข้อมูลที่มีประโยชน์มาพิจารณาเพื่อปรับปรุงงานของตน

3. เป็นคนที่เตรียมทางเลือกสำหรับการแก้ปัญหา

ไว้มากกว่า 1 วิธีเสมอ เพื่อให้เกิดความคล่องตัว และสามารถเลือกวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ ซึ่งเป็นการประหยัดเวลา และช่วยให้เกิดกำลังใจเมื่อแก้ปัญหาสำเร็จ

4. เป็นคนที่มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้เพราะการมีสุขภาพที่ดีเป็นพื้นฐานของการเรียนรู้ ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสนใจต่อสิ่งใหม่ที่พบ ทำให้สามารถนำข้อมูลที่จดจำมาไปใช้ประโยชน์ได้ จึงสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. เป็นคนที่ยอมรับและเชื่อในบรรยากาศสภาพแวดล้อม ว่ามีผลกระทบต่อความคิดสร้างสรรค์ ดังนั้นการจัดบรรยากาศ สถานที่ และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะสามารถจัดสิ่งรบกวนและอุปสรรค ทำให้การพัฒนาความคิดสร้างสรรค์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม การพัฒนาหรือการกระตุ้นให้พยาบาลมีความคิดสร้างสรรค์ นอกจากหัวหน้าผู้ป่วยและผู้บริหารทางการแพทย์ทุกระดับจะมีบทบาทสำคัญในการฝึกฝนบุคลากรในองค์การของตนแล้ว การสร้างบรรยากาศในการทำงานขององค์การเพื่อส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมเพื่อให้พยาบาลรู้สึกว่าการสร้างนวัตกรรมไม่ได้เป็นสิ่งที่ยากหรือเป็นสิ่งที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ ก็นับเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมทางการแพทย์พยาบาล ทั้งนี้ การส่งเสริมบรรยากาศในการทำงานมีวิธีการดังนี้

1. ส่งเสริมบรรยากาศการมีส่วนร่วมในการทำงานให้เกิดขึ้นทั้งองค์การ

2. ส่งเสริมบรรยากาศการทำงานให้เป็นไปอย่างเปิดเผย บุคลากรเกิดความไว้วางใจในเพื่อนร่วมงาน

3. ส่งเสริมบรรยากาศให้บุคลากรมีความเป็นอิสระทางความคิด

4. ส่งเสริมบรรยากาศการทำงานให้บุคลากรเกิดความรู้สึกกล้าเสี่ยงและกล้าตัดสินใจ

5. ส่งเสริมบรรยากาศการทำงานให้บุคลากรได้มีเวลาในการไตร่ตรองเพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

6. ส่งเสริมบรรยากาศการทำงานให้มีการสนับสนุนแนวความคิดที่สร้างสรรค์ ถึงแม้แนวความคิดนั้นจะมีความแตกต่างจากแนวความคิดเดิม

7. ส่งเสริมบรรยากาศการทำงานที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานไม่รู้สึกท้อใจกับความผิดพลาดที่เกิดขึ้น แต่มองความผิดพลาดนั้นว่าเป็นการเรียนรู้จากความล้มเหลวสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน และเป็นบทเรียนที่ต้องก้าวข้ามไปให้ได้

8. สร้างบรรยากาศการทำงานให้สานต่อความคิดใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น ไม่ละทิ้งความคิดใดๆ จนกว่าจะพิสูจน์ได้ว่าไร้ประโยชน์ และชะลอการตัดสินใจ เพราะบางความคิดอาจยังใช้ไม่ได้ในตอนี้ แต่อาจนำไปใช้ในสถานการณ์อื่นได้

9. สร้างบรรยากาศการทำงานให้เห็นความสำคัญของความแตกต่าง ไม่กลัวการเผยแพร่ผลงานที่แตกต่าง เพราะหลายครั้งที่พบว่าการค้นพบใหม่ๆ มักมาจากการคิดแหวกแนว

การประยุกต์ใช้ความคิดสร้างสรรค์สู่นวัตกรรมการบริการพยาบาล

องค์การพยาบาลได้ให้ความสำคัญกับการสร้างสรรค์นวัตกรรมเช่นเดียวกับองค์การวิชาชีพอื่นๆ ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการพัฒนานวัตกรรมเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยที่นวัตกรรมการบริการพยาบาลเกิดขึ้นมาจากความคิด ความรู้ ประสบการณ์ และความชำนาญที่สั่งสมมาของพยาบาล ผ่านการบริหารจัดการในรูปแบบใหม่ๆ ส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น ลดขั้นตอนเพื่อการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว ลดค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนมีส่วนผลักดันให้ความคิดสร้างสรรค์ได้พัฒนาสู่การเป็นนวัตกรรมการบริการพยาบาลในที่สุด คำถามสำคัญจึงอยู่ที่ว่า “พยาบาลจะประยุกต์ใช้ความคิดสร้างสรรค์ของตนเองสู่นวัตกรรมได้อย่างไร?” ทั้งนี้มีผู้เสนอมุมมองต่อคำถามนี้ไว้อย่างกว้างขวาง ซึ่งสามารถสรุปเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ได้ดังนี้

1. เริ่มจากการที่พยาบาลมองเห็นปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานหรือจากการบริหารจัดการที่ไม่คล่องตัว ผ่านความช่างสังเกต และนำสิ่งที่ได้จากการสังเกตหรือสนใจไปค้นคว้าหาข้อมูลเพื่อแก้ไขปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

2. บ่มเพาะความคิดที่เกิดจากความช่างสังเกต และความสนใจ จนกลายมาเป็นความคิดสร้างสรรค์ พยายามหาคำตอบหรือแนวทางปฏิบัติใหม่ๆ โดยอาศัยจินตนาการ บรรยายภาพ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย จนความคิดนั้นชัดเจน อาจใช้การวิเคราะห์สาเหตุ (root cause analysis) เพื่อค้นหาสาเหตุของความบกพร่อง ความไม่สมบูรณ์ และความล่าช้าของการปฏิบัติที่เกิดขึ้น

3. ต่อยอดความคิดสร้างสรรค์ที่เกิดขึ้น ในรูปแบบของการพัฒนานวัตกรรมบริการพยาบาล ทั้งนี้อาจพัฒนาโดยการสร้างแนวร่วมและทีมงาน จากการพูดคุย บอกต่อ เพื่อค้นหาผู้ที่มีความสนใจเหมือนกันมาร่วมงานกัน โดยอาจขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญต่างๆ เพื่อให้การเริ่มต้นมีความชัดเจนและตรงตามสภาพปัญหามากที่สุด และนำแนวความคิดนั้นสู่การปฏิบัติโดยอาศัยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เช่น การวิจัย นอกจากนี้ การออกแบบนวัตกรรมบริการพยาบาลสามารถอธิบายได้ 4 รูปแบบ ที่เป็นรูปธรรม ดังนี้ (กมลทิพย์ ชลังธรรมเนียม, 2554)

3.1 ใช้ความรู้เดิม วิธีการเดิม ทำจนชำนาญ สามารถอธิบายปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาทางการพยาบาลได้ชัดเจน แล้วนำมาสรุปเป็นผลงานใหม่

3.2 ใช้ความรู้เดิม วิธีการใหม่ (เก่าจากที่อื่น) ศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม ปฏิบัติจนเชี่ยวชาญในบริบทของเรา แล้วนำมาสรุปเป็นผลงานใหม่

3.3 ใช้ความรู้เดิม วิธีการใหม่ (ใหม่จากที่อื่น) ศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม ปฏิบัติจนเชี่ยวชาญในบริบทของเรา แล้วนำมาสรุปเป็นผลงานใหม่

3.4 ใช้ความรู้ใหม่ วิธีการใหม่ที่เราศึกษา ค้นคว้าเพิ่มเติม แล้วคิดสร้างวิธีการใหม่ ทดลองปฏิบัติจนได้ผลลัพธ์ที่ถูกต้อง แล้วนำมาสรุปเป็นผลงานใหม่

ปัจจุบัน พบว่านวัตกรรมบริการพยาบาลส่วนใหญ่จะเน้นการสร้าง การพัฒนา และการสรุปความรู้ใหม่ โดยสามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. นวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ เช่น นวัตกรรมทางการบริการพยาบาลของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน “เครื่องมือช่วยคำนวณขนาดยาในเด็ก (Kids Can)” โดยวิษณุ ยิ่งยอด และตฤณ แสงสุวรรณ (2555)

เป็นสิ่งประดิษฐ์ที่คิดค้นขึ้นใหม่ ที่พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ปัญหาจากการปฏิบัติเดิมในการคำนวณขนาดยาสำหรับผู้ป่วยเด็ก ที่พบว่า การคำนวณขนาดยาในเด็กมีความยุ่งยากและเกิดความผิดพลาดได้ง่าย รวมทั้งใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติค่อนข้างนาน ทั้งนี้เมื่อพัฒนาเครื่องมือชนิดนี้ขึ้นมาแล้วพบว่าสามารถลดระยะเวลาและความผิดพลาดที่เกิดจากการคำนวณขนาดยาในเด็กได้

2. นวัตกรรมระบบบริการหรือกระบวนการบริการพยาบาล เช่น การจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต วัณโรคของศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลหนองหาร โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการจัดระบบบริการเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยการโดยใช้การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนมาร่วมดูแลผู้พิการ โดยดัดแปลงศาลาการเปรียญเป็นศูนย์ให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยพิการ มีเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานซึ่งประกอบด้วยนักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด และอายุรเวท จากโรงพยาบาลสันทราย ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุขจากศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลหนองหาร และหมอนวดแผนโบราณวัณโรควัณโรคของร่วมกับอาสาสมัครฟื้นฟู จิตอาสาให้บริการ ช่วยให้ผู้พิการได้ฝึกฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ (เครือวรรณ สนธิคุณ, 2554) หรือการพัฒนาแบบการกำหนดเกณฑ์แบ่งระดับความเสี่ยงของหน่วยงานต่อคุณภาพบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จัดเป็นนวัตกรรมที่ใช้วิธีการใหม่ที่ได้ศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม และทดลองปฏิบัติจนได้ผลลัพธ์ที่ถูกต้อง แล้วนำมาสรุปเป็นผลงานใหม่ (สุดยินดี อภิสุข และกุลรัตน์ บริรักษ์วณิชย์, 2553)

4. ดำเนินการตามรูปแบบการพัฒนานวัตกรรมบริการพยาบาล โดยทดลองใช้นวัตกรรมนั้นๆ ในหน่วยงานของตน หรือการประเมินประสิทธิภาพของนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมทั้งค่าใช้จ่าย มีการวิเคราะห์ถึงผลลัพธ์ของนวัตกรรม หรือมีการตรวจสอบผลงานโดยผู้เชี่ยวชาญ และเผยแพร่นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นสู่การนำไปใช้จริง เช่น นำเสนอผลงานในการประชุมวาระต่างๆ ของโรงพยาบาล หรือนำเสนอในเวทีการประชุมวิชาการต่างๆ

ความคิดสร้างสรรค์สำหรับพยาบาล เป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะนำพาองค์กรให้ก้าวสู่ความเป็น “องค์กรแห่งความสร้างสรรค์” โดยความคิดสร้างสรรค์สามารถถูกกระตุ้น พัฒนา และหล่อหลอมด้วยความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น ความคิดสร้างสรรค์จึงไม่ได้เป็นเรื่องเฉพาะตัวของพยาบาลเท่านั้น หากแต่สภาพแวดล้อมขององค์กรพยาบาลและบริบทต่างๆ ทางสังคม ล้วนเป็นแหล่งที่มาและเป็นปัจจัยสำคัญที่เร่งให้พยาบาลเกิดความคิดสร้างสรรค์ อันเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่นวัตกรรมและความสำเร็จขององค์กรพยาบาล ดังนั้น ผู้บริหารทางการพยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญกับการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ของพยาบาล อันจะส่งผลดีต่อประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความสำเร็จขององค์กร ซึ่งสะท้อนถึงการส่งมอบคุณภาพการให้บริการจากพยาบาลสู่ผู้รับบริการทางสุขภาพอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

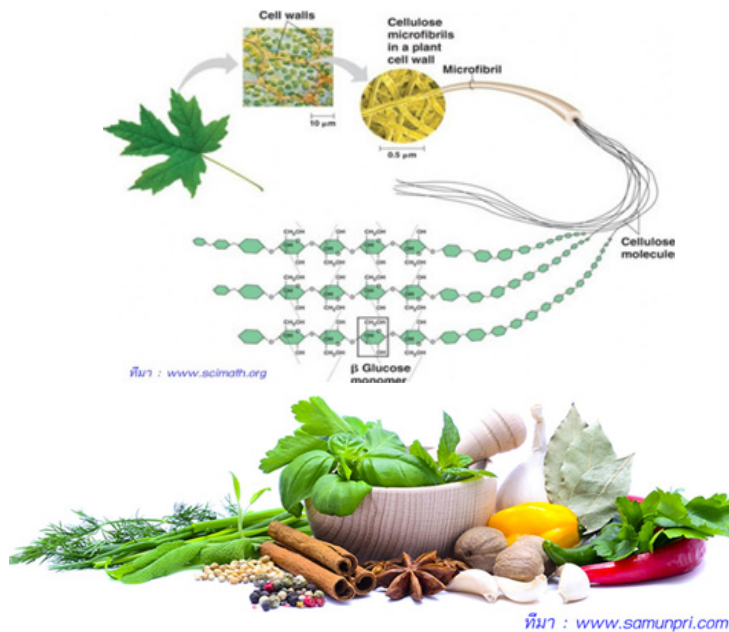
- กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม. (2554). นวัตกรรมบริการพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 22(2), 71-79.
- เกริกยศ ชลาชนเดชะ. (2549). การวางแผนกลยุทธ์และการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- เครือวรรณ สนธิคุณ. (2554). ศูนย์การเรียนรู้วัดห้วยเกียง ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. สืบค้น วันที่ 12 กันยายน 2558, จาก <http://www.sutummanusit.com.2558>
- จุฑารัตน์ บันดาลสิน. (2557). การพัฒนาความคิดสร้างสรรค์สู่นวัตกรรมบริการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 69-78.
- เฉลิมชัย กิตติศักดิ์นาวิ. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดสร้างสรรค์ของบุคคล เซวาน์อารมณ์ (EQ) และเซวาน์ทางจิต (SQ). *หาคใหญ่วิชาการ*, 9(1), 75-82.
- เดชา เดชะวัฒนไพศาล, มณีนุช จันทร์เที่ยง, วรกัญญา ตันติไวยทกุล, และอัจฉญา อภิวาท. (2554). ผลกระทบของสภาพแวดล้อมในการทำงานและคุณลักษณะส่วนบุคคลต่อระดับความคิดสร้างสรรค์. *วารสารพัฒนบริหารศาสตร์*, 51(3), 1-33.
- ธีรยุทธ วัฒนาสุโข. (2551). *นวัตกรรมเพื่อการแข่งขันที่ยั่งยืน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิษณุ ยิ่งยอด, และตฤณ แสงสุวรรณ. (2555). *การพัฒนาเครื่องมือช่วยคำนวณขนาดยาในเด็ก (Kids Can)*. สืบค้น วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2559, จาก http://sawanghospital.com/sawang/myfile/030214_233152.pdf
- วิเชียร เมฆตระการ. (2555). *ประชาชาติธุรกิจ คอลัมน์ออนไลน์*. สืบค้น วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2559, จาก http://www.prachachat.net/news_detail.php?newsid=1355372179
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2544). *เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ: คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและกระทรวงสาธารณสุข. (2554). *แผนปฏิบัติการ 4 ปี 2551-2554*. สืบค้น วันที่ 4 สิงหาคม 2558, จาก <http://www.bps.ops.moph.go.th/plan4year2/Plan4year51-55/page225-233.pdf>
- สุดยินดี อภิสุข, และกุลรัตน์ บริรักษวาณิชย์. (2553). นวัตกรรมการบริหารจัดการพยาบาล: ผลการพัฒนาแบบการกำหนดเกณฑ์แบ่งระดับความเสี่ยงของหน่วยงานต่อคุณภาพบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเพชรบูรณ์. *วารสารกองการพยาบาล*, 37(1), 13-27.
- สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. (2549). *สุดยอดนวัตกรรมไทย*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- อารีย์ พันธุ์มณี. (2557). *ฝึกให้คิดเป็น คิดอย่างสร้างสรรค์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- Amabile, T. M. (1998). How to kill creativity. *Harvard Business Review*, 76(5), 76-87.
- Amabile, T. M. (2013). *Componential theory of creativity*. สืบค้น วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2559, จาก <http://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/12-096.pdf>
- Amabile, T. M., Conti, R., Coon, H., Lazenby, J., & Herron, M. (1996). Assessing the work environment for creativity. *Academy of Management Journal*, 39, 1154-1185.
- Guilford, J. P. (1980). Cognitive styles: What are they?. *Journal of Educational and Psychological Measurement*, 40(3), 715-735.
- McGregor, J. (2007). *The world's most innovative companies*. สืบค้น วันที่ 10 ธันวาคม 2558, จาก <http://www.bloomberg.com/bw/stories/2007-05-04/the-worlds-most-innovative-companiesbusinessweek-business-news>
- Oldham, G. R., & Cummings, A. (1996). Employee creativity: Personal and contextual factors at work. *Academy of Management Journal*, 39, 607-634.
- Woodman, R. W., Sawyer, J. E., & Griffin, R. W. (1993). Toward a theory of organizational creativity. *Academy of Management Review*, 18, 293-321.
-

สารออกฤทธิ์ในสมุนไพร Active Ingredients in Herbs

ภวักย พาสนาโสภณ, วท.ม. (สรีรวิทยา) *

Phawothai Phasanasophon, M.Sc. (Physiology) *



สมุนไพรเป็นสิ่งที่ทุกคนรู้จักกันมาเป็นเวลานาน เป็นภูมิปัญญาชาวบ้านที่สืบทอดกันมาอย่างยาวนานตั้งแต่ รุ่นปู่ย่าตายาย พ่อแม่ จนถึงลูกหลาน สมุนไพรบางชนิด มีสรรพคุณรักษาอาการได้เฉพาะเจาะจง แต่บางชนิดรักษา ได้หลายอาการ ในสองทศวรรษที่ผ่านมา มีผู้สนใจเกี่ยวกับ สมุนไพรมากขึ้น โดยมีการศึกษาสมุนไพรทั้งด้วยตนเอง และสร้างเป็นหลักสูตรแพทย์แผนไทย ในทางวิทยาศาสตร์ ก็มีการศึกษาค้นคว้าอย่างกว้างขวาง ทั้งการศึกษาว่ามี สารออกฤทธิ์อะไรบ้างในสมุนไพรนั้นๆ มีฤทธิ์ต่อระบบใด ขนาดเท่าใดจึงจะออกฤทธิ์ และฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการนำสารออกฤทธิ์มาพัฒนาเป็น ยาแผนปัจจุบัน เพื่อเพิ่มความมั่นใจว่าได้รับประทานยา

ถูกต้อง และลดความวิตกกังวลต่อฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งช่วยให้การใช้สะดวก ไม่ยุ่งยากเหมือนอย่างเดิมที่ต้องมี วิธีการเก็บสมุนไพรที่ถูกต้อง ถูกเวลา ถูกส่วน และปรุงรสุกวิธี

ปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งคือ การรวบรวมความรู้ เกี่ยวกับสารออกฤทธิ์ในสมุนไพรยังมีน้อย ผู้สนใจต้องไป สืบค้นจากหลาย ๆ แหล่ง ทำให้ใช้เวลามาก ผู้เขียนจึงสนใจ รวบรวมความรู้เกี่ยวกับสารออกฤทธิ์ในสมุนไพร เพื่อเป็น แนวทางในการศึกษาแก่ผู้สนใจ แต่เนื่องจากสมุนไพรและ สารออกฤทธิ์ในสมุนไพรมีการศึกษากันมากในปัจจุบัน ผู้เขียนจึงขอรวบรวมและนำเสนอไว้เป็นเบื้องต้นจำนวน 20 รายการ ดังนี้

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

สมุนไพรและสารออกฤทธิ์ในสมุนไพร

ลำดับ	สมุนไพร / ชื่อวิทยาศาสตร์	สารออกฤทธิ์	ฤทธิ์ต่อร่างกาย	ส่วนของสมุนไพร ที่มีสรรพคุณ
1	กระชายดำ (black galingale) / Kaempferia parviflora Wall. Ex Baker  ที่มา : www.thaigoodview.com	1. 5,7-dimethoxyflavone (5,7 DMF) 2. 5,7,4'-trimethoxyflavone 3. 5,7,3',4'- tetramethoxyflavone	1. ฤทธิ์ต้านการอักเสบโดยเฉพาะ แบบเฉียบพลัน 2. ช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางเพศ (Temkitthawon et al., 2011) ฤทธิ์ต้านเชื้อ Plasmodium falciparum ที่เป็นสาเหตุของโรคมาลาเรีย เชื้อ Candida albicans และเชื้อ Mycobacterium อย่างอ่อน (สถาบัน วิจัยสมุนไพร กระทรวงสาธารณสุข, 2546)	เหง้า (หัวสด)
2	กระเทียม (garlic) / Allium sativum Linn.  ที่มา : www.aroka108.com	1. allicin 2. methyl allyl trisulfide 3. S-allylmercaptocysteine 4. (E)-ajoene และ (Z)-ajoene	1. ยับยั้งและฆ่าเชื้อแบคทีเรียทั้ง แกรมบวกและแกรมลบ (Bachrach, Jamil, Naor, Tal, Ludmer, & Steinberg, 2011) 2. รักษาและป้องกันไม่ให้ระดับ โคเลสเตอรอลในเลือดสูง (Aneta, Ewa, Teresa, & Elzbieta, 2013) 1. ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน คุณสมบัติคือ ลดการจับตัวของ เกล็ดเลือด และเพิ่มการสลาย ไฟบริน 2. ยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อรา 3. ระงับอาการปวดท้อง ขับลม (สิรินทร์ฟาร์มาชี, 2554) ยับยั้งการเกิดสารก่อมะเร็งที่ชื่อ ไนโตรซามีนในร่างกาย (สมุนไพร ดอทคอม, 2546) 1. เพิ่มการบีบตัวของลำไส้โดยยับยั้ง เอนไซม์ acetylcholinesterase 2. ป้องกันตับอักเสบ (สิรินทร์ฟาร์มาชี, 2554)	เหง้า (หัว)

ลำดับ	สมุนไพร / ชื่อวิทยาศาสตร์	สารออกฤทธิ์	ฤทธิ์ต่อร่างกาย	ส่วนของสมุนไพร ที่มีสรรพคุณ
3	ขมิ้น (turmeric) / Curcuma domesticaveleton	curcumin	- ป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร โดยกระตุ้นการหลั่ง mucin ออกมา เคลือบกระเพาะ - ลดการอักเสบ (สมุนไพรไทยและ พื้นบ้านล้านนา, 2555) - ลดการปวดจากการออกกำลังกาย และช่วยให้กล้ามเนื้อฟื้นตัวได้ดี (Nicol, Rowlands, Fazakerly, & Kellett, 2015)	เหง้า (หัวสด)
4	จี่เหล็ก (cassia tree, Thai copper pod) / Cassia siamea Lam.	barakol	- ลดอาการท้องผูก (ฐานข้อมูลพืชผัก บทความเกษตร, 2555) - ฤทธิ์ในการกล่อมประสาท คล้ายยานอนหลับอ่อนๆ ช่วยให้หลับสบายคลาย ความวิตกกังวล (Wongtongtair et al., 2011)	ใบสดตั้งแต่ ยอดอ่อนไปจนถึง ใบเพสลาด
5	ชะเอมเทศ (liquorice, licorice) / Glycyrrhiza glabra L.	glycyrrhizin, glycyrrhetic acid, calcium and potassium salts of glycyrrhizic acid	- glycyrrhetic acid, calcium and potassium salts of glycyrrhizic acid มีฤทธิ์คล้ายคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroids) ทำให้การขับถ่าย ปัสสาวะและเกลือโซเดียมลดลง - glycyrrhizin และน้ำดื่มสกัดชะเอม มีฤทธิ์รักษาพิษและอัตราการตาย จากสตรีคินีได้ อาจเนื่องมาจาก กรดกลูควิโรนิกที่มีอยู่ในชะเอมเทศ - ฤทธิ์ในการรักษาแผลเรื้อรังในระบบ ทางเดินอาหาร มีฤทธิ์ต่อการหลั่ง กรดในกระเพาะอาหาร มีฤทธิ์ คลายกล้ามเนื้อเรียบ - glycyrrhizin และ glycyrrhizic acid ทำให้บิลิรูบิน (bilirubin) ลดลง ในอาการดีซ่านที่ทำให้เกิดขึ้นใน การทดลอง	เปลือกของราก

ลำดับ	สมุนไพร / ชื่อวิทยาศาสตร์	สารออกฤทธิ์	ฤทธิ์ต่อร่างกาย	ส่วนของสมุนไพรที่มีสรรพคุณ
			5. glycyrrhizin ช่วยเผาผลาญไขมันในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ทำให้ความดันโลหิตลดลง 6. สารที่สกัดได้จะไปเคลือบเยื่อเมือกตามบริเวณที่อักเสบตามคอ ช่วยลดการระคายเคืองและบรรเทาอาการไอ 7. ฤทธิ์ช่วยบรรเทาอาการปวดและอาการชัก 8. glycyrrhizic acid มีฤทธิ์ช่วยยับยั้งการเจริญของเซลล์มะเร็งในหนูทดลอง 9. glycyrrhizin และ calcium salts of glycyrrhizic acid ทำให้เพิ่มฤทธิ์ในการขับปัสสาวะของยา Theophylline (มูลนิธิวิภิมิเดีย, 2558 ก)	
		2. glabridine	ยับยั้งการทำงานของเมีดสี โดยยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ tyrosinase จึงนิยมนำมาใช้ในผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว ลดการเกิดฝ้า กระ และจุดด่างดำได้ดี (เอสเอ็นพีคอตคอม, 2555)	
6	ทองพันชั่ง (white crane flower) / <i>Rhinacanthus nasutus</i> (Linn.) Kurz. 	rhinacanthin-C, D และ N	1. ด้านเชื้อราที่ทำให้เกิดโรคทางผิวหนัง <i>Trichophyton rubrum</i> , <i>T. mentagrophytes</i> และ <i>Microsporum gypseum</i> ได้ โดยที่สาร rhinacanthin-C มีฤทธิ์ต้านเชื้อดังกล่าวแรงที่สุด (ใน C D และ N) และยังมีฤทธิ์ยับยั้งเชื้อ <i>Candida albicans</i> ได้ 2. ยับยั้งเชื้อ Cytomegalovirus (สาร rhinacanthin C และ D จากต้น) และยับยั้งเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคไขหวัดใหญ่ (สาร rhinacanthin E และ F) (ไทยเฮอร์บิวดี้, 2553) 3. มีฤทธิ์ต้านมะเร็ง (Wongwanakul, Vardhanabhuti, Siripong, & Jianmongkol, 2013)	1. ใบสด 2. ราก

ที่มา : km.debsirinsp.ac.th

ลำดับ	สมุนไพร / ชื่อวิทยาศาสตร์	สารออกฤทธิ์	ฤทธิ์ต่อร่างกาย	ส่วนของสมุนไพร ที่มีสรรพคุณ
7	บุก (konjac) / Amorphophallus sp.  ที่มา : www.gotoknow.org  ที่มา : www.thaierbalmed.com	glucomannan พบในบุกไซ	1. ลดปริมาณน้ำตาลในเลือดโดย ยับยั้งการดูดซึมกลูโคส จึงนิยมใช้ ลดความอ้วน และใช้ในผู้ที่มิไขมัน ในเลือดสูง 2. ทำให้น้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นซ้ำใน ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน (สถาบันวิจัย วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่ง ประเทศไทย, 2555) 3. ช่วยลดการอักเสบของลำไส้ (Onitake et al., 2015)	1. เนื้อจาก ลำต้นใต้ดิน 2. หัว
8	บัวบก (gotu kola) / Centella asiatica (L.) Urban  ที่มา : www.bloggang.com	สารในกลุ่ม triterpenoid glycosides ซึ่งประกอบด้วย สาร asiaticoside, asiatic acid และ madecassic acids	1. เร่งการสมานแผล ช่วยทำให้แผลหาย เร็วขึ้น โดยเร่งให้เซลล์มีการสร้างเส้นใย คอลลาเจน (collagen) และเร่ง การซ่อมแซมหลอดเลือดที่เสียหายไป (angiogenesis) ให้กลับคืนมา ด้าน การเกิดอนุมูลอิสระ (free radicals) (อมรเทพ กลิ่นสุคนธ์, 2552) 2. asiatic acid ช่วยลดความวิตกกังวล ซึมเศร้า โดยการจับกับ GABAa receptor (Ceremuga et al., 2015)	ใบ
9	เปล้าน้อย (croton subyratus kurz) / Croton stellatopilosus Ohba  ที่มา : www.samunpri.com	plaunotol	ลดการอักเสบในกระเพาะอาหารและ กระตุ้นการสร้างเนื้อเยื่อ ทำให้แผลหาย เร็วขึ้น มีฤทธิ์สมานแผลในกระเพาะ อาหาร (คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย อุบลราชธานี, 2553 ก; Khovidhunkit, Yingsaman, Chairachvit, Surarit, Fuangtharntip, & Petsom, 2011)	1. ใบ 2. ราก

ลำดับ	สมุนไพร / ชื่อวิทยาศาสตร์	สารออกฤทธิ์	ฤทธิ์ต่อร่างกาย	ส่วนของสมุนไพร ที่มีสรรพคุณ
10	พริก (chilli peppers, chili, chile) / Capsicum frutescens L.	1. capsaicin และ dihydrocapsaicin, nordihydrocapsaicin, homodihydrocapsaicin, homocapsaicin 2. carotenoid 3. ascorbic acid	1. ช่วยเชื้อแบคทีเรียในกระเพาะอาหาร (มูลนิธิวิถีมืด, 2558 ข) 2. ลดความเจ็บปวดของกล้ามเนื้อหัวใจ แขน บั้นเอว และส่วนต่างๆ ของ ร่างกาย (Henrich, Magerl, Klein, Greffrath, & Treede, 2015) ต้านมะเร็ง โดยมีบีตา-แคโรทีนซึ่งเป็น สารต้านอนุมูลอิสระ ช่วยเสริมสร้าง ภูมิคุ้มกัน และช่วยให้ระบบสืบพันธุ์ ทำงานได้ดี (มูลนิธิวิถีมืด, 2558 ข) ช่วยขยายหลอดเลือดในลำไส้และกระเพาะ อาหาร เพื่อให้ดูดซึมอาหารได้ดีขึ้น ช่วยขับถ่ายของเสียจากร่างกาย (มูลนิธิวิถีมืด, 2558 ข)	1. ผล 2. เมล็ด
				
	ที่มา : frynn.com			
11	พริกไทย (pepper, pepper corn) / Piper nigrum Linn.	piperine และ piperettine (ทำให้เกิดกลิ่นฉุนและเผ็ด), piperanine, piperidine, chavicine, piperoleines A, B และ C	1. กระตุ้นการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร ช่วยย่อยอาหาร ลดการอักเสบของลำไส้ (Hu et al., 2015) 2. ยับยั้งเอนไซม์ acetylcholinesterase 3. ลดระดับน้ำตาลในเลือด ลดไขมัน 4. ขับปัสสาวะ 5. บรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อต่อ 6. กดระบบประสาทส่วนกลาง ระงับอาการชัก 7. ยับยั้งการกระจายของเซลล์มะเร็ง 8. ด้านเชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา และ เชื้อแบคทีเรียในช่องปาก 9. กำจัดยูง แมลงวัน และศัตรูพืช (คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย อุบลราชธานี, 2553 ข)	ผลแห้งแก่จัด (ไม่สุก) ทั้งเปลือก
				
	ที่มา : www.samunpri.com			
12	พลู (betel) / Piper betle Linn.	1. eugenol 2. hydroxychavicol	1. ทำลายเชื้อราและเชื้อแบคทีเรียได้ดีมาก รวมทั้งเชื้อแบคทีเรียที่ก่อให้เกิดสิว 2. มีฤทธิ์เป็นสารต้านอนุมูลอิสระ (antioxidant) (พิมพ์เพ็ญ พรเฉลิมพงศ์, น.ป.ป.)	ใบ
				
	ที่มา : www.baanjomyut.com			

ลำดับ	สมุนไพร / ชื่อวิทยาศาสตร์	สารออกฤทธิ์	ฤทธิ์ต่อร่างกาย	ส่วนของสมุนไพร ที่มีสรรพคุณ
13	ไพล (phlai, cassumunar ginger, bengal root) / Zingiber montanum (Koenig) Link Ex Dietr.	plaitanoids เช่น สาร DMPBD, curcuminoids	1. ฤทธิ์แก้ปวด 2. ฤทธิ์ต้านการอักเสบ 3. ฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ 4. ฤทธิ์คลายกล้ามเนื้อเรียบ 5. ฤทธิ์ต้านฮีสตามีน (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2555)	1. เหง้า 2. หัว
				
	ที่มา : natres.skrc.rmuth.ac.th			
14	มะขามป้อม (emuc- myrabolan, malacca tree) / Phyllan- thus emblica Linn.	1. ascorbic acid 2. tannine ซึ่งประกอบด้วย สาร emblicanin A, emblicanin B, punigluconin และ pedunculagin	1. ฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระได้ดีมาก 2. ฤทธิ์ยับยั้งการเจริญของเชื้อแบคทีเรีย Staphylococcus aureus, Streptococcus strain B, Pseudomonas aeruginosa และ Escherichia coli 3. ฤทธิ์ลดไขมันในเลือด (สุภากรณ์ ปิติพร, 2548)	1. ผลสด 2. ใบ 3. เปลือกของ ลำต้นและกิ่ง
				
	ที่มา : salaput.com			
15	รางจืด (blue trumpet, laurel clock vine) / Thunbergia laurifolia Linn.	1. สารในกลุ่ม flavonoids ได้แก่ apigenin, cosmosin และ delphinidin-3,5- di-O-D-glucoside 2. amino acids 4 ชนิด ได้แก่ methionine, glycine, serine และ unidentified amino acid 3. สารในกลุ่ม phenolic acids และ chlorophyll 4. ถั่วสกัดด้วย petroleum ether พบ steroids 8 ชนิด และ carotenoid 1 ชนิด	1. ฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ (สุรีย์ สุกัลยณันท์, 2542) 2. ยับยั้งเชื้อแบคทีเรียพวก Aerobacter aerogenes ได้ 3. ถอนพิษจากสารเคมี หรือยาฆ่าแมลง ยาฆ่าหญ้า paraquat (gramoxone) (จากสาร phenolic acids และ chlorophyll) และพบว่าสามารถเพิ่ม อัตราการรอดชีวิตได้ (สถาบันวิจัย การแพทย์แผนไทย, ม.ป.ป.)	1. ราก 2. เถา 3. ใบ
				
	ที่มา : www.the-then.com			

ลำดับ	สมุนไพร / ชื่อวิทยาศาสตร์	สารออกฤทธิ์	ฤทธิ์ต่อร่างกาย	ส่วนของสมุนไพรที่มีสรรพคุณ
16	ว่านหางจระเข้ (aloe, barbados aloe, crocodile' tongue, Indian aloe, jafferbad, mediteranean aloe, star cactus, true aloe) / Aloe vera (Linn.) Burm. f.	1. aloctin A และ aloctin B 2. polysaccharide	1. ฤทธิ์ลดการอักเสบโดย aloctin A ไปยับยั้งการสังเคราะห์ prostaglandin E2 ยับยั้งการเกิดสารพวก cytokines ที่ทำให้เกิดการอักเสบ ได้แก่ TNF-alpha และ IL-6 แต่ไม่มีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อ 2. aloctin A ช่วยเพิ่มการทำงานของ adenylyate cyclase ใน T-lymphocyte ทำให้ ATP เปลี่ยนเป็น cyclic AMP ซึ่งเร่งการแบ่งตัวของเซลล์ที่ได้รับอันตราย	1. ลำต้น 2. เปลือก
		3. bradykininase 4. magnesium lactate	1. bradykininase มีฤทธิ์ในการสลาย แผล โดยทำลาย bradykinin ซึ่งเป็นสารที่ทำให้หลอดเลือดขยายตัวและเกิดการอักเสบ เจ็บปวด 2. magnesium lactate ช่วยเปลี่ยน angiotensin I ไปเป็น angiotensin II ซึ่งทำให้หลอดเลือดหดตัว ยับยั้ง histidine dicarboxylase ไม่ให้เปลี่ยน histidine ไปเป็น histamine	
		5. anthraquinone barbaloinaloin	มีฤทธิ์เป็นยาระบาย โดยออกฤทธิ์ไปเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่ และยับยั้งการดูดซึมกลับของน้ำ แต่อาจกระตุ้นให้เกิดการขยายตัวของมดลูกได้ (สำนักงานข้อมูลสมุนไพรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ม.ป.ป.)	
17	เสลดพังพอนตัวผู้ (hop headed barleria) / Barlerialupulina Lindl.	1. acetylbarlerin 2. shanzhiside methyl ester 3. 8-O-acetylshanzhiside methyl ester 4. 6-O-acetylshanzhiside methyl ester	1. ฤทธิ์ลดอาการปวดจากสาร ทั้ง 4 ชนิด 2. ฤทธิ์ลดการอักเสบ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2553)	ใบ
				

ที่มา : www.todayhealth.org

ลำดับ	สมุนไพร / ชื่อวิทยาศาสตร์	สารออกฤทธิ์	ฤทธิ์ต่อร่างกาย	ส่วนของสมุนไพร ที่มีสรรพคุณ
18	เสลดพังพอนตัวเมีย (snake plant) / <i>Clinacanthus nutans</i> (Burm.f) Lindau 	1. betulin 2. lupeol 3. β -sitosterol 4. สารพวก steroid และ triterpenoid	1. รักษาอาการอักเสบ ถอนพิษแมลง สัตว์กัดต่อย แผลน้ำร้อนลวก (โครงการ อนุรักษ์พันธุกรรมพืช อันเนื่องมาจาก พระราชดำริ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, ม.ป.ป.) 2. ฤทธิ์ต้านเชื้อ <i>Mycobacterium</i> <i>tuberculosis</i> อย่างอ่อน (Li, Webster, Johnson, & Gray, 2015)	1. ราก 2. ใบ
ที่มา : social.chan.rmutto.ac.th				
19	เสาวรส (passionfruit) / <i>Passiflora edulis</i> Sims 	1. ascorbic acid 2. pectin 3. flavanoid 4. phytochemical 5. carotenoid	1. ascorbic acid ช่วยเสริมสร้าง ภูมิคุ้มกันในร่างกายให้แข็งแรง 2. carotenoid ช่วยบำรุงสายตาและ ผิวพรรณ 3. สาร albumin homologous protein จากเมล็ด สามารถยับยั้ง การเจริญเติบโตของเชื้อราได้ 4. ช่วยลดไขมันในเลือด 5. เป็นสารต้านอนุมูลอิสระ ช่วยใน การชะลอวัย ชะลอการเกิดริ้วรอย แห่งวัย (กานดา แสนมณี, 2556)	ผลสุก
ที่มา : www.thainaturalproducts.com				
20	เห็ดฟาง (straw mushroom) / <i>Volvariella volvacea</i> (Bull. Ex.Fr.) Sing 	1. volvatoxin 2. selenium, potassium, calcium, phosphorus และ iron 3. vitamin B1, B2 4. ascorbic acid	1. volvatoxin ช่วยป้องกันการเติบโต ของเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดไขหวัดใหญ่ 2. ช่วยลดปัญหาเกี่ยวกับไขมันใน หลอดเลือดและโรคหัวใจ (ส่วน การประชาสัมพันธ์ สำนักพัฒนา การประชาสัมพันธ์, 2553) 3. selenium ช่วยป้องกันการเจริญเติบโต ของเซลล์มะเร็ง (บ้านมหาดอกคอม, 2552)	1. ก้าน 2. ครีบดอก 3. หมวกดอก
ที่มา : www.matichon.co.th				

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่ามีสมุนไพร
ที่ทำการศึกษแล้วหลายชนิดเกี่ยวกับสารออกฤทธิ์และ
ฤทธิ์ของสารนั้นๆ อย่างไรก็ตาม ยังมีสมุนไพรที่น่าสนใจ
อีกมากที่กำลังศึกษาและยังไม่ได้ศึกษา แต่รอเวลาให้ผู้สนใจ
เข้าไปร่วมทำการศึกษาในหลายๆ ด้านต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กานดา แสนมณี. (2556). *น้ำเสาวรสเพื่อสุขภาพ
ผลการวิจัยมีสรรพคุณลดไขมันในเลือด บำรุงสายตา
และผิวพรรณ วิตามินเอสูง วิตามินซีมากกว่า
มะนาว*. สืบค้น วันที่ 25 สิงหาคม 2558, จาก
<https://www.gotoknow.org/posts/517642>
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. (2553 ก).
เปล้าน้อย. สืบค้น วันที่ 23 กรกฎาคม 2555,
จาก [http://www.phargarden.com/main.
php?action=viewpage&pid=73](http://www.phargarden.com/main.php?action=viewpage&pid=73)
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. (2553 ข).
พริกไทยดำ. สืบค้น วันที่ 25 สิงหาคม 2558,
จาก [http://www.thaicrudedrug.com/main.
php?action=viewpage&pid=90](http://www.thaicrudedrug.com/main.php?action=viewpage&pid=90)
โครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืชอันเนื่องมาจากพระราชดำริ
สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.
(ม.ป.ป.). *เสลดพังพอนตัวเมีย (พญาปล้องทอง)*.
สืบค้น วันที่ 23 สิงหาคม 2558, จาก [http://
www.rspg.or.th/plants_data/herbs/herbs_
20_6.htm](http://www.rspg.or.th/plants_data/herbs/herbs_20_6.htm)
ฐานข้อมูลพืชผัก บทความเกษตร. (2555). *ขี้เหล็ก
Cassia siamea Lamk.* สืบค้น วันที่ 19 มิถุนายน
2555, จาก [http://www.vegetweb.com/ขี้เหล็ก
-cassia-siamea-lamk](http://www.vegetweb.com/ขี้เหล็ก-cassia-siamea-lamk)
ไทยเฮิร์บเบิวตี้. (2553). *ทองพันชั่ง (White crane flower)*.
สืบค้น วันที่ 20 มิถุนายน 2555, จาก [http://
thaiherbsbeauty.igetweb.com/index.php?
mo=3&art=311607](http://thaiherbsbeauty.igetweb.com/index.php?mo=3&art=311607)

บ้านมหาดอกคอม. (2552). *เห็ดฟาง*. สืบค้น วันที่ 23
สิงหาคม 2558, จาก [http://www.baanmaha.
com/community/threads/22053-เห็ดฟาง%
20เห็ดฟาง](http://www.baanmaha.com/community/threads/22053-เห็ดฟาง%20เห็ดฟาง)
พิมพ์เพ็ญ พรเฉลิมพงศ์. (ม.ป.ป.). *Eugenol / ยูจีนอล*.
สืบค้น วันที่ 25 พฤศจิกายน 2558, จาก [http://
www.foodnetworksolution.com/wiki/word/
2781/eugenol-ยูจีนอล](http://www.foodnetworksolution.com/wiki/word/2781/eugenol-ยูจีนอล)
มูลนิธิวิกิมีเดีย. (2558 ก). *ชะเอมเทศ*. สืบค้น วันที่
20 มิถุนายน 2558, จาก [http://th.wikipedia.
org/wiki/ชะเอมเทศ](http://th.wikipedia.org/wiki/ชะเอมเทศ)
มูลนิธิวิกิมีเดีย. (2558 ข). *พริก*. สืบค้น วันที่ 23
สิงหาคม 2558, จาก [https://th.wikipedia.org/
wiki/พริก](https://th.wikipedia.org/wiki/พริก)
สิรินทร์ฟาร์มาซี. (2554). *กระเทียม*. สืบค้น วันที่ 15
มิถุนายน 2555, จาก [sirinpharmacy.exteen.
com/20110324/entry-1](http://sirinpharmacy.exteen.com/20110324/entry-1)
สถาบันการแพทย์แผนไทย. (2555). *เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับ
การพัฒนาผลิตภัณฑ์ไฟลู่เชิงพาณิชย์*. สืบค้น
วันที่ 10 มิถุนายน 2555, จาก [http://ittm.dtam.
moph.go.th/data_articles/t10.htm](http://ittm.dtam.moph.go.th/data_articles/t10.htm)
สถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทย. (ม.ป.ป.). *รางจืด*. สืบค้น
วันที่ 23 สิงหาคม 2558, จาก [http://lag.dtam.
moph.go.th/heab/rangged.php](http://lag.dtam.moph.go.th/heab/rangged.php)
สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย.
(2555). *บุก...พืชไทยโบราณ*. สืบค้น วันที่ 23
กรกฎาคม 2555, จาก [http://www.tistr.or.th/
t/publication/page_area_show_bc.asp?i1=
65&i2=3](http://www.tistr.or.th/t/publication/page_area_show_bc.asp?i1=65&i2=3)
สถาบันวิจัยสมุนไพร กระทรวงสาธารณสุข. (2546).
กระชายดำ. สืบค้น วันที่ 19 มิถุนายน 2555, จาก
[http://ittm.dtam.moph.go.th/product_
champion/herb1.htm](http://ittm.dtam.moph.go.th/product_champion/herb1.htm)

- สมุนไพรดอกทอคอม. (2546). *จะรับประทานกระเทียมอย่างไรดีต่อสุขภาพ*. สืบค้น วันที่ 15 มิถุนายน 2555, จาก <http://www.samunpri.com/?p=4700>
- สมุนไพรไทยและพื้นบ้านล้านนา. (2555). *ขมิ้น*. สืบค้น วันที่ 19 มิถุนายน 2555, จาก <http://203.114.105.84/virtual/Physicals/www.thaimedicinalplant.com/khamin1.html>
- สำนักงานข้อมูลสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล. (ม.ป.ป.). *ว่านหางจระเข้*. สืบค้น วันที่ 21 มิถุนายน 2555, จาก <http://www.medplant.mahidol.ac.th/pubhealth/alovera.html>
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2553). *เสลดพังพอนตัวผู้*. สืบค้น วันที่ 23 สิงหาคม 2558, จาก <http://aidssti.ddc.moph.go.th/herbs/view/49>
- สุภาภรณ์ ปิติพร. (2548). *มะขามป้อม สมุนไพรที่ไม่ควรมองข้าม*. สืบค้น วันที่ 19 มิถุนายน 2555, จาก <http://www.doctor.or.th/article/detail/1901>
- สุรีย์ ศุภลักษณ์นารี. (2542). *การแยกสกัดสารที่เป็นองค์ประกอบหลักจากสมุนไพรรางจืดชนิดสีม่วงโดยวิธีทางเคมี และ HPLC*. สืบค้น วันที่ 23 สิงหาคม 2558, จาก <http://www.rsu.ac.th/rri/researchreadarticle.php?status=2&lang=&id=48&idyear=2542>
- ส่วนการประชาสัมพันธ์ สำนักพัฒนาการประชาสัมพันธ์. (2553). *เห็ดฟางอาหารสวรรค์ของคนความดันสูง*. สืบค้น วันที่ 23 สิงหาคม 2558, จาก http://hq.prd.go.th/PRTechnicalDM/ewt_news.php?nid=135
- อมรเทพ กลิ่นสุคนธ์. (2552). *สมุนไพรใบบัวบก สมุนไพรชั้นเลิศ*. สืบค้น วันที่ 19 มิถุนายน 2555, จาก http://www.thaiherbinfo.com/knowledge-herb.php?id_herb=14
- เอสเอ็นพีดอกทอคอม. (2555). *สารสกัดจากชะเอมเทศ*. สืบค้น วันที่ 20 มิถุนายน 2555, จาก <http://www.snpthai.com/th/node/425>
- Aneta, K., Ewa, P., Teresa, L., & Elzbieta, S. (2013). Healthy properties of garlic. *Current Nutrition & Food Science*, 9(1), 59-64.
- Bachrach, G., Jamil, A., Naor, R., Tal, G., Ludmer, Z., & Steinberg, D. (2011). Garlic allicin as a potential agent for controlling oral pathogens. *Journal of Medicinal Food*, 14(11): 1338-1343.
- Ceremuga, T. E. et al. (2015). Evaluation of the anxiolytic and antidepressant effects of asiatic acid, a compound from Gotu kola or Centella asiatica, in the male Sprague Dawley rat. *AANA Journal*, 83(2), 91-98.
- Henrich, F., Magerl, W., Klein, T., Greffrath, W., & Treede, R. D. (2015). Capsaicin-sensitive C- and A-fibre nociceptors control long-term potentiation-like pain amplification in humans. *Brain: A Journal of Neurology*, 138(Pt 9), 2505-2520.
- Hu, D., et al. (2015). The protective effect of piperine on dextran sulfate sodium induced inflammatory bowel disease and its relation with pregnane X receptor activation. *Journal of Ethnopharmacology*, 169, 109-123.
- Khovidhunkit, S. O., Yingsaman, N., Chairachvit, K., Surarit, R., Fuangtharnthip, P., & Petsom, A. (2011). In vitro study of the effects of plaunotol on oral cell proliferation and wound healing. *Journal of Asian Natural Products Research*, 13(2), 149-159.

- Li, H., Webster, D., Johnson, J. A., & Gray, C. A. (2015). Anti-mycobacterial triterpenes from the Canadian medicinal plant *Alnus incana*. *Journal of Ethnopharmacology*, 165, 148-151.
- Nicol, L. M., Rowlands, D. S., Fazakerly, R., & Kellett, J. (2015). Curcumin supplementation likely attenuates delayed onset muscle soreness (DOMS). *European Journal of Applied Physiology*, 115(8), 1769-1777.
- Onitake, T., et al. (2015). Pulverized konjac glucomannan ameliorates oxazolone-induced colitis in mice. *European Journal of Nutrition*, 54(6), 959-969.
- Temkitthawon, P., et al. (2011). *Kaempferia parviflora*, a plant used in traditional medicine to enhance sexual performance contains large amounts of low affinity PDE5 inhibitors. *Journal of Ethnopharmacology*, 137(3), 1437-1441.
- Wongtongtair, S., et al. (2011). Barakol-induced apoptosis in P19 cells through generation of reactive oxygen species and activation of caspase-9. *Journal of Ethnopharmacology*, 137(2), 971-978.
- Wongwanakul, R., Vardhanabhuti, N., Siripong, P., & Jianmongkol, S. (2013). Effects of rhinacanthin-C on function and expression of drug efflux transporters in Caco-2 cells. *Fitoterapia*, 89, 80-85.
-

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของบุคคลต้นแบบในการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการปฐมภูมิ

Key Success Factors of Excellent Health Care Providers in Strengthening Primary Health Care Systems

กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, Ph.D. (Nursing) *

Kamonthip Tanglakmankhong, Ph.D. (Nursing) *

กาญจนา ปัญญาธรรส, พย.ม. (การพยาบาลชุมชน) **

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

ระบบบริการปฐมภูมิ เป็นกลไกหลักและยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ เพื่อสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนอย่างครอบคลุม ทำให้ระบบบริการสาธารณสุขมีประสิทธิภาพและมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดี ด้วยค่าใช้จ่ายที่ไม่สูงเกินไป (achieving cost-effectiveness) (De Maeseneer, Willems, De Sutter, Van de Geuchte, & Billings, 2007) ด้วยโครงสร้างระบบบริการปฐมภูมิที่เป็นบริการด่านหน้าที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิจึงเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องเข้าใจวิธีการดำเนินชีวิต บริบท และความซับซ้อนของพฤติกรรมของผู้มารับบริการของตนเอง เพื่อให้การพัฒนาระบบและการบริการมีความสอดคล้องตรงกับความต้องการหรือตรงกับปัญหาได้ดีที่สุด (สำนักวิจัยเพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552)

บทความนี้นำเสนอสาระเกี่ยวกับเป้าหมายของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และปัจจัยแห่งความสำเร็จของบุคคลต้นแบบ

เป้าหมายของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization,

2008) ได้กำหนดแนวทางในการไปถึงเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ด้วยองค์ประกอบในการปฏิรูปหลักสำคัญ 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ลดความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข (reduce health inequalities) ด้วยการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal coverage reforms)

2. บริหารจัดการระบบบริการปฐมภูมิให้ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชน ด้วยการปฏิรูประบบบริการ (service delivery reforms)

3. บูรณาการงานสาธารณสุขให้เข้ากับหน่วยงานทุกภาคส่วน ด้วยการปฏิรูปนโยบายสาธารณะ (public policy reforms)

4. แสวงหารูปแบบความร่วมมือเชิงนโยบาย ด้วยการปฏิรูปความเป็นผู้นำ (leadership reforms)

5. ผลักดันการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (increasing stakeholder participation)

นอกเหนือจากแนวทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิด้วย 5 องค์ประกอบหลักสำคัญแล้ว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 ยังได้ใช้แนวคิดในการเสริมแรง ยกย่องเชิดชูเกียรติ และสร้างขวัญกำลังใจ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการกลุ่มงานวิจัยและพัฒนาผลงานวิชาการ โรงพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน โรงพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

(reward and recognition) ให้กับบุคคลต้นแบบ ผู้มีความเพียร มุ่งมั่น ทุ่มเท และเสียสละในการทำงาน เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการปฐมภูมิ โดยการมอบรางวัล NHSO Award ให้เป็นประจำทุกปี มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 (อุษณีย์ หลอดเณร, 2558) เป็นผลให้ในช่วงปี พ.ศ. 2554-2556 หน่วยบริการปฐมภูมิ เขต 8 ผ่านเกณฑ์การประเมินศักยภาพปฐมภูมิเพิ่มขึ้นแบบก้าวกระโดด และสูงขึ้นเป็นอันดับหนึ่งของประเทศไทย ซึ่งปัจจัยที่สำคัญส่วนหนึ่งมาจากการทำงานแบบบูรณาการงานสาธารณสุขกับหน่วยงานทุกภาคส่วน โดยกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาแบบช่วยเหลือกันในภาคีเครือข่ายอีสานตอนบน ที่เรียกว่า “เสี้ยวโมเดล” (กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, กาญจนา ปัญญาธร, รุ่งนภา ประชुरศิริศักดิ์, นวลไพศชาติ, และอุษณีย์ หลอดเณร, 2557) และจากบุคคลต้นแบบผู้สามารถผลักดัน วางแผน ค้นหา นำวิธีการใหม่ๆ ที่ดีและแตกต่างมาใช้ จนทำให้ผลงานสูงกว่ามาตรฐาน เป็นที่ยอมรับของเพื่อนร่วมงานและชุมชน (กาญจนา ปัญญาธร, กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, เพชรทองเพ็ญ, และอุษณีย์ หลอดเณร, 2557) ดังนั้น การถอดบทเรียนปัจจัยแห่งความสำเร็จของบุคคลต้นแบบจึงเป็นสิ่งที่น่าเรียนรู้ เพื่อใช้เป็นแนวทางและแบบอย่างให้กับบุคลากรและผู้บริหารที่ทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิต่อไป

แม้ว่าการให้รางวัลต่างๆ ในหน่วยบริการปฐมภูมิจะเป็นการสร้างขวัญกำลังใจและเชิดชูเกียรติแก่ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรนั้นๆ แต่บ่อยครั้งก็ทำให้เกิดความเครียด เมื่อหน่วยต่อการแข่งขัน ต่อการเตรียมเอกสาร และการถูกตรวจประเมินการประกวด NHSO Award ในระยะแรก (พ.ศ. 2552-2555) เน้นการสรรหาตามเกณฑ์ที่กรรมการกำหนดขึ้น เพื่อให้รางวัล ประชาสัมพันธ์ และการถอดบทเรียนประวัติและความสำเร็จของบุคคลต้นแบบ เพื่อให้เป็นตัวอย่างที่ดีแก่สาธารณสุข (อุทัยรัตน์ ชิดมงคล และคณะ, 2555) ในระยะหลัง (พ.ศ. 2556-2558) ได้มีการปรับกระบวนการสรรหา โดยเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสะท้อนข้อมูลจุดเด่น และจุดที่ต้องพัฒนาในทุกมิติ ให้กับทุกพื้นที่ที่ส่งประกวด และนำผลการวิจัยมานำเสนอในเวทีวิชาการในรูปแบบการเรียนรู้ เพื่อเป็นแนวทางและแบบอย่างให้กับ

บุคลากรที่ทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิต่อไป (เพ็ญศรีทองเพชร, นวิวรรณ ศรีดาวเรือง, วนิดา ศรีพรหมษา, กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, ปรีดา เต๋ออารักษ์, และอุษณีย์ หลอดเณร, 2558)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของบุคคลต้นแบบ

จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังในการถอดบทเรียนบุคคลต้นแบบที่ได้รับรางวัล NHSO Award ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 จนถึงปี พ.ศ. 2558 พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จมาจาก 2 ปัจจัยหลัก โดยปัจจัยแรกคือ บุคลิกภาพที่น่านับถือของบุคคลต้นแบบ ซึ่งเป็นบุคลิกภาพเฉพาะของตัวบุคคลต้นแบบเอง และปัจจัยที่สองคือ กลยุทธ์ของบุคคลต้นแบบที่ใช้ในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

บุคลิกภาพที่น่านับถือของบุคคลต้นแบบ

บุคคลต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการทำงานมีบุคลิกภาพที่แตกต่างตามบริบทพื้นที่และลักษณะของเพื่อนร่วมงาน บางคนประสบความสำเร็จในการทำงานจากลักษณะเฉพาะตัวที่เป็นคนเด็ดขาด มุ่งงาน แต่ในภาพรวมพบว่าบุคคลต้นแบบที่ทำงานโดยมุ่งความสำคัญที่คนจะประสบความสำเร็จมากกว่า เนื่องจากงานบริการปฐมภูมินั้นเน้นงานส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพมากกว่าการรักษา ทำให้ลักษณะงานส่วนใหญ่เป็นงานที่ต้องช่วยเหลือกันในชุมชน จากการสอบถามคุณลักษณะของบุคคลต้นแบบตามการรับรู้ของประชาชนและเพื่อนร่วมงานพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) การให้ความร่วมมือกับกิจกรรมของหมู่คณะ 2) การแต่งกายดีเหมาะสมกับกาลเทศะ และ 3) ความสามารถในการทำงานใฝ่รู้ และรอบรู้ สามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานได้ สิ่งเหล่านี้เป็นเหตุผลหลักที่ทำให้ประชาชนและเพื่อนร่วมงานรู้สึกอยากร่วมงานด้วย (กาญจนา ปัญญาธร และคณะ, 2557) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีภาวะผู้นำของ Bass (1999) ที่อธิบายว่าบุคลิกภาพที่น่านับถือ มีเสน่ห์ และการสร้างแรงบันดาลใจให้กับผู้ตาม (charisma and inspiration) มีความสำคัญมาก เพราะสามารถทำให้คนคล้อยตามได้ง่าย บุคลิกภาพที่น่าเชื่อถือทำให้ผู้ตามมีความต้องการที่จะ

ทำงานด้วย ผู้ตามจะภูมิใจที่มีโอกาสได้ร่วมงาน และจะทุ่มเททำงานให้ด้วยความเต็มใจ

กลยุทธ์ของบุคคลต้นแบบที่ใช้ในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

จากการประมวลผลข้อมูลการสัมภาษณ์บุคคลต้นแบบในเขตอีสานตอนบน และการยืนยันผลข้อมูลเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์เพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา และชาวบ้าน รวมทั้งการสังเกต พบว่ากลยุทธ์ที่บุคคลต้นแบบใช้ในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิมีประเด็นหลักดังนี้

1. การเป็นแบบอย่างที่ดี

จากการเก็บข้อมูล การสังเกต และการสัมภาษณ์เพื่อนร่วมงานของบุคคลต้นแบบในแทบทุกพื้นที่ พบลักษณะเด่นในการเป็นแบบอย่างด้านการมีสัมมาคารวะกับผู้ใหญ่ การไม่มีหนี้สิน การประหยัดอดออม การดำรงตนอยู่ในหลักศีลธรรมอันดี อิ่มแถมแจ่มใส เข้ากับคนได้ง่าย ไม่ถือตัว ให้เกียรติผู้อื่น ต้องการให้ผู้อื่นทำอะไร ตนเองต้องทำให้อีกก่อน ดังที่ผู้ได้รับรางวัล NHSO Award ปี 2554 กล่าวถึงหลักการเปลี่ยนแปลงคนที่สำคัญคือ “การทำให้เห็นด้วยตา” สิ่งที่มีมองเห็นได้ง่ายคือ ความสะอาด สวยงาม เป็นระเบียบ โดยท่านเริ่มจากการทำความสะอาดห้องน้ำที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยตนเอง เพราะเป็นพื้นที่ขนาดเล็กและทำได้ง่าย เน้นการปฏิบัติให้เห็นจนเพื่อนร่วมงานมีใจใฝ่เอียง ทำตาม และขยายวงไปเรื่อยๆ จนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งนี้ได้รับรางวัลสถานบริการสะอาด สวยงาม ในปี 2551

การเป็นแบบอย่างที่ดี (idealized influence) เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ตามเกิดการลอกเลียนแบบพฤติกรรมที่เป็นแบบอย่าง และทำให้เพื่อนร่วมงานและคนรอบข้างเกิดความภาคภูมิใจเมื่อได้ร่วมงานด้วย (Bass, 1999) ดังนั้น การที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี มีการให้รางวัล NHSO Award บุคคลอันเป็นต้นแบบในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขต 8 ทุกปี และมีการเผยแพร่ความรู้จากรายงานการถอดบทเรียนบุคคลต้นแบบ จึงเป็นหนึ่งในวิธีการที่ทำให้บุคคลต้นแบบได้รับการยอมรับ เชิดชู และให้คุณค่า เมื่อประพฤติตน

เป็นแบบอย่างที่ดี

2. มีอะไรต้องคุยกัน

การสื่อสารพูดคุยแบบปรึกษาหารือเป็นทักษะสำคัญที่พบในบุคคลต้นแบบทุกคน ทำให้เพื่อนร่วมงานและคนรอบข้างรู้สึกอยากทำงานด้วย ผู้ที่จะทำงานบริการปฐมภูมิให้สำเร็จส่วนใหญ่นั้น ต้องเป็นผู้ที่มีทักษะการพูดและการฟังที่ดี มีอัธยาศัยไมตรีดี เพราะเป็นการเปลี่ยนสัมพันธภาพจากเจ้านาย-ลูกน้อง หมอ-ผู้ป่วย มาเป็นการสร้างความรู้สึกผูกพันฉันท์พี่น้องแบบเอาใจ เอาอกกัน ทำให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลและร่วมแรงร่วมใจกันในการผลักดันงานต่างๆ ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เมื่อชุมชนเห็นความตั้งใจของคนและทีมงานในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ทำเพื่อประโยชน์ของชุมชน จึงทำให้เกิดความร่วมมือที่ดีจากชุมชน

3. ไม่นิ่งดูตาย

การทำงานบริการปฐมภูมิ เป็นการทำงานที่หลากหลาย บางครั้งไม่ได้อยู่ในแผนงานหรือนโยบายแต่จำเป็นต้องทำ เพราะเป็นปัญหาจริงที่พบในบริบทพื้นที่ซึ่งไม่อาจละเลยได้ เช่น งานฟื้นฟูผู้พิการ บุคคลต้นแบบผู้ได้รับรางวัล NHSO Award ปี 2558 ได้ใช้ความพากเพียรในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลามากกว่า 10 ปี จนสามารถขยายการพัฒนางานจากระดับปฐมภูมิไปสู่การพัฒนางานดูแลผู้พิการทั้งหมด 8 มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้พิการทุกปี และมีการรวบรวมเรื่องราวความสำเร็จในการดูแลผู้พิการเป็นหนังสือเรื่อง “เล่าถึงเรื่องราว เรื่องเล่า ประสบการณ์ วันวานที่พากเพียรสู้วันนี้ที่ภาคภูมิใจ” (สุชาติพิทย์ กุลศรี, 2558) หรืองานที่สวนกระแสสังคม วัฒนธรรม และความเชื่อ เช่น งานบุญประเพณี งานศพปลอดเหล้า เป็นสิ่งที่บุคคลต้นแบบไม่อาจปล่อยให้ปัญหาคงอยู่สู่สังคมของชาวบ้านต่อไปได้ เพราะผลกระทบของสุราทำให้เกิดปัญหาทะเลาะวิวาท อุบัติเหตุเจ็บป่วย มีภาระหนี้สิน แม้ว่าจะเป็นงานที่ยาก ถูกต่อต้านจากวัยรุ่นและคอสุรา แต่บุคคลต้นแบบก็เชื่อว่า “ถ้าเรากำลังทำสิ่งที่ดี สักวันชาวบ้านจะเข้าใจ”

4. หาเจ้าภาพหลักในพื้นที่ให้ได้

การขับเคลื่อนงานที่ต้องอาศัยการมี

ส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน จำเป็นต้องหาเจ้าภาพหลัก หรือ keyman หรือที่มักเรียกว่าผู้นำทางธรรมชาติให้ได้ก่อน บุคคลต้นแบบหลายคนแนะนำกลยุทธ์นี้ว่า “การไปร่วมงานที่วัดเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ จะทำให้ได้เจอผู้หลักผู้ใหญ่ ผู้นำท้องถิ่น และเราสามารถสังเกตหรือสอบถามจากผู้สูงอายุที่ไปร่วมงานที่วัดได้ว่า ปัญหาในเรื่องนี้ ต้องปรึกษาใคร” การค้นหาศักยภาพชุมชน เข้าไปเรียนรู้กับเขา จะทำให้เข้าใจ เข้าถึง และพัฒนาชุมชนได้ง่ายกว่าการตั้งรับในหน่วยงาน หรือใช้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างเดียว เช่น บางพื้นที่อาศัยผู้สูงอายุที่เป็นปราชญ์ชาวบ้านมาช่วยในเรื่องการนำภูมิปัญญาในท้องถิ่นมาปรับใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดได้เป็นอย่างดี

5. การสร้างกระแสนรณรงค์และประชาสัมพันธ์โดยใช้พลังกลุ่ม

การใช้พลังกลุ่มที่ตรงกับงานที่ต้องการแก้ปัญหา เพื่อสร้างกระแสการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ เป็นอีกกลยุทธ์หนึ่งที่หลายคนเลือกใช้ เช่น การใช้สถานีวิทย์ชุมชนและอาสาสมัครในการเข้าร่วมรณรงค์งานบุญประเพณีงานศพปลอดเหล้า การใช้พลังวัยรุ่น โดยบุคคลต้นแบบเข้าไปร่วมตั้งวงดนตรี To be number one ในการลด ละ เลิกยาเสพติด และหันมาออกกำลังกายในกลุ่มวัยรุ่น หรือใช้วิธีปรับทัศนคติ ความเชื่อบางอย่างร่วมกัน แล้วให้กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นปราชญ์ชาวบ้านเป็นแกนนำในการดูแลมารดาและทารกหลังคลอดที่ผสมผสานภูมิปัญญาในท้องถิ่นและไม่ขัดกับหลักวิชาการ ทำให้การอยู่ไฟเป็นเรื่องเปิดเผยสบายใจ ไม่ต้องแอบซ่อนเจ้าหน้าที่อีกต่อไป

6. สร้างองค์กรให้เป็นบ้านที่น่าอยู่

การปรับโฉมสถานีนอนามัยให้กลายเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่น่าอยู่ ทั้งในด้านโครงสร้างอาคาร ภูมิทัศน์ และบรรยากาศการทำงาน เป็นกลยุทธ์อีกส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานและชาวบ้านรู้สึกเป็นเหมือนบ้าน เป็นกันเอง สะอาด สบาย สะอาด ร่มรื่น น่าอยู่เหมือนบ้าน มีสาธารณูปโภคและสิ่งอำนวยความสะดวกครบครัน มีการให้บริการอินเทอร์เน็ตฟรีแก่ผู้มารับบริการ การปรับปรุงที่นั่งรอ และการจัดห้องน้ำสะอาด

สำหรับผู้รับบริการทั่วไปและสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ การนำที่กักเก็บน้ำที่ไม่ใช้แล้วมาทำเป็นห้องสุขา รวมทั้งการสร้างบรรยากาศการทำงานแบบครอบครัว ตั้งศูนย์เรียนรู้สุขภาพ เพื่อให้ชุมชนได้แวะเวียนเข้ามาทำกิจกรรมภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ

7. มีอะไรดี จัด ให้ปรึกษาผู้ใหญ่ในพื้นที่

การทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ บางครั้งเจ้าหน้าที่ไม่ใช่คนในพื้นที่ อายุยังน้อย และอาจไม่คุ้นชินกับบริบทวัฒนธรรมของพื้นที่ การปรึกษาผู้ใหญ่ในพื้นที่จึงมีความสำคัญมาก บุคคลต้นแบบผู้ได้รับรางวัล NHSO Award ปี 2557 ให้ข้อเสนอแนะว่า การค้นหาผู้มีจิตอาสาที่จะช่วยสนับสนุนทุนทรัพย์ แรงกาย แรงใจ เป็นความจำเป็นอย่างมากในการพัฒนางานบริการปฐมภูมิ หรือความสำเร็จในการทำกิน ฝ่าป่า เพื่อมาใช้พัฒนา เช่นเดียวกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่โครงการที่ประสบความสำเร็จหลายโครงการล้วนมาจากการได้รับคำปรึกษาและคำชี้แนะจากผู้ใหญ่ในพื้นที่ทั้งสิ้น ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่ได้ข้อมูลไปในทางเดียวกันคือ “รู้สึกว่าหมอเป็นลูกเป็นหลานของที่นี่ มีอะไรพอช่วยได้ก็อยากช่วย เพราะหมอก็ช่วยดูแลพวกเราทุกเรื่อง เดียวนี้อันตรายดีขึ้นเยอะ เพราะเราช่วยกันเกือบทุกอย่าง”

8. ชมเชยเมื่อทำดี

การให้คำชมเชยเมื่อทำดี และการใช้การสอนด้วยการค่อยๆ บอกกล่าวเมื่อทำผิด เป็นกลยุทธ์ในการเปลี่ยนแปลงคน บุคคลต้นแบบหลายคนเน้นว่ารางวัลสำหรับคนที่ทำงานร่วมกัน ไม่ต้องรอให้คนอื่นมาให้ ต้องเริ่มจากเรารู้จักให้ขวัญ กำลังใจ ยกย่อง ชมเชย เชิดชูกันเอง คนเราไม่ได้เก่งไปทุกอย่าง แต่เราสามารถที่จะพยายามทำให้ดีได้ในทุกวัน ต้องฝึกคิดบวก และพยายามยกย่องชมเชยกัน

9. ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม

การริเริ่มสร้างสรรค์นวัตกรรมการดูแลสุขภาพและเทคโนโลยีต่างๆ มาพัฒนางานบริการปฐมภูมิ เพื่อความรวดเร็วและลดต้นทุนอย่างเป็นรูปธรรม เป็นอีกกลยุทธ์หนึ่งที่หลายคนเลือกใช้ เช่น การปรึกษาแพทย์ โดยใช้ skype

การนัดประชุมปรึกษาผ่านทาง line ในหลายพื้นที่ การให้ความรู้ สอนสุขศึกษาโดยใช้ you tube การใช้วิทยุชุมชน คนรักสุขภาพ โดยให้ผู้พิการและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาช่วยจัดรายการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ หรือผลงาน Family Folder Collector บน smart phone เครื่องถ่ายภาพเท้าเบาหวาน หม้ออูดยุง กระຈก Selfie ตรวจแผลฝีเย็บ หรือตรวจเท้า และก้านตาลนวดเท้า ลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน

จากข้อมูลการถอดบทเรียนปัจจัยแห่งความสำเร็จของบุคคลต้นแบบที่ทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า ผู้บริหารระดับนโยบายควรส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานระดับปฐมภูมิได้กลับมาทำงานในถิ่นฐานบ้านเกิด หรือภูมิลำเนาเดิม เพราะจะทำให้มีต้นทุนทางสังคมสูง เข้าใจวัฒนธรรมและความเชื่อของท้องถิ่น ใส่ใจบริบทพื้นที่ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากในการสนับสนุนการทำงาน ทำให้ง่ายต่อการพัฒนางานสาธารณสุข และการไม่ย้ายบ่อย ทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งฝ่ายพัฒนาบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรส่งเสริมให้บุคลากรในระดับปฐมภูมิมีโอกาสศึกษาหรืออบรมเป็นระยะ สลับกับการทำงาน เพื่อให้บุคลากรมีโอกาสนำความรู้มาใช้ในการพัฒนางาน โดยหัวข้อในการอบรม นอกเหนือจากความรู้เชิงวิชาการตามนโยบายแล้ว ควรมีการพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนากระบวนการคิดวิเคราะห์ผ่านการทำวิจัยจากงานประจำ (R2R) ทักษะการใช้สื่อประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงในแต่ละยุคสมัย และสถาบันการศึกษา ควรมีกิจกรรมการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีจิตสำนึกสาธารณะ ฝึกทักษะการสื่อสาร การประสานงาน และการใช้เทคโนโลยีในการพัฒนางานสาธารณสุข รวมทั้งฝึกการทำงานร่วมกับชุมชน เพื่อเตรียมคนให้มีทักษะในการทำงานกับชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, กาญจนา ปัญญาธร, รุ่งนภา ประยูรศิริศักดิ์, นวลโย พิษชาติ, และอุษณีย์ หลอดเณร. (2557). การพัฒนารูปแบบ เลี้ยวโมเดล ในการตรวจประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามเกณฑ์ศักยภาพ On top payment. ใน *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติเรื่อง สหวิทยาการ: ความหลากหลายทางวัฒนธรรมสู่ประชาคมอาเซียน (Multidisciplinary on cultural diversity towards the ASEAN community)*. วันที่ 17-18 กรกฎาคม 2557 ณ โรงแรมธรรมรินทร์ธนา จังหวัดตรัง.
- กาญจนา ปัญญาธร, กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, เพชรทองแผ่, และอุษณีย์ หลอดเณร. (2557). *คุณลักษณะของบุคคลอันทรงคุณค่าในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขต 8 อุตรธานี* (รายงานผลการวิจัย). วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี.
- เพ็ญศรี ทองเพชร, นวีวรรณ ศรีดาวเรือง, วณิดา ศรีพรหมยา, กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, ปรีดา แด่อารักษ์, และอุษณีย์ หลอดเณร. (2558). การพัฒนากระบวนการสรรหา แบบ 360 องศา เพื่อพัฒนาบุคคลและหน่วยบริการปฐมภูมิทรงคุณค่า เขตอีสานตอนบน ปี 2558. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา*, 16(2), 23-38.
- ฤทัยรัตน์ จิตมงคล, และคณะ. (2555). *ถอดบทเรียนบุคคลหน่วยบริการปฐมภูมิที่ทรงคุณค่าต่อระบบหลักประกันสุขภาพ 2552-2554*. อุตรธานี: กิตติการพิมพ์.
- สำนักวิจัยเพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2552). *ระบบบริการปฐมภูมิ*. สืบค้น วันที่ 10 ธันวาคม 2558, จาก <http://www.hisro.or.th/main/?name=knowledge&file=readknowledge&id=18>

- สุชาติพิทย์ กุลศรี. (2558). เสริมพลัง สร้างเครือข่ายดูแลคนพิการ. ใน ชลการ ทรงศรี (บ.ก.). *NHSO Award 2015: บุคคลและหน่วยบริการปฐมภูมิที่ทรงคุณค่า ต่อระบบหลักประกันสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี*. หน้า 22-26. อุดรธานี: ศักดิ์ศรีอักษรการพิมพ์.
- อุษณีย์ หลอดเณร. (2558). แนวคิดการสรรหาบุคคลและหน่วยบริการปฐมภูมิที่ทรงคุณค่าต่อระบบหลักประกันสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี. ใน ชลการ ทรงศรี (บ.ก.). *NHSO Award 2015: บุคคลและหน่วยบริการปฐมภูมิที่ทรงคุณค่า ต่อระบบหลักประกันสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี*. หน้า 8-10. อุดรธานี: ศักดิ์ศรีอักษรการพิมพ์.
- Bass, B. M. (1999). Two decades of research and development in transformational leadership. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8(1), 9-32.
- De Maeseneer, J., Willems, S., De Sutter, A., Van de Geuchte, I., & Billings, M. (2007). *Primary health care as a strategy for achieving equitable care: A literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network*. Retrieved December 21, 2015, from http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/primary_health_care_2007_en.pdf
- World Health Organization. (2008). *The World Health Report 2008 - Primary Health Care (Now More Than Ever)*. Retrieved December 11, 2015, from <http://www.who.int/whr/2008/en/>
-

ความหวัง

อภิสร่า ทาเสม็ด *

Apisara Tasamet *

สุภาวดี สีเพือก *

Supawadee Seepuak *

“พ่อจ๋า...พ่อเหนื่อยบ้างไหม หลายปีผ่านไป พ่อยังทำงานตรากตรำ เพราะหนูใช้ไหม...ถึงยอมอดทน ไม่บ่นสักคำ ลูกคนนี้จะเชื่อฟังคำ ทำให้ภูมิใจ”

เสียงเพลงที่แว่วมา ย้อนให้นึกถึงวันที่ฉันได้ตัดสินใจที่จะก้าวเข้ามาในสถาบันแห่งนี้ ไม่ใช่ทุกคนในครอบครัวหรือที่ยอมรับการตัดสินใจของฉัน หลายคนคัดค้านพร้อมกับเหตุผลที่ว่า “งานที่เหนื่อยแสนเหนื่อยนั้น เราจะทนได้ແหรือ?” “งานที่ยากลำบากขนาดนั้น เราจะทำไ้หรือเปล่า?” “ยังมีที่อื่นที่เหมาะสมกับความสามารถของเราอยู่นะ ที่ที่เราสามารถเป็นตัวเองได้อย่างเต็มที่ จะไม่เปลี่ยนใจແหรือ?” ฉันเองก็เคยตั้งคำถามนี้กับตัวเองหลายต่อหลายครั้งว่า “มันจะเหมาะกับเราจริง ๆ หรือ เราจะทำไหวແหรือเปล่า” หลายครั้งที่ฉันกลัวว่าเรียนแล้วจะเหนื่อย งานจะหนัก กลัวที่จะต้องลำบาก แต่ทุก ๆ ครั้ง ภาพของพ่อและแม่ก็จะลอยเข้ามาในความคิดของฉันเสมอ ภาพที่ท่านทั้งสองคนต้องทำงานอย่างหนักเพื่อส่งลูกสาวคนโตให้ได้เข้าเรียน เวลาผ่านไป ปีแล้วปีเล่า จนมาถึงตอนนี้...เพียงแค่วะเวลาอีกไม่กี่ปี ที่ลูกคนนี้จะสามารถดูแลตัวเองและครอบครัว สามารถที่จะเป็นความหวังและความภาคภูมิใจให้กับครอบครัวได้ ฉันจึงคิดว่า ในเมื่อฉันมีสิทธิ์เลือกสิ่งที่ดีที่สุดให้กับตัวเอง ทำไมฉันถึงไม่เลือกในสิ่งที่จะช่วยทำให้พ่อและแม่สบายมากขึ้นละ แม้ว่าสิ่งนั้นจะยากลำบากสักเพียงไหน แต่ผลของความพยายามนั้น มันก็คุ้มค่าเหลือเกินไม่ใช่หรือ “เอาละ...เ็นยังงั้นกัน ฉันจะพยายามให้ถึงที่สุด และต้องอดทนให้ได้ จนกว่าจะถึงวันที่พ่อกับแม่นั้นสุขสบาย”

ชีวิตในรั้ววิทยาลัยนั้นไม่ง่ายเลย สถานที่ใหม่ เพื่อนใหม่ การเรียนแบบใหม่ ทุก ๆ อย่างที่ฉันได้เจอ ทำให้ฉันต้องเริ่มเรียนรู้ที่จะปรับตัวทั้งสิ้น สังคมที่ใหญ่ขึ้น...แน่นอนว่าความขัดแย้งก็ต้องมากขึ้น แต่สิ่งที่ยากที่สุดกลับไม่ใช่เรื่องการเรียน แต่เป็นเรื่องของการใช้ชีวิตและการอยู่ร่วมกันกับคนหมู่มาก ในสังคมแห่งนี้จะขัดเกลาบุคคลด้วยบุคคล เป็นการสอนให้รู้จักรู้ผิด เป็นการเปลี่ยนวิถีชีวิตของนักเรียนมัธยมปลายให้กลายเป็นนักศึกษาพยาบาลอย่างเต็มตัว กติกาการอยู่ร่วมกันที่มีมากมาย กฎระเบียบที่แสนจะเคร่งครัด หลายคนอาจมองไม่เห็นข้อดีของสิ่งเหล่านี้ แต่ฉันกลับมองเห็นสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นในความน่าอึดอัดนี้ ความมีระเบียบที่เพิ่มขึ้นของตัวเองจนพ่อ-แม่ออกปากชม การอดทนต่อสิ่งต่าง ๆ ได้มากขึ้น ลดการใช้อารมณ์ทุก ๆ สิ่ง การเรียนรู้ที่ทำให้เกิดการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ข้อดีทั้งหมดนี้เกิดขึ้นจริงกับตัวของฉันเอง แม้มันอาจแลกมาด้วยความรู้สึกอึดอัด แต่ฉันก็ยังเชื่อว่าสักวัน ฉันจะได้รับสิ่งตอบแทนที่มีค่าจากความน่าอึดอัดนี้อย่างแน่นอน ที่นี่สอนให้เราทุกคนรักกันแบบพี่น้อง ให้เกียรติและเคารพซึ่งกันและกัน แม้จะไม่ได้แสดงออกมากนัก แต่ฉันก็รับรู้ได้ว่าเมื่อใดที่ฉันมีปัญหาหนักใจ อาจารย์ รุ่นพี่ และน้อง ๆ ก็พร้อมที่จะยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือและช่วยแก้ปัญหาอย่างแน่นอน ซึ่งความสัมพันธ์ที่แนบแน่นนี้ แน่แน่นอนว่า มันย่อมเป็นความสัมพันธ์ที่ยาวนานพอ ๆ กับการก่อกำเนิดสถาบันแห่งนี้มา และมันก็จะเป็ความสัมพันธ์ที่ดี และเป็นมิตรภาพที่ควรค่าแก่การจดจำตลอดไป

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

แม้ว่าการเรียนระดับปริญญาตรีที่วิทยาลัยแห่งนี้จะไม่ใช่งานแรกของการศึกษา แต่มันคือก้าวแรกในการเรียนรู้สำหรับการเป็นพยาบาลอย่างเต็มรูปแบบ และเป็นเส้นทางที่จะพาฉันไปสู่ความสำเร็จ การเรียนภาคทฤษฎีที่หนักอึ้งบวกกับการฝึกปฏิบัติอันแสนหฤโหด ทุกๆ อย่างที่ถูกรวมไว้ในระยะเวลาเพียงแค่ 4 ปี นับเป็นประสบการณ์ที่ทำทนายเหลือเกิน คำพูดนำฉันที่ฉันเคยได้ยินมาว่า “พยาบาลต้องทำได้ทุกอย่าง” เห็นทีจะไม่ใช่ว่าเรื่องล้อเล่นซะแล้ว แต่อาจเป็นเรื่องจำขันที่บาดใจคนฟังอย่างเราๆ ก็เป็นไปได้ เมื่อใดที่รู้สึกเหนื่อยและท้อ ฉันก็โทรไปบอกกำลังใจจากพ่อและแม่ คำพูดที่ได้ยินอยู่บ่อยครั้งคือ “ไหวไหมลูก...อดทนอีกนิดนะ” ฉันยอมรับว่าหลายครั้งที่อยากจะร้องไห้ออกมาแล้วบอกท่านว่า “หนูไม่ไหวแล้ว...มันยากเหลือเกิน” แต่อีกใจหนึ่งก็คอยย้ำเตือนตัวเองอยู่เสมอว่าอย่าทำให้ท่านไม่สบายใจและเหนื่อยมากไปกว่านี้เลย “หากวันนี้เรายังคง

มีแรงก็จงสู้ต่อไปให้ถึงที่สุด” คิดถึงความสำเร็จในวันข้างหน้า และคิดถึงหน้าพ่อกับแม่เอาไว้ ฉันจึงมีกำลังใจ และพร้อมที่จะก้าวเดินต่อไปบนเส้นทางแห่งวิชาชีพนี้

แน่นอนว่าความเหนื่อยยากทุกอย่างที่ฉันพบเจออยู่ในตอนนี้ อาจเป็นแค่เพียงจุดเริ่มต้นเท่านั้น ยังคงเหลือเวลาอีกมากมายที่จะขัดเกลาให้ฉันเป็นพยาบาลที่ดีและเป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์แบบมากยิ่งขึ้น วันเวลาที่ผ่านไปในทุกๆ วันเรื่องราวที่ฉันได้เรียนรู้และพบเจอ ประสบการณ์ที่ได้จากการปฏิบัติ สิ่งเหล่านี้จะช่วยหล่อหลอมให้ฉันเป็นคนเต็มคน มีความอดทนอดกลั้น เรียนรู้ที่จะช่วยเหลือผู้อื่น รู้จักที่จะเสียสละ และเห็นคุณค่าของทุกชีวิต หากวันใดที่ฉันประสบความสำเร็จในฐานะบัณฑิตมาถึง วันนั้น ฉันคงจะยิ้มได้อย่างสุขใจ เพราะในที่สุด ความพยายามนั้นก็สำเร็จผล และคงจะพูดได้อย่างเต็มปากว่า “วันนี้...หนูนำความหวังของพ่อกับแม่มาส่งจนถึงฝั่งแล้วนะ”

คำแนะนำ การส่งเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

กองบรรณาธิการมีความยินดีที่จะรับรายงานการวิจัยและบทความต่าง ๆ จากทุกท่านเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ รวมทั้งการพิจารณาเรื่องที่จะลงตีพิมพ์ เพื่อความสะดวกในการพิจารณา จึงขอแนะนำการเขียนและการเตรียมต้นฉบับ ดังนี้

สาขาของเรื่องที่ได้รับลงตีพิมพ์

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 นามสกุลผู้แต่ง (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 นามสกุลผู้แต่ง (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 จิตดิวัฒน์พงศ์. (2551). ความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อการจัดบริการแบบ one stop service ในคลินิกยาด่านไวรัส 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). *ความฉลาดทางอารมณ์กับระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล
ชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต).
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รุ่งนภา เพียวชะอ่ำ. (2552). *ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา
ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ* (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

