



วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้
The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ผ่านการรับรองคุณภาพ TCI กลุ่มที่ ๑

ISSN 2408 – 1051 (Print)

ISSN 2651 – 2270 (Online)

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้
The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2562

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการของคณะอาจารย์ บุคลากร เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ (SC-Net) ในด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการ ของบุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงานในศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนศิษย์เก่า และผู้สนใจ ในด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการทั้งในเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ และสถาบันวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
4. เพื่อตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้และการเผยแพร่ผลงานวิชาการ และงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุข ในเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ (SC-Net)

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

64 ถนนรามวิถี ตำบลบ่อยาง

อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000

โทร. 0-7431-1830-1 ต่อ 324 โทรสาร 0-7431-2562

<http://bcnsk.ac.th> E-mail: sc.net.journal@gmail.com

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2562

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ	ที่ปรึกษาสถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน
นายแพทย์สมชาย ธรรมสารโสภณ	ศาสตราจารย์ ดร.พันธุ์ทิพย์ รามสูตร	มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ ดร.ศุภพร เพชรเรียง	ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ขำชัย	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
อาจารย์สุทัศน์ เหมทานนท์	รองศาสตราจารย์ ดร.กุหลาบ รัตนสังธรรม	ประธานกรรมการหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
อาจารย์นิมิตศุรา แว		มหาวิทยาลัยบูรพา
อาจารย์เพ็ญศรี ทองเพชร	รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา จรจิตร	สำนักโครงการปริญญาเอก มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ประไพพิศ สิงห์เสม	รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ไพบุลย์ ขาวสวนศรีเจริญ	รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ อารีเอื้อ	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
อาจารย์สุนทร ปราบเขต		โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
	รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	รองศาสตราจารย์ ดร.สุรชาติ ณ หนองคาย	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	รองศาสตราจารย์ ดร.โยธิน แสงดี	สถาบันวิจัยประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล
	รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
	รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงษ์เทพ สุธีรวิทย์	สถาบันการจัดการสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พูนสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธุ์	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
		โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
บรรณาธิการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทญ.ดร.อรุณวรรณ หล้าอุบล	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
อาจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล สิงห์ตง	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	อาจารย์ ดร.อาจันต์ สงทับ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
	อาจารย์ ดร.นภชา สิงห์วีธรรม	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	Mr.Patrick Wauters	English Language Editor
อาจารย์ปฐมามาต โชติบัณฑิต	อาจารย์ ดร.อดิญาณ์ ศรีเกษตริณ	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	อาจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
	อาจารย์ ดร.รัถยานิก พลศักดิ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
กองจัดการ	อาจารย์ ดร.รจนา วิริยะสมบัติ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
นางสาวกมลวรรณ จันทรเพท	อาจารย์ ดร.ณัฐ วอลเตอร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	อาจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
นายจักรกฤษณ์ ศรีวรรณ	อาจารย์ ดร.ปริญญ ชัยกองเกียรติ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	อาจารย์ ดร.ปาริฉัตร อุทัยพันธ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
	กำหนดออก	
	ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้	
	ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน	
	ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม	
	ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม	
	เจ้าของ	
	เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้	

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2 ท่าน ต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ที่เป็นวาระกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข ภาคใต้ (The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health: SCNJ) ในฉบับนี้เป็นวารสารปีที่ 6 ฉบับที่ 3 ในปีนี้วารสารฯ จะมีฉบับพิเศษจำนวน 1 ฉบับ หลังจากวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข ภาคใต้ อยู่ในฐาน TCI (Thai Journal Citation Index-TCI) กลุ่มที่ 1 จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2562 ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2563 ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (ศูนย์ TCI) จะมีการประเมินคุณภาพวารสารรอบที่ 4 ในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งในการประเมินคุณภาพครั้งนี้ ทวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI จะต้องได้รับการประเมินคุณภาพใหม่อีกครั้ง เพื่อการรับรองคุณภาพวารสารเป็นระยะเวลา 5 ปี คือ ในวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ทางวารสารจึงได้มีการวางแผนและดำเนินการพัฒนาวารสารตามแนวปฏิบัติของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย เพื่อควบคุมคุณภาพของวารสารให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

สำหรับวารสารฉบับนี้ ทางกองบรรณาธิการวารสารฯ ได้รวบรวมบทความทั้งสิ้น 21 บทความ เป็นบทความวิจัย 10 บทความ และบทความวิชาการ 11 บทความ ซึ่งมีเนื้อหาที่เกี่ยวกับการแพทย์ การสาธารณสุข การศึกษาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ การปฏิบัติพยาบาลทั้งบนหอผู้ป่วย และชุมชนจากผู้นิพนธ์หลากหลายสาขาที่มีความเชี่ยวชาญ มีประสบการณ์ ตลอดจนนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา ทุกบทความทั้งที่เป็นบทความวิจัยและบทความวิชาการได้รับตรวจพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญอย่างเข้มข้น และมีการตรวจสอบติดตามการแก้บทความหลังจากผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอย่างละเอียด เพื่อคุณภาพของวารสาร สำหรับฉบับนี้มีบทความที่ปฏิเสธการตีพิมพ์ 3 บทความ ทางกองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข ภาคใต้ (The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health: SCNJ) จะเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาทักษะทางวิชาการ และวิชาชีพของบุคลากรสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตลอดจนสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อันจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และสาขาที่เกี่ยวข้องต่อไป

ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ

บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิจัย :

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ.....1

Development of a Community Participatory Pharmaceutical Care Model for Diabetic Patients in Buengkan Province

สิริวิชัย พันธนา, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, สุรีย์ จันทรมโนลี, สุธรรม นันทมงคลชัย

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา: กรณีศึกษาชุมชนผังเมือง 4.....14

Depression among Elderly in Yala City: a Case Study

อัญชลี พงศ์เกษตร, ชุชัยลา สะมะแอ, กมลวรรณ วนิชชานนท์, กรกฎ พงศ์เกษตร, ศุภฤกษ์ วิทยกุล

การพัฒนารูปแบบการสอนด้วยวิธีที่หลากหลาย (Didactic Teaching) โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้ VARK ต่อทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน.....27

The Development of an Instructional Model Based on Didactic Teaching by using VARK Learning Styles on Analytical Thinking on Public Health Program in Community Health
นภชา สิงห์วีระธรรม

สมรรถนะและการปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวาของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการระดับปฐมภูมิ พื้นที่ภาคใต้.....41

Health Promotion Competency and Practice among Nurses in Primary Care Services, Southern Region of Thailand

ญนัท วอลเตอร์, วรรัตน์ ทิพย์รัตน์

การพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของสื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชันในการพยาบาลมารดาหลังคลอด สำหรับนักศึกษาพยาบาล.....53

Improving Postpartum Care Practices in Nursing Students: the Development and Validation of a Mobile Application as an Instructional Media

น้ำฝน ไททองวงศ์กร, ปรานทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, รัชนี ชุนเกาะ

การประเมินระดับไขมันในเลือด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตรา TC/HDL-C ของผู้มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในอำเภอเมือง จังหวัดตรัง.....69

Lipid Profile Test and Factors Associated with TC/HDL-C Ratio among Dyslipidemia Population in Muang District, Trang Province

กุลนาถ มากบุญ, จิตติมา ภู่วลเพียร, นงนารถ สุขลิ้ม

ประสบการณ์ของหญิงไทยในเขตภาคเหนือที่เป็นมะเร็งเต้านมในการรับการรักษาจากผู้ให้บริการสุขภาพ.....82

Experience of Thai Women Living with Breast Cancer in Receiving Treatment from Health Care Providers in the Northern Part of Thailand

ศศิธร ชิดนาย, ภราดร ล้อธรรมมา, วราภรณ์ ยศทวี, นัยนา แก้วคง และวิภา ประสิทธิ์โชค

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในผู้จะเป็นบิดาที่มี
ภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง.....95

Expectant Fathers Having Wives with High-Risk Pregnancy: Father Involvement, Anxiety, and Social Support

ธิดารัตน์ สิงห์ศรี, นันทพร แสนศิริพันธ์, ฉวี เบาทรวง

ตัวแบบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุข.....107

A Care Model for Older Adults with Chronic Disease among Village Health Volunteers

รศ.ยานกิต รัชตะวรรณ, เบญจวรรณ ฌนอมชยธวัช, กาญจนานัฐ ทองเมืองชัยเทพ, ศิริมา วงศ์แหลมทอง

ประสิทธิผลของโปรแกรม CHIRP FAST ต่อความรู้ การรับรู้ ความคาดหวัง และพฤติกรรม
การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....121

The Effectiveness of CHIRP FAST Program on Knowledge, Perception, Efficacy and Protective Behavior of Cerebrovascular Disease in Village Health Volunteers

พรพิมล อมรวาทีน, บุบผา รักษานาม, นงนารถ สุขลิ้ม, สุขุมารณ์ ศรีวิศิษฐ์

บทความวิชาการ :

ความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์.....133

Stress among Women with Gestational Diabetes and Nurse-Midwife Role

กัญฐพร พงษ์แพทย์, ดวงหทัย ศรีสุจริต, เนตรนภิก จินดากร

จิตตปัญญาศึกษา: กิจกรรมและการประเมินการเรียนรู้สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต.....145

Learning Activities and Assessment Based on the Contemplative Education Philosophy

กรศศิริ ชิตดี, ศิริพันธ์ ศิริพันธ์, กรรณิกา เกตุนิล, มุสลิมห์ โต๊ะแปเราะ, นันทา กาเลีย

ประสบการณ์: การเจรจาต่อรองและการจัดการความขัดแย้ง เพื่อลดความขัดแย้งในระบบการ
ให้บริการสุขภาพและสาธารณสุข.....158

Negotiation and Conflict Management in the Thai Public Health System

อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ

ความท้าทายในการกำกับกินยาแบบมีพี่เลี้ยงของผู้ป่วยโรคในชุมชน.....165

The Challenges in the Practice of Directly Observed Therapy in a Local Community

จิราภรณ์ ชูวงศ์, จิณัฐตา ศุภศรี, ดวงใจ สวัสดิ์

ปรัชญาประสบการณ์นิยม และการพัฒนาสู่การจัดการศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21.....175

Experimentalism and the Improvement of Nursing Education in the 21st Century

นภาพร ดำแสงสวัสดิ์, พชร รัตนพงษ์, สุธาสินี เจียประเสริฐ

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง: ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมกระตุ้นประสาทรับรู้
ระยะแรก.....188

Recovery from Traumatic Brain Injury: The Effects of Early Multimodal Sensory Stimulation

อุราภรณ์ เขยกาญจน์, ศุภิสรา สุวรรณชาติ

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิชาการ :

ความอ่อนน้อมต่อวัฒนธรรม: การเรียนรู้เพื่อเข้าใจวิถีวัฒนธรรมสุขภาพของผู้รับบริการ.....	202
<i>Cultural Humility: Learning for Understanding the Cultural Health Practices of Clients</i>	
วิไล อุดมพิทยาสรรพ์, นุรชาฮิดา เจ๊ะมามะ, ถาวร ล่อกา, รัชนิดา เขียนโพธิ์	
อาสาสมัครสาธารณสุขผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการในชุมชน: บทบาทที่ท้าทาย.....	211
<i>The Village Health Volunteers (VHV) in a Case Management Role for Disabled People in Community</i>	
พิมพ์วรรณ เรืองพุทธ, วรรณญา จิตรบรรทัด	
การให้คุณค่าเชิงวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลกับการก้าวสู่วิชาชีพ.....	221
<i>Professional Values of Nursing Students and Entering into a Profession</i>	
ชุติมา เฟิงใหญ่, ดวงพร ชุมประเสริฐ, ศรัวิวัฒนา เพ็ชรรัตน์	
การประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ในงานสาธารณสุข.....	229
<i>The Use of Geographic Information Systems (GIS) in Public Health</i>	
พุทธจักร ช่วยราย, อาจินต์ สงทับ	
ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง.....	237
<i>Depression: an Important Mental Health Problem among Elderly with Hypertension</i>	
อรทัย แก้วมหากาฬ, ดารารัตน์ อยู่เจริญ	



การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ Development of a Community Participatory Pharmaceutical Care Model for Diabetic Patients in Buengkan Province

สิริวิชญ์ พันธนา^{1*}, ประภาเพ็ญ สุวรรณ², สุรีย์ จันทรโมลี² และสุธรรม นันทมวงคชัย³

Sirawich Phanthana^{1*}, Prapapen Suwan², Suree Jantharamolee² and
Sutham Nanthamongkolchai³

โรงพยาบาลบึงกาฬ^{1*}, มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น², มหาวิทยาลัยมหิดล³
Buengkan Hospital^{1*}, Western University², Mahidol University³

(Received: October 22, 2018; Revised: July 22, 2019; Accepted: July 22, 2019)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ คือระยะที่ 1 การวินิจฉัยปัญหาและความต้องการรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยและญาติ จำนวน 86 คน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ โดยตัวแทนกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและญาติ บุคลากรสาธารณสุขในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนกลุ่มละ 15 คน และการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระยะที่ 3 การประเมินผลจากการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 86 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติ Paired t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาผลการวิจัยพบว่า

1. ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ การลืมรับประทานยาและรับประทานยาที่ได้รับไม่ต่อเนื่อง และมีความต้องการแก้ปัญหากลั่นแกล้งของผู้ป่วย

2. รูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการวินิจฉัยปัญหา ขั้นตอนการวางแผนการบริบาลทางเภสัชกรรมขั้นตอนการบริบาลทางเภสัชกรรม ขั้นตอนการสรุปประเมินผลรูปแบบ

3. หลังการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ด้านความพึงพอใจผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และ อสม. มีความพึงพอใจด้านนวัตกรรมมากที่สุด ร้อยละ 86.10, 86.70 และ 86.70 ตามลำดับ

ดังนั้นหน่วยงานในพื้นที่ควรนำรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน, การบริบาลทางเภสัชกรรม, การใช้ยาโรคเบาหวาน, ปัญหาการใช้ยา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: medicineboy@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-9238338)

Abstract

The aim of this research and development (R&D) was to develop a community-based pharmaceutical care model for diabetic patients in Mueang Bueng Kan district of Bung Kan province. Research was divided into 3 phases. Phase 1 was to diagnose the problem and evaluate the need of pharmaceutical care by community, as well as to study the cases of 86 diabetic patients and relatives. Phase 2 consisted in the development of a model for a representative group of 15 diabetic patients and relatives, 15 public health volunteers and 15 village health volunteers, and then to apply its trial advance to the 86 diabetic participants. Phase 3 was the execution of the model, then to collect data by questionnaire and evaluation of the way to solve the problems of medicine in diabetic patients, in cooperation with the public health personnel in community and volunteers. Study took place from the 8th of February to the 15th of June 2017. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation. Pearson Chi-square correlation coefficient and the statistic Paired t-test were applied for data quality analysis. Results revealed as follows.

1. Diabetic patients forgot to take medicine and did not take medicine as indicated on medicine label.
2. The community participatory pharmaceutical care model for diabetic patients was successful for problem diagnosis, planning of pharmaceutical care, operation of pharmaceutical care as well as summary and evaluation.
3. After the plan of activities was pretested, it was found that the sample had significantly higher levels of knowledge and appropriate behaviors of using diabetes medicines, including lower blood sugar level.

Thus health organizations in provincial areas should apply this community participatory pharmaceutical care model with their diabetic patients continuously.

Keyword: Diabetes, Pharmaceutical Care, Taking Diabetes Medication, Drug Problems

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการตายก่อนวัยอันควร จากภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ตา ไต หัวใจและหลอดเลือดสมอง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (ADA, 2016) จากข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เพิ่มมากขึ้นนั้น บุคลากรทางการแพทย์ได้ตื่นตัวและเล็งเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยเฉพาะแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลของรัฐและในระดับปฐมภูมิ (Patama, 2008) มีการสำรวจข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานปฏิบัติตัวใช้ยาไม่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และเกิดปัญหาต่อสุขภาพของผู้ป่วย (Health Systems Research Institute, 2017)

การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง รวมถึงการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับภาวะโรค ทีมหมอครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และญาติควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำการใช้ยาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย (Suwara, 2005) ซึ่งในประเด็นการศึกษาด้านการบริหารทางเภสัชกรรมที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมโดยตรงยังไม่มีมาก่อน

อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ มีอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2558 – 2559

จำนวน 2032 คน และ 2147 คน ตามลำดับ (Buengkan Hospital, 2016) พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี และจากข้อมูลดังกล่าว พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าไม่ถูกต้องและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จากการรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา โรงพยาบาลบึงกาฬ ในปี พ.ศ. 2559 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าไม่ถูกต้องตามฉลากยา ร้อยละ 33.16 ผู้ป่วยหยุดใช้ยาที่แพทย์สั่ง ร้อยละ 19.67 (Buengkan Hospital, 2016) จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่ของการไม่ได้ใช้ยาที่รับกลับไปคือ ผู้ป่วยไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยา ผู้ป่วยปรับวิธีใช้ยาเอง จะเห็นว่าผู้ป่วยเหล่านี้ยังต้องการรูปแบบและแนวทางในการดูแลด้านการใช้ยาที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย จากข้อมูลดังกล่าวทำให้เห็นปัญหาในการบริหารทางเภสัชกรรม คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนแบบเดิม บุคลากรสาธารณสุข อสม. และญาติ ยังไม่มีแนวทางสำหรับการดูแลด้านการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Buengkan Hospital, 2016) ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน อสม. และญาติผู้ป่วย ควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการให้คำแนะนำการใช้ยา และการปฏิบัติที่เหมาะสมกับภาวะโรคของผู้ป่วย

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ โดยการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และการปฏิบัติในการใช้ยารักษาโรคเบาหวานอย่างถูกต้อง เหมาะสมกับภาวะโรค ให้กับ บุคลากรสาธารณสุขในชุมชน อสม. ญาติผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคเบาหวาน มุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยา แก้ปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้อง ป้องกันปัญหาจากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้น และเพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน รวมถึงการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อวินิจฉัยปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความต้องการรูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

กรอบแนวคิดวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) และแนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารจัดการทางเภสัชกรรม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน มาพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการพัฒนาเป็นรูปแบบของการดูแลผู้ป่วยด้านการใช้ยา มีการจัดอบรม และมีการพัฒนาเป็นแอปพลิเคชัน “หมอยา” เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าได้ถูกต้องมากขึ้น การประเมินผลรูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานจากการเปลี่ยนแปลง ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการรักษาโรคเบาหวาน การปฏิบัติในการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน ผลการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความพึงพอใจของชุมชนต่อกิจกรรมต่าง ๆ ที่ดำเนินการ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (R&D) โดยดำเนินการในช่วงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 ถึง 15 มิถุนายน พ.ศ. 2560 กระบวนการศึกษาวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การวินิจฉัยปัญหาและความต้องการรูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตอำเภอเมืองบึงกาฬ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 110 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือตัวแทนผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตอำเภอเมืองบึงกาฬ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยใช้การคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามตารางของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 86 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น และดัดแปลงจากการทบทวนวรรณกรรม มีเนื้อหาที่ครอบคลุมตัวแปรที่ต้องการศึกษา มี 3 ชุด คือ

ชุดที่ 1 สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและญาติ แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ อาชีพ สถานภาพ ระดับการศึกษา ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด และระยะเวลาที่ญาติดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการรักษาโรคเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกต้อง ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประเมินการปฏิบัติที่เหมาะสมในการใช้ยาโรคเบาหวาน และการใช้ยา จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 2 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน และส่วนที่ 4 เป็นแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน

ชุดที่ 2 สำหรับบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน แบ่งเป็น 2 ส่วน คือส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในชุมชน จำนวน 7 ข้อ และส่วนที่ 2 แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และแนวทางการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน

ชุดที่ 3 สำหรับอสม. แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานอสม. จำนวน 7 ข้อ และส่วนที่ 2 แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และแนวทางการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยทำการออกแบบเครื่องมือสำหรับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และนำเครื่องมือไปหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ จำนวน 5 ท่าน เป็นผู้พิจารณาความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ตรวจสอบทางด้านคุณภาพของรายละเอียดในประเด็นต่าง ๆ ของกิจกรรม ได้ค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00 แล้วจึงนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้มีความถูกต้องและชัดเจนของเนื้อหา และความเหมาะสมของเครื่องมือได้ค่าความตรงของเนื้อหาด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการรักษาโรคเบาหวาน เท่ากับ 1 และด้านการปฏิบัติในการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.947

ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยการนำไปทดลองสอบถามกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ทำการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการรักษาโรคเบาหวาน โดยใช้วิธีการของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder, & Richardson, 1937) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ

0.769 และทำการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้านการปฏิบัติในการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach, 1970) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.868

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแนวทางที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากตัวแทนผู้ป่วยโรคเบาหวานและญาติ ตัวแทนบุคลากรสาธารณสุข และตัวแทนอส. โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้กับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลทั่วไปนำเสนอด้วยสถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวน การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าต่ำสุด-สูงสุด

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยใช้วิธีการจับประเด็น จัดกลุ่มข้อมูลหมวดหมู่ของข้อมูล วิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างกลุ่มข้อมูล และวิเคราะห์สรุปประเด็น (Thematically Analysis)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ และการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้

การพัฒนารูปแบบฯ และการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนารูปแบบฯ โดยใช้ข้อมูลจากการวินิจฉัยปัญหาและความต้องการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากระยะที่ 1 มาร่วมกับการใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) และใช้ฟังก์ชันของแอปพลิเคชัน “หมอยา” ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นบนระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์และไอโอเอส เพื่อใช้เตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ตรงตามเวลา โดยแอปพลิเคชันจะมีเสียงและข้อความเตือนบนโทรศัพท์เคลื่อนที่ของผู้ป่วย และแอปพลิเคชันยังให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสำหรับการรักษาโรคเบาหวานแก่ผู้ใช้งานด้วย ในการพัฒนารูปแบบฯ มีทั้งหมด 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาแผนกิจกรรม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแผนกิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กิจกรรมที่ 2 การนำแผนกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นไปใช้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อทดลองใช้แผนกิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่พัฒนาขึ้น

จากนั้นให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ได้แก่ กลุ่มตัวแทนผู้ป่วยและญาติ กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน และกลุ่มอส. จำนวนกลุ่มละ 15 คน มาสนทนาในกลุ่มเพื่อพิจารณาความเหมาะสมของ Application ดังกล่าวก่อนนำไปทดลองใช้

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้น

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตอำเภอเมืองบึงกาฬ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 110 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตอำเภอเมืองบึงกาฬ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 86 คน คัดเลือกแบบเจาะจงโดยกำหนดคุณสมบัติ คือเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตอำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตัวแทนบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน จำนวน 15 คน และอส. จำนวน 15 คน โดยคัดเลือกจากแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายบริการสุขภาพเขตอำเภอเมืองบึงกาฬ ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 15 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วยขั้นตอนที่ 2 การวางแผนการบริหารทางเภสัช

กรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการ AIC ประกอบด้วยกระบวนการในโรงพยาบาล และ กระบวนการติดตามและดูแลผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนขั้นตอนที่ 3 การบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและขั้นตอนที่ 4 การสรุปและประเมินผลรูปแบบฯ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยชุดคำถาม 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและญาติ แบ่งเป็น 3 ส่วน คือส่วนที่ 1 แบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการรักษาโรคเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อประเมินการปฏิบัติที่เหมาะสมในการใช้ยาโรคเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ และส่วนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้ 5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด ถึง 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

ชุดที่ 2 สำหรับบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน แบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจต่อแผนกิจกรรมที่ดำเนินการในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้ 5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด ถึง 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

ชุดที่ 3 สำหรับอสม. แบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจต่อแผนกิจกรรมที่ดำเนินการในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้ 5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด ถึง 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้กับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการรักษาโรคเบาหวาน การปฏิบัติในการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน ผลการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดจากตัวแทนผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ จากนั้นให้คำแนะนำข้อมูลด้านยาตามแผนของการบริหารทางเภสัชกรรมแนวทางที่พัฒนาขึ้น และติดตั้งแอปพลิเคชัน “หมอยา” ให้ผู้ป่วย จากนั้นหลังการทดลอง 1 เดือน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการรักษาโรคเบาหวาน การปฏิบัติในการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน ผลการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดจากตัวแทนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายเดิมที่ได้เก็บข้อมูลไว้ก่อน และเก็บข้อมูลตามแบบประเมินความพึงพอใจของชุมชนต่อกิจกรรมต่าง ๆ ที่ดำเนินการ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลทั่วไปนำเสนอด้วยสถิติพื้นฐานได้แก่จำนวน การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) สำหรับเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานด้านยา ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯด้วยสถิติทดสอบที (Paired t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยใช้วิธีการจับประเด็น จัดกลุ่มข้อมูลหมวดหมู่ของข้อมูล วิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างกลุ่มข้อมูล และวิเคราะห์สรุปประเด็น (Thematically Analysis)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการควบคุมด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ WTU 2560-0018 เมื่อ วันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560

ผลการวิจัย

1. การวินิจฉัยปัญหาและความต้องการรูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

กลุ่มผู้ป่วยและญาติ

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานและญาติ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานและญาติส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.6 และมีอายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 43.02 เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000 - 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 48.84 กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 27.91 ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 50 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 74.42 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ทำการศึกษาคือผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด <140 mg% ร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย 1-3 ปี มากที่สุด ร้อยละ 64.00

ความรู้และการปฏิบัติในการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน

ผลการศึกษาด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการรักษาโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการรักษาโรคเบาหวาน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 45.30 รองลงมาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 34.90 และอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 19.80 ตามลำดับ สำหรับการปฏิบัติในการใช้ยารักษาโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติที่เหมาะสมในการรักษาโรคเบาหวานและการใช้ยาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 70.90 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 17.40 และอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 11.60 ตามลำดับ

การบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน

ผู้ป่วยและญาติมีความเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่ คือ เรื่องการลืมรับประทานยา (38 คน) ปัญหารองลงมาคือผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับยาหลายรายการ (23คน) ทำให้เกิดความสับสนในการใช้ยา และปัญหาอื่น ๆ เช่น การรับประทานผลไม้ตามฤดูกาล หรือการไม่ได้ควบคุมอาหารจากการไปร่วมงานเลี้ยงหรืองานเทศกาลต่าง ๆ ตามประเพณีพื้นบ้าน ผู้ป่วยและญาติมีความเห็นว่าอยากให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจัดการกับปัญหาการได้รับยาหลายรายการเพื่อป้องกันปัญหาการใช้ยาผิดที่อาจจะเกิดขึ้น (36 คน) รองลงมาคืออยากให้เภสัชกรช่วยหาทางแก้ไขปัญหาการลืมรับประทานยา (27 คน) ผู้ป่วยและญาติมีความเห็นว่ามารับบริการที่โรงพยาบาลมีความล่าช้า อัตราค่าจ้างของผู้ให้บริการมีไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการ (51 คน) รองลงมาคือ การรับประทานยาโรคเบาหวานขึ้นกับเวลาของมื้ออาหาร (17คน) การรับประทานยาไม่ตรงเวลาจึงเป็นสาเหตุของการรับประทานยาไม่ตรงเวลา ผู้ป่วยและญาติมีความเห็นว่าแนวทางในการบริหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่สำคัญคือควรร่วมกันหาวิธีจัดการปัญหาการลืมรับประทานยา (18 คน) รองลงมาคือ การจ่ายยาโรคเบาหวานควรลดรายการยาที่ไม่จำเป็นออกเพื่อให้จ่ายต่อการใช้ยาของผู้ป่วย และควรแยกยาให้ผู้ป่วยทราบชัดเจนว่ารายการใดเป็นยาที่ต้องใช้เป็นประจำและยาที่ใช้เฉพาะเมื่อมีอาการ (14 คน)

กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน

ลักษณะทั่วไปของบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน

บุคลากรสาธารณสุขในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 30-39 ปี มากที่สุด ร้อยละ 33.30 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 20,000 - 29,999 บาท ร้อยละ 46.70 มีอาชีพ รับราชการ/พนักงานของรัฐ มากที่สุด ร้อยละ 60.00 มีสถานภาพคู่ มากที่สุด ร้อยละ 60 ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 80.00 กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การทำงานในชุมชน อยู่ในช่วง 6-10 ปี มากที่สุดร้อยละ 40.00

การบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน

บุคลากรสาธารณสุขในชุมชนมีความเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่ คือ ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาที่ได้รับไปเพราะรู้สึกเป็นภาระในการรับประทานยา (7 คน) รองลงมาคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ได้รับประทานยาต่อเนื่องเนื่องจากลืม (6 คน) นอกจากนั้นเป็นปัญหาอื่น ๆ เช่น การไม่อ่านฉลากยาของผู้ป่วยก่อนการให้ยาบุคลากรสาธารณสุขในชุมชนมีความเห็นว่าญาติของผู้ป่วยโรคเบาหวานควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งในด้านการให้ยา และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อการรักษาโรคเบาหวานเนื่องจากญาติคือผู้ที่มีความใกล้ชิดและมีความเข้าใจผู้ป่วยมากที่สุด (14 คน) รองลงมาคือการจ่ายยาผู้ป่วยโรคเบาหวานควรจัดการแยกให้ผู้ช่วยทราบชัดเจนว่ารายการใดที่ต้องใช้เป็นประจำหรือใช้เฉพาะเมื่อมีอาการ (9 คน) บุคลากรสาธารณสุขในชุมชนมีความเห็นว่าผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามที่แพทย์สั่งและทำการปรับเปลี่ยนหรือลดยาเองตามพฤติกรรมของแต่ละช่วงเวลา (11 คน) รองลงมาคือ ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่เป็นเวลาจึงส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการรับประทานยาและเป็นสาเหตุให้ระดับน้ำตาลสูงเกินเกณฑ์ที่ควบคุม (6 คน) บุคลากรสาธารณสุขในชุมชนมีความเห็นว่าแนวทางในการบริหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่สำคัญคือญาติของผู้ป่วยโรคเบาหวานควรมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งด้านการให้ยาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อการรักษาโรค (15 คน) รองลงมาคือ ควรจัดยาให้ผู้ป่วยโดยแยกเป็นยาที่ต้องใช้เป็นประจำและยาที่ใช้เมื่อมีอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ง่ายขึ้น (9คน)

กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ลักษณะทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.67 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี มากที่สุด ร้อยละ 53.33 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 80.00 ประมาณครึ่งหนึ่ง มีอาชีพทางด้านเกษตรกรรม ร้อยละ 53.33 และรองลงมา ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 73.33 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า ร้อยละ 80.00 กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่ง มีประสบการณ์การทำงานอสม.อยู่ระหว่าง 3-5 ปี ร้อยละ 53.33

การบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน

อสม.มีความเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่คือ ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยามื้อกลางวันเนื่องจากเก็บยาไว้ที่บ้านแต่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน (6 คน) ปัญหารองลงมาคือ ผู้ป่วยลืมรับประทานยาเพราะติดงาน (5 คน) โดยเฉพาะอาชีพค้าขายและงานให้บริการที่มีลูกค้าเข้ามาติดต่อไม่เป็นเวลา อสม.มีความเห็นว่าญาติของผู้ป่วยโรคเบาหวานควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งในด้านการให้ยา และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อการรักษาโรคเบาหวานเนื่องจากญาติคือผู้ที่มีความใกล้ชิดและมีความเข้าใจผู้ป่วยมากที่สุด (11 คน) รองลงมาคือ การให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานควรแนะนำผู้ป่วยและญาติควบคู่กันไป เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจตรงกันต่อการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อการรักษาโรค (6 คน) อสม.มีความเห็นว่า ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ได้ หรือบางคนอ่านได้แต่ไม่ได้อ่านฉลากยาเนื่องจากเข้าใจว่าเป็นยาเดิมวิธีใช้เหมือนเดิม (10 คน) รองลงมาคือ ปัญหาการได้รับยาหลายรายการ ผู้ป่วยไม่มั่นใจว่ารายการใดต้องใช้เป็นประจำและรายการใดที่ใช้เฉพาะเมื่อมีอาการ (6 คน) อสม.มีความเห็นว่า แนวทางในการบริหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่สำคัญคือ การพูดคุยกับผู้ป่วยเรื่องการรักษาและการให้ยาควรพูดคุยและทำความเข้าใจไปพร้อมกับญาติ แนะนำให้ญาติได้ทราบถึงความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและทราบถึงการปฏิบัติตัวต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับการรักษาโรคเบาหวาน เพื่อไปดูแลและแนะนำผู้ป่วยต่อที่บ้าน (9 คน) รองลงมาคือ การแนะนำผู้ป่วยด้านการให้ยาและการรักษาโรคควรจัดสถานที่หรือจัดระบบบริการให้เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีสมาธิและเข้าใจในสิ่งที่เจ้าหน้าที่สื่อสารมากขึ้น (7 คน)

2. รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย

ขั้นตอนนี้เริ่มจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเบาหวานและญาติ บุคลากรสาธารณสุข และอสม. และพบว่า ประเด็นปัญหาสำคัญที่ค้นพบคือ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการรักษาโรคเบาหวาน และการปฏิบัติในการใช้ยารักษาโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน รวมถึงการไม่ได้ใช้ยารักษาโรคเบาหวานตามที่แพทย์สั่งเนื่องจากผู้ป่วยมักจะลืม และการรับประทานอาหารไม่ตรงตามเวลา

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การวางแผนการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้กระบวนการ AIC แบ่งเป็น 2 กระบวนการ คือ

2.1 กระบวนการในโรงพยาบาล เริ่มต้นจากผู้ป่วยเข้ารับบัตรคิว จากนั้นรับการเข้าซักประวัติจากพยาบาล แล้วไปเจาะเลือด จากนั้นจึงเข้าพบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษาเมื่อผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์แล้ว ผู้ป่วยจะถูกส่งเข้าพบเภสัชกรที่ห้องให้คำปรึกษาด้านยา เพื่อได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ และการให้สุศึกษาด้านการใช้ยาจากเภสัชกร ขั้นตอนนี้จะเป็นการทบทวนปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย การแก้ไขปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วย รวมถึงการแนะนำความรู้ด้านการใช้ยาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อการรักษาโรคเบาหวานแก่ผู้ป่วย พร้อมกับการติดตั้งแอปพลิเคชัน “หมอยา” ให้ผู้ป่วย ซึ่งเป็นแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้เตือนให้ผู้ป่วยสามารถเข้ายาได้ตรงตามเวลา แก้ปัญหาการลืมรับประทานยา จากนั้นเภสัชกรจะส่งผู้ป่วยไปรับยาที่ห้องจ่ายยา ก่อนกลับบ้าน

2.2 กระบวนการติดตามและดูแลผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ญาติ ติดตามและดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างใกล้ชิด ทั้งด้านการใช้ยาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อการรักษาโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพพร้อมให้คำแนะนำการใช้ยาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อการรักษาโรคเบาหวานตามแนวทางที่จัดให้ เดือนละ 2 ครั้ง อสม. เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง พร้อมให้คำแนะนำการใช้ยาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อการรักษาโรคเบาหวาน ตามคู่มือที่จัดให้อสม.

ขั้นตอนที่ 3 การบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการนำรูปแบบที่ได้จากการวางแผน โดยใช้กระบวนการ AIC ร่วมกับสมาชิกกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

3.1 กระบวนการในโรงพยาบาล

เริ่มต้นจากผู้ป่วยเข้ารับบัตรคิว จากนั้นรับการเข้าซักประวัติจากพยาบาล แล้วไปเจาะเลือด จากนั้นจึงเข้าพบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษา เมื่อผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์แล้ว ผู้ป่วยจะถูกส่งเข้าพบเภสัชกรที่ห้องให้คำปรึกษาด้านยา เพื่อได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ และการให้สุศึกษาด้านการใช้ยาจากเภสัชกรขั้นตอนนี้จะเป็นการทบทวนปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย การแก้ไขปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วย รวมถึงการแนะนำความรู้ด้านการใช้ยาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อการรักษาโรคเบาหวานแก่ผู้ป่วย พร้อมกับการติดตั้งแอปพลิเคชัน “หมอยา” ให้ผู้ป่วย ซึ่งเป็นแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้เตือนให้ผู้ป่วยสามารถเข้ายาได้ตรงตามเวลา แก้ปัญหาการลืมรับประทานยา จากนั้นเภสัชกรจะส่งผู้ป่วยไปรับยาที่ห้องจ่ายยา เพื่อรับยา ก่อนกลับบ้าน

3.2 กระบวนการติดตามและดูแลผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

3.2.1 ญาติของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทำการติดตามและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทั้งด้านการใช้ยาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อการรักษาโรคของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด รวมถึงการเตือนผู้ป่วยให้เข้ายาตามแพทย์สั่ง โดยการใช้งาน “หมอยา” แอปพลิเคชันช่วยในการเตือน

3.2.2 บุคลากรสาธารณสุขในชุมชน นัดผู้ป่วยโรคเบาหวานและญาติและอสม. ทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การอบรมความรู้ด้านสุขภาพ เป็นต้น พร้อมให้คำแนะนำความรู้ด้านการใช้ยาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อการรักษาโรคเบาหวานแก่ผู้ป่วยตามแนวทางที่จัดไว้ให้ เดือนละ 2 ครั้ง ตามรอบ

นัดผู้ป่วย และช่วยติดตามการใช้งาน "หมอยา" แอปพลิเคชัน พร้อมให้คำแนะนำการใช้งานแอปพลิเคชัน

3.2.3 อสม.ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวาน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง พร้อมให้คำแนะนำความรู้ด้านการใช้ยาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อการรักษาโรคเบาหวานแก่ผู้ป่วยตามคู่มือที่จัดไว้ให้อสม. และอสม.ช่วยติดตามการใช้งาน "หมอยา" แอปพลิเคชัน พร้อมให้คำแนะนำการใช้งานแอปพลิเคชัน

ขั้นตอนที่ 4 การสรุปและประเมินผลรูปแบบฯ

โดยจะทำการสรุปและประเมินผลรูปแบบฯ หลังการใช้รูปแบบที่วางแผนไว้ 1 เดือน พิจารณาจากความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการรักษาโรคเบาหวาน การปฏิบัติในการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน ผลการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความพึงพอใจของชุมชนต่อรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น

3. ประเมินผลรูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาและการรักษาโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการรักษาโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนและหลังใช้รูปแบบ

ความรู้	M	SD	t	p
ก่อนการใช้รูปแบบ	10.4	3.29	-12.999	<0.001
หลังการใช้รูปแบบ	14.8	0.46		

จากตาราง 1 พบว่าหลังการใช้รูปแบบผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตาราง 2 การเปรียบเทียบการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาและการรักษาโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนและหลังใช้รูปแบบ

ความรู้	M	SD	t	p
ก่อนการใช้รูปแบบ	35.4	5.63	-13.492	<0.001
หลังการใช้รูปแบบ	43.5	2.13		

จากตาราง 2 พบว่า หลังการใช้รูปแบบผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

3.2 ผลการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ตาราง 3 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนและหลังใช้รูปแบบ

ความรู้	M	SD	t	p
ก่อนการใช้รูปแบบ	215.6 mg%	43.63	21.696	<0.001
หลังการใช้รูปแบบ	164.5 mg%	35.75		

จากตาราง 3 พบว่า หลังการใช้รูปแบบผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

3.3 ความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น

จากการศึกษาความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจด้านนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้น ในข้อ แอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้น มีเนื้อหาถูกต้องครบถ้วน มากที่สุด ได้คะแนนความพึงพอใจมากที่สุดเท่ากับ ร้อยละ 86.10 บุคลากรสาธารณสุขในชุมชนมีความพึงพอใจด้านนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้น ในข้อ เนื้อหาในแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นมีประโยชน์ สามารถนำไปประยุกต์ใช้งานได้ในชีวิตประจำวันได้ มากที่สุด ได้คะแนน

ความพึงพอใจมากที่สุด เท่ากับ ร้อยละ 86.70 และอสม.มีความพึงพอใจด้านการพัฒนารูปแบบฯ ในข้อ รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ชุมชนและผู้ป่วยสามารถประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ มากที่สุด ได้คะแนนความพึงพอใจมากที่สุด เท่ากับ ร้อยละ 86.70

อภิปรายผล

1. จากการศึกษาปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความต้องการรูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการลืมรับประทานยามากที่สุด รองลงมาคือผู้ป่วยได้รับยาหลายรายการซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยใช้ยาผิด นอกจากนั้นเป็นปัญหาการรับประทานยาไม่ตรงเวลาส่งผลให้รับประทานยาไม่ตรงเวลาตามมา และปัญหาอื่น ๆ เช่น การรับประทานผลไม้ตามฤดูกาล เนื่องจากในช่วงที่ทำการศึกษานี้เป็นฤดูของมะม่วงสุก ทุเรียน มังคุด ซึ่งผลไม้เหล่านี้มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้นของผู้ป่วย รวมถึงการรับประทานอาหารพื้นบ้านในภาคอีสาน นิยมรับประทานข้าวเหนียว โดยข้าวเหนียวเป็นอาหารที่เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ระดับน้ำตาลเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับ Benjawan (2006) ที่ได้ศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ข้อมูลที่ศึกษาจากผู้ป่วยโรคเบาหวานและบุตรชายถึงการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกายรวมถึงการดูแลบาดแผลที่เท้า ผู้ป่วยตอบได้บ้างแต่ยังไม่ครบถ้วน ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องลืมรับประทานยาโรคเบาหวาน

2. รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการบริหารทางเภสัชกรรม การบริหารทางเภสัชกรรม การสรุปและการประเมินผลรูปแบบฯ ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการและกิจกรรมที่เชื่อมโยงกันตั้งแต่ในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยในส่วนของโรงพยาบาลได้เพิ่มการพัฒนาแอปพลิเคชัน"หมอยา" เพื่อช่วยในการเตือนการรับประทานยาของผู้ป่วย และในส่วนของชุมชนมีส่วนร่วมจากบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน อสม. และญาติ การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมตั้งแต่กระบวนการรักษาจนกระทั่งการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา และการรักษาโรคเบาหวานมากขึ้น การปฏิบัติในการใช้ยารักษาโรคเบาหวานดีขึ้น และผู้ป่วยมีผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้นด้วย แนวทางนี้ สอดคล้องกับแนวทางการรักษาโรคเบาหวานของ Buengkan Hospital (2016) โดยมีสหสาขาวิชาชีพร่วมกัน ดำเนินการในรูปแบบของคณะกรรมการที่มนาด้านอายุรกรรมและสอดคล้องกับ Thanawan (2017) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองร่วมกับการกำกับตัวเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภายหลังการทดลอง 11 สัปดาห์และ 16 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาและพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีความเสี่ยงของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงว่าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองร่วมกับการกำกับตนเองสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ประเมินผลของรูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมชุมชน อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬที่พัฒนาขึ้น ด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการรักษาโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานและญาติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนการใช้รูปแบบฯ เท่ากับ 10.4 และหลังการใช้รูปแบบฯ เท่ากับ 14.8 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าผู้ป่วยมีความรู้เรื่อง โรคเบาหวานสามารถรักษาให้หายขาดได้ น้อยที่สุด ซึ่งหลังการใช้รูปแบบฯ มีผู้ป่วยตอบผิด ร้อยละ 7.0 อาจเนื่องมาจากการได้รับสื่อโฆษณาชวนเชื่อต่าง ๆ ที่เชิญชวนให้ผู้ผู้ป่วยไปใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อรักษาโรคดังกล่าว

ผลการศึกษาด้านการปฏิบัติในการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัว ก่อนการใช้รูปแบบฯ เท่ากับ 35.4 และหลังการใช้รูปแบบฯ เท่ากับ 43.5 เมื่อทดสอบความแตกต่าง

ทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของปฏิบัติตัวก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนการปฏิบัติในข้อ ท่านรับประทานอาหารตามเวลาของมื้ออาหาร โดยไม่รอให้ถึงเวลาหิว น้อยที่สุด ซึ่งหลังการใช้รูปแบบฯ มีผู้ป่วยที่ตอบไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 12.8 อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยหลายรายทำงานไม่เป็นเวลาจึงส่งผลต่อการรับประทานอาหาร เช่น อาชีพค้าขายที่ต้องคอยให้บริการลูกค้าโดยเฉพาะเวลากลางวันที่มีผู้มารับบริการมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Chainit (2010) ที่ได้ศึกษา การสร้างเสริมพลังเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เจตคติต่อโรคเบาหวาน รวมถึงพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาระดับน้ำตาลในเลือด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยก่อนการใช้รูปแบบฯ เท่ากับ 215.6 mg% และหลังการใช้รูปแบบฯ ลดลงเท่ากับเท่ากับ 164.5 mg% เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายบุคคลพบว่าผู้ป่วยทุกรายมีผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดลดลง น่าจะเป็นผลจากการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยรูปแบบมีความเหมาะสม สามารถเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาและการรักษาโรคเบาหวานให้ผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมต่อการรักษาโรคเบาหวาน แสดงว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นที่มีส่วนร่วมของชุมชนทุกฝ่ายทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ประกอบกับการใช้แอปพลิเคชันมาเป็นเครื่องมือในการติดตามและช่วยเหลือในการกินยาอย่างต่อเนื่อง เมื่อมีการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลการตรวจระดับน้ำตาลที่ดีขึ้นทุกราย

เมื่อพิจารณาผลการประเมินภายหลังการใช้รูปแบบพบว่า ความรู้ การปฏิบัติ และระดับน้ำตาลของผู้ป่วยดีขึ้น สอดคล้องกับ Pinya (2016) ที่ได้ศึกษา การพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนภายใต้บริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาคร อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน พบว่าการวางแผนพัฒนารูปแบบการดำเนินงานและการนำรูปแบบสู่การปฏิบัติในชุมชนอย่างมีส่วนร่วมและการประเมินผลนั้นทำให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทิศทางที่ถูกต้อง และสามารถเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยมากขึ้น จนส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถลดน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 86.0 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ร้อยละ 96.0 และผู้ป่วยร้อยละ 89.0 ได้มีการตรวจสุขภาพ เกิดนวัตกรรมจากการดำเนินงานและเกิดการประสานงานการถ่ายทอดข้อมูลและการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมลงสู่ครอบครัวและญาติ โดยผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่าย ทั้งในและนอกพื้นที่นำสู่การเข้าถึงบริการใกล้บ้านใกล้ใจอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนและยังสอดคล้องกับ Sunthorn (2016) ที่ได้ศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้การขับเคลื่อนของระบบสุขภาพอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ผลการพัฒนามี 2 ระดับ คือ 1) ระดับหน่วยบริการปฐมภูมิมีกิจกรรมที่สำคัญ 13 กิจกรรม และ 2) ระดับอำเภอ มีกิจกรรมที่สำคัญ 10 กิจกรรม ส่งผลให้เกิดรูปแบบจากการพัฒนาเรียกว่า “3M-S-K-H model” ประกอบไปด้วย M: man คณะกรรมการดำเนินงาน Management การบริหารจัดการคน เงิน สิ่งของ Monitoring การติดตามอย่างต่อเนื่อง S: Social Network Participation การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย K: knowledge การพัฒนาความรู้และทักษะ H: Health Promotion การส่งเสริมสุขภาพภายหลังการพัฒนาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน มีค่าเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้เพิ่มขึ้นและระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าเฉลี่ยลดลงก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ประเภทภาคีเครือข่าย พบว่า ค่าเฉลี่ยด้านบทบาทการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การนำผลวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลบึงกาฬ ควรเพิ่มนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับชุมชนให้ชัดเจน โดยเน้นการรณรงค์เพื่อเพิ่มความรู้ การปฏิบัติ เกี่ยวกับการใช้ยาและการรักษาโรคเบาหวานที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างทั่วถึง

โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการศึกษาน้อย และรวมถึงการรณรงค์ให้ใช้งานแอปพลิเคชัน"หมอยา" เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาการลืมรับประทานยา

2. สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคเบาหวานมากที่สุด จึงควรมีบทบาทสำคัญในการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ถูกต้องตามฉลากยาที่ได้รับ และเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมตามหลักโภชนาการของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยเน้นให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

2. ควรมีการศึกษาในรูปแบบของการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความปลอดภัยอย่างต่อเนื่องตลอดการรักษา

3. ควรศึกษารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนี้ โดยการเปรียบเทียบผลการตรวจ HbA1C ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

References

- Benjawan, K. (2006). *Diabetic Nursing*. Phitsanulok: Regional Health Promotion Center 9.
- Buengkan Hospital. (2016). *Diabetic Patients Report*. Buengka: Buengkan Hospital.
- Buengkan Hospital. (2016). *Medication Error Report*. Buengkan: Buengkan Hospital.
- Buengkan Hospital. (2016). *Pharmaceutical Care of Patients with Diabetes Mellitus*. Buengkan: Buengkan Hospital.
- Chainit, I. (2010). *To Strengthen the Power of Self Care, Diabetes Patients, Ubon Ratchathani Province*. Faculty of Public Health, Udon Thani Rajabhat University.
- Cronbach, L. J. (1970). *Essentials of Psychological Testing*. New York: Harper and Row.
- Krejcie, R. V., & Morgan. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Education and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Kuder, G. F., & Richardson, M. W. (1937). The Theory of the Estimation of Test Reliability. *Psychometrika*, 2, 151-160.
- Patama, G. (2008). *Chronic Care Model: Improving Primary Care for Patient with Hronic Illness*. Chiang Mai. Family Medicine: Chiang Mai University. (in Thai)
- Pinya, P. (2016). Model Development to Improve Accessibility of Diabetes and Hypertension Patients with Participation of Community Network, Maesakorn Health Promoting Hospital, Wiang Sa District, Nan Province. *Journal of Health Science*, 225, 394-400. (in Thai)
- Sunthorn, Y. (2016). Development of a Health Promotion Model to Prevent Diabetes Mellitus in Primary Care Units with in District Health System (DHS), Mueang District, MahaSarakhm Province. Bangkok. *Journal of Health Science*, 25, 181-191. (in Thai)
- Suwara, L. (2005). *Health Promotion Model by Community Participation for Diabetes Mellitus and Hypertension Risk People*. Graduate SchoolKhon Kaen University.
- Thanawan, P. (2017). Effectiveness of Self-Care and Self-Regulation Program on Self-Care Behaviors and Blood Sugar Level among Ageing Adults with Type 2 Diabetes, Chantha Buri Province. *Journal of Health Science*, 26, 50-62.

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา: กรณีศึกษาชุมชนผังเมือง 4

Depression among Elderly in Yala City: a Case Study

อัญชลี พงศ์เกษตร์^{1*}, ซูฮัยลา สะมะแอ¹, กมลวรรณ วณิชชานนท์¹, กรกฎ พงศ์เกษตร์² และ ศุภฤกษ์ วิทยกุล³

Anchalee Pongkaset^{1*}, Suhaila Sama-ae¹, Kamonwan Wanitchanon¹,

Korakot Pongkaset² and Suparek Vittayakul³

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา^{1*}, โรงพยาบาลยะลา², ศูนย์สุขภาพชุมชนผังเมือง⁴

Sirindhorn College of Public Health, Yala^{1*}, Yala Hospital², Pungmuang 4 Primary Care Unit³

(Received: February 08, 2019; Revised: April 17, 2019; Accepted: August 06, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ 80 คน ที่มารับบริการ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนผังเมือง 4 เทศบาลนครยะลา ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และ 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (Thai Geriatric Depression Scale, TGDS) ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 และได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.93 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้ามีค่าเท่ากับ 0.93 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 77.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้าน ศาสนา การมีบุคคลที่สามารถพูดคุยเมื่อเกิดความกังวลใจ และรายได้ของครอบครัว มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความสามารถด้านร่างกาย ($r=-.302, -.344, P<.01$) และพฤติกรรมสุขภาพ ($r=-.204, P<.05$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ได้แก่ อายุ และปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ ($r=.299, .282, P<.01$)

ควรจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม ได้แก่ ดำเนินการผ่านชมรมผู้สูงอายุ เป็นการเพิ่มโอกาสพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น นำหลักศาสนาและการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา รวมทั้งทำความเข้าใจกับครอบครัว และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนการสนับสนุนงบประมาณให้ผู้สูงอายุรายเดือนจากรัฐบาล

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Pulo_1999@yahoo.com เบอร์โทรศัพท์ 089-1711056)

Abstract

This descriptive study aimed to study depression factors related to depression in elderly in Yala City, Southern Thailand. Sample consisted of 80 elderly patients who received services at the Pungmuang 4 primary care unit. Simple random sampling was used. Data collecting instrument was a questionnaire, including personal information and related factors (part 1) and Thai Geriatric Depression Scale, TGDS (part 2). Content validity of questionnaire was verified by three experts, yielding a value of 0.93. Statistics used for data analysis were percentage, mean, standard deviation, Pearson's correlation coefficient, and Chi-square test.

The study indicated that depression in elderly was a normal level (77.5 percent), factors related to depression of elderly were statistically significant (0.05 level), including religion, person can talk about the nervousness, and family income. The factors that were negatively correlated with lower levels of depression in elderly include health status, physical ability ($r=-.302, -.344, P<.01$), and health behavior ($r=-.204, P<.05$). Factors that were positively correlated with lower levels of depression in elderly included age, and health problems ($r= .299, .282, P<.01$).

This health promotion project should be provided to elderly, as an opportunity for caregivers to socialize, perform a health check, provide general health care, and collect info on family and natural caregivers, as well as promoting health habits adapted to the elderly. Financial support from the government can help to reduce depression in the elderly.

Keywords: Depression, Elderly

บทนำ

วัยสูงอายุเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงทุกด้าน อันส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ได้จากความเจ็บป่วยทางกาย เกิดโรคเรื้อรัง ไม่สบาย ไม่สามารถทำงานได้อย่างเดิม รายได้น้อยลงช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง บทบาททางสังคมลดลง ทำให้ต้องพึ่งพิงมากขึ้น ทำให้ไม่มีความสุข รู้สึกไร้คุณค่า และการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลง ปัจจัยเหล่านี้อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และเป็นปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุขของไทย เมื่อผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งด้านร่างกายและจิตใจ กล่าวคือเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ มีความเศร้า หงุดหงิด ผิดหวัง รู้สึกไร้คุณค่าไม่ยอมทำอะไร หรือทำสิ่งต่าง ๆ ลดน้อยลง ขาดการแสวงหาการช่วยเหลือ รวมทั้งความสามารถในด้านต่าง ๆ ลดลง ไม่สามารถจัดการปัญหาได้เหมาะสม ขาดกำลังใจ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการเกิดปัญหาสุขภาพทางกายต่าง ๆ ตามมา (The Research and Development Institute Foundation Elderly Thailand, 2018)

ประเทศไทยได้กำหนดนิยามผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการ โดย “ผู้สูงอายุ” หมายถึงบุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ผลจากความเจริญทางการแพทย์ เทคโนโลยี และความก้าวหน้าทางด้านสาธารณสุข ทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนขึ้น และเพิ่มจำนวนมาก คาดว่าอัตราส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึง 10.7 ล้านคน หรือร้อยละ 15.28 ในปี 2563 และ ในอีก 20 ปีข้างหน้า พ.ศ.2573 จะเพิ่มมากกว่า 2 เท่าตัว เป็นร้อยละ 25 ซึ่งถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว (The Research and Development Institute Foundation Elderly Thailand, 2018) ซึ่งสังคมใดมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ถือว่าสังคมนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มเป็นร้อยละ 20 (Gray, 2013)

วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม ผู้ที่ไม่สามารถปรับตัว ปรับใจต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ได้ จึงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าบุคคลวัยอื่น โดยมีรายงานว่าประมาณร้อยละ 30 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปเคยมีประสบการณ์ของการมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก หากปล่อยหรือปล่อยทิ้งไว้ อาจกลายเป็นโรคซึมเศร้า จนต้องเข้ารับการรักษาจากจิตแพทย์ มีเช่นนั้นอาจเกิดผลเสียหยาที่รุนแรงทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเองและบุคคลรอบข้าง ถ้ามีอาการรุนแรงจะมีอันตรายจากการทำร้ายตนเองได้ มีรายงานการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า ร้อยละ 90 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Tongrodkam, 2017)

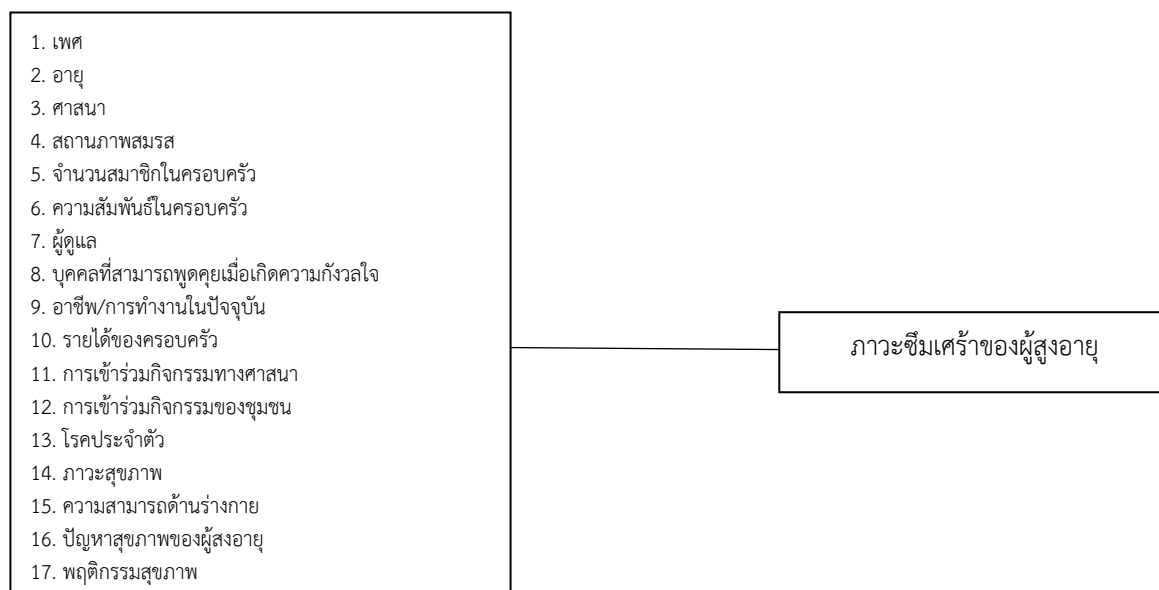
ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาใหญ่ในผู้สูงอายุที่หลายคนมักมองข้าม เพราะไม่ใช่โรคภัยที่แสดงอาการทางร่างกายอย่างชัดเจน แต่แท้จริงแล้วหากปล่อยไว้ภาวะเช่นนี้จะกัดกร่อนจิตใจ และอาจนำไปสู่ “โรคซึมเศร้า” ซึ่งกระทบต่อการดำเนินชีวิต และยิ่งอาจส่งผลกระทบต่อครอบครัว สำหรับชุมชนผังเมือง 4 เทศบาลนครยะลา ตั้งแต่ปี 2559-2561 มีผู้สูงอายุฆ่าตัวตาย จำนวน 2 ราย จากภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญในการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา กรณีศึกษาชุมชนผังเมือง 4 เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา กรณีศึกษาชุมชนผังเมือง 4
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา กรณีศึกษาชุมชนผังเมือง 4

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ กรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ Aunkaew, & Kuhiranyarat (2015), Phuttameta, & Sunthonchaiya, (2016) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (Thai Geriatric Depression Scale, TGDS) ซึ่งพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (Phungwarin, 1994) ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study)

ประชากร

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนผังเมือง 4 เทศบาลนครยะลา จำนวน 160 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามศึกษา (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง
2. อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองและอยู่ในเขตรับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนผังเมือง 4
3. เป็นผู้ที่มีระดับการรู้สึกร่างกายดี สามารถอ่านหนังสือ หรือสื่อสารหรือตอบโต้ภาษาไทยได้
4. มีความสนใจและยินดีให้สัมภาษณ์และเก็บข้อมูล ให้ความร่วมมือในการทำงานวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) คือไม่สนใจให้สัมภาษณ์และเก็บข้อมูล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนผังเมือง 4 เทศบาลนครยะลา กำหนดขนาดโดยคิดจากจำนวนประชากรเป็นหลัก ร้อย ใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25 ของประชากร (Akakul, 2000) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 40 คน ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นเป็น 80 คน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนลงให้เหลือน้อยที่สุด สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการหยิบฉลากแบบ ไม่ใส่คืน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ คือแบบสอบถามที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ Aunkaew, & Kuhiranyarat (2015), Phuttameta, & Sunthonchaiya, (2016) ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ตอนที่ 2 ข้อมูลภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ซึ่งพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (Phungwarin, 1994) มีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ผู้ดูแล บุคคลที่สามารถพูดคุยเมื่อเกิดความกังวลใจ อาชีพ/การทำงานในปัจจุบัน รายได้ของครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน โรคประจำตัว ภาวะสุขภาพ ความสามารถด้านร่างกาย ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับเกณฑ์การประเมินภาวะสุขภาพ ความสามารถด้านร่างกาย และพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งโดยใช้ค่าพิสัย (Katsing, 1995)

- | | |
|----------------------------|---------|
| - คะแนนระหว่าง 1 - 1.66 | ไม่ดี |
| - คะแนนระหว่าง 1.67 - 2.33 | ปานกลาง |
| - คะแนนระหว่าง 2.34 - 3.00 | ดี |

เกณฑ์การประเมินปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ แบ่งโดยใช้ค่าพิสัย (Katsing, 1995)

- | | |
|-------------------------|------|
| - คะแนนระหว่าง 0 - 0.50 | น้อย |
| - คะแนนระหว่าง 0.51 - 1 | มาก |

ตอนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (Thai Geriatric Depression Scale, TGDS) ซึ่งพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (Phungwarin, 1994) จำนวน 30 ข้อ โดยตอบคำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” มีข้อความที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 และข้อความที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกทางลบ 20 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28 สำหรับเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความด้านบวก หากตอบ “ใช่” ให้ 0 คะแนน ตอบ “ไม่ใช่” ให้ 1 คะแนน

ข้อความด้านลบ หากตอบ “ใช่” ให้ 1 คะแนน ตอบ “ไม่ใช่” ให้ 0 คะแนน

สำหรับเกณฑ์การประเมินระดับความซึมเศร้ารายข้อ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	0 - 0.50	หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าน้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	0.51 - 1.00	หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ามาก

เกณฑ์การประเมินระดับความซึมเศร้ารายบุคคล ดังนี้

คะแนนระหว่าง	0 - 12 คะแนน	หมายถึง ปกติ
คะแนนระหว่าง	13 - 30 คะแนน	หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า
คะแนนระหว่าง	13 - 18 คะแนน	หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
คะแนนระหว่าง	19 - 24 คะแนน	หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง
คะแนนระหว่าง	25 - 30 คะแนน	หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ด้านความตรงเชิงเนื้อหา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน หาค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) ได้ค่าระหว่าง 0.67-1.00 และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยได้ค่าความเชื่อมั่นภาพรวมเท่ากับ 0.93 และแบบวัดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย ที่ใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ถูกพัฒนาขึ้น และผ่านการศึกษาคำความเที่ยงตรงของเครื่องมือในประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 275 ราย จาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย จำแนกเป็นเพศหญิง 154 ราย และเพศชาย 121 ราย ผลการวิเคราะห์คะแนนพบว่า เวลาเฉลี่ยที่ผู้สูงอายุไทยใช้ในการทดสอบ เท่ากับ 10.09 นาที โดยมีค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.93 (Phungwarin, 1994)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุที่สามารถอ่านเองได้ตอบแบบสอบถาม (ในแบบสอบถามฉบับเก็บข้อมูลจะขยายขนาดตัวอักษร เป็นขนาด 20) ในช่วงเดือน กรกฎาคม 2561 จนได้ครบ 80 คน
2. กรณีผู้สูงอายุไม่สามารถอ่านได้ หรือมองไม่ชัด ทีมวิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ฟังแล้วให้ผู้สูงอายุตอบคำถาม โดยใช้เวลา 20 นาที/คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ตัวแปร เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์ในครอบครัว ผู้ดูแล บุคคลที่สามารถพูดคุยเมื่อเกิดความกังวลใจ อาชีพ/การทำงานในปัจจุบัน รายได้ของครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน และโรคประจำตัว กับภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติไคสแควร์
3. วิเคราะห์ตัวแปร อายุ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ภาวะสุขภาพ โดยกำหนดค่าความสามารถด้านร่างกาย ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมสุขภาพ กับภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Person กำหนดค่าระดับความสัมพันธ์ (Wiersma, & Jurs, 2009) ดังนี้

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.01-0.20 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.21-0.40 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.41-0.60 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.61-0.80 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง

ค่าสหสัมพันธ์ (r) มากกว่า 0.80 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก

ทั้งนี้ ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ประกอบด้วยการมีข้อมูลลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในแนวเส้นตรง แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ และมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ผ่านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่ 021/2561 ลงวันที่ 16 กรกฎาคม 2561

ผลการศึกษา

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา กรณีศึกษาชุมชนผังเมือง 4

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	จำนวน (n=80)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	26	32.50
หญิง	54	67.50
อายุ (ปี)		
60 - 65	31	38.80
66 - 70	16	20.00
71 - 75	16	20.00
76 - 80	11	13.80
81 - 85	5	6.20
86 - 90	1	1.20
อายุ $M = 69.73$ ปี $Min. = 60$ ปี $Max. 90$ ปี		
ศาสนา		
พุทธ	70	87.50
อิสลาม	10	12.50
สถานภาพสมรส		
โสด	10	12.50
สมรส	41	51.25
หม้าย	23	28.75
หย่า/แยก	6	7.50
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
อยู่คนเดียว	9	11.30
อยู่ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป	71	88.70
ความสัมพันธ์ในครอบครัว		
ดี	61	76.25
ปานกลาง	16	20.00
ไม่ดี	3	3.75
ผู้ดูแล		
ไม่มี	19	23.80
มี	61	76.20
บุคคลที่สามารถพูดคุยด้วยเมื่อท่านเกิดความกังวลใจ		
ไม่มี	18	22.50
มี	62	77.50

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	จำนวน (N=80)	ร้อยละ
อาชีพ/การทำงานในปัจจุบัน		
ไม่ได้ทำงาน	18	22.50
ข้าราชการเกษียณ/ข้าราชการบำนาญ	24	30.00
ธุรกิจส่วนตัว	19	23.75
ทำงานบ้าน	17	21.25
เกษตรกรรม	2	2.50
รายได้ของครอบครัว		
เพียงพอ	62	77.50
ไม่เพียงพอ	18	22.50
การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา		
เข้าร่วมประจำ	18	22.50
เข้าร่วม เมื่อมีโอกาสสำคัญ	58	72.50
ไม่เคยเข้าร่วม	4	5.00
การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน		
ไม่ได้เข้าร่วม	33	41.25
เข้าร่วม	47	58.75
โรคประจำตัว		
ไม่มี	19	23.75
มี	61	76.25

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.50 อายุ 60-65 ปี ร้อยละ 38.8 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 87.50 สถานภาพสมรส ร้อยละ 51.25 มีสมาชิกในครอบครัว ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ร้อยละ 88.70 ความสัมพันธ์ในครอบครัวดี ร้อยละ 76.25 มีผู้ดูแล ร้อยละ 76.20 มีบุคคลที่สามารถพูดคุยด้วย เมื่อเกิดความกังวลใจ ร้อยละ 77.50 เป็นข้าราชการเกษียณ/ข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 30.00 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 77.50 เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเมื่อมีโอกาสสำคัญ ร้อยละ 72.50 การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ร้อยละ 58.75 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.2

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสุขภาพ ความสามารถด้านร่างกาย ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ (ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา) และพฤติกรรมสุขภาพ (ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	M	SD	แปลผล
ภาวะสุขภาพ	2.45	0.56	ดี
1. สุขภาพโดยทั่วไปในปัจจุบัน	2.36	0.53	ดี
2. สุขภาพเป็นอย่างไรเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่มีอายุเท่ากัน	2.54	0.59	ดี
ความสามารถด้านร่างกาย	2.48	0.59	ดี
1. ความสามารถในการมองเห็น	2.45	0.61	ดี
2. การได้ยิน	2.55	0.61	ดี
3. การเคลื่อนไหวที่	2.46	0.55	ดี
4. การรับประทานอาหาร (รับประทานอาหารได้มาก/ น้อย)	2.36	0.56	ดี
5. การทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง	2.60	0.61	ดี

ตาราง 2 (ต่อ)

ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ (ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา)	0.35	0.49	น้อย
1. หกล้ม	0.19	0.39	น้อย
2. กลั้นปัสสาวะไม่อยู่	0.30	0.46	น้อย
3. นอนไม่หลับ/ตื่นกลางคืน	0.54	0.57	มาก
4. สูญเสียความจำ (ขี้ลืม ทบตันความจำได้ยาก)	0.40	0.56	น้อย
พฤติกรรมสุขภาพ (ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา)	2.51	0.58	ดี
1. ออกกำลังกาย	2.28	0.69	ปานกลาง
2. ทำงานอดิเรก เช่น ทำสวน เลี้ยงสัตว์	2.08	0.74	ปานกลาง
3. รับประทานอาหารครบ 5 หมู่	2.50	0.57	ดี
4. ไม่สูบบุหรี่	2.84	0.51	ดี
5. ไม่ดื่มสุรา	2.85	0.39	ดี

จากตาราง 2 พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ย 2.45 อยู่ในระดับดี ความสามารถด้านร่างกายของผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ย 2.48 อยู่ในระดับดี โดยสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 2.60 ส่วนการรับประทานอาหาร (รับประทานอาหารได้มาก/ น้อย) มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 2.36 ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ (ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา) มีค่าเฉลี่ย 0.35 อยู่ในระดับมีปัญหาน้อย โดยการนอนไม่หลับ/ตื่นกลางคืน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 0.54 ส่วนการหกล้ม มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 0.19 พฤติกรรมสุขภาพ (ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา) มีค่าเฉลี่ย 2.51 อยู่ในระดับดี โดยผู้สูงอายุไม่ดื่มสุรา มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 2.85 ส่วนการทำงานอดิเรก เช่น ทำสวน เลี้ยงสัตว์ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 2.08

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุรายข้อ

ข้อมูลในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	M	SD	แปลผลภาวะซึมเศร้า
1. พอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้	0.03	0.15	น้อย
2. ไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ	0.25	0.46	น้อย
3. รู้สึกชีวิตของท่านช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร	0.20	0.40	น้อย
4. รู้สึกเบื่อหน่ายบ่อย ๆ	0.24	0.42	น้อย
5. หวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า	0.16	0.37	น้อย
6. มีเรื่องกังวลตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้	0.44	0.59	น้อย
7. ส่วนใหญ่แล้วรู้สึกอารมณ์ดี	0.19	0.39	น้อย
8. รู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับท่าน	0.31	0.46	น้อย
9. ส่วนใหญ่รู้สึกมีความสุข	0.16	0.37	น้อย
10. บ่อยครั้งที่รู้สึกไม่มีที่พึ่ง	0.25	0.43	น้อย
11. รู้สึกกระวนกระวาย กระสับการส่ายบ่อย ๆ	0.19	0.39	น้อย
12. ชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน	0.76	0.42	มาก
13. บ่อยครั้งที่รู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า	0.34	0.47	น้อย
14. คิดว่าความจำไม่ดีเท่ากับคนอื่น	0.28	0.44	น้อย
15. การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้เป็นเรื่องที่น่ายินดี	0.11	0.31	น้อย
16. รู้สึกหมดกำลังใจหรือเศร้าใจบ่อย ๆ	0.11	0.31	น้อย
17. รู้สึกว่าชีวิตท่านค่อนข้างไม่มีคุณค่า	0.15	0.35	น้อย
18. รู้สึกกังวลมากกว่าชีวิตที่ผ่านมา	0.24	0.42	น้อย
19. รู้สึกว่าชีวิตนี้มีเรื่องน่าสนุกอีกมาก	0.20	0.40	น้อย

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	M	SD	แปลผลภาวะซึมเศร้า
20. รู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่	0.44	0.49	น้อย
21. รู้สึกกระตือรือร้น	0.24	0.42	น้อย
22. รู้สึกสิ้นหวัง	0.13	0.33	น้อย
23. คิดว่าคนอื่นดีกว่า	0.18	0.38	น้อย
24. อารมณ์เสียบ่อยกับเรื่องเล็กน้อยๆ อยู่เสมอ	0.29	0.45	น้อย
25. รู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ	0.20	0.40	น้อย
26. มีความตั้งใจทำอะไรสักอย่างได้ไม่นาน	0.21	0.41	น้อย
27. รู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า	0.19	0.39	น้อย
28. ไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น	0.11	0.31	น้อย
29. ตัดสินใจอะไรได้เร็ว	0.23	0.42	น้อย
30. มีจิตใจสบายแจ่มใสเหมือนก่อน	0.20	0.40	น้อย
เฉลี่ย	0.23	0.40	น้อย

จากตาราง 3 พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุรายข้อ มีค่าเฉลี่ย 0.23 อยู่ในระดับมีภาวะซึมเศร้าน้อย โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือข้อที่ 2 ผู้สูงอายุชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน ค่าเฉลี่ย 0.76 ส่วนข้อที่ 1 ผู้สูงอายุพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 0.03

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา: กรณีศึกษาชุมชนผังเมือง 4

ตาราง 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ภาวะซึมเศร้า (N=80)		χ^2
	ปกติ= 62 จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า=18 จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			.236
ชาย	21 (80.80)	5 (19.20)	
หญิง	41 (75.93)	13 (24.07)	
ศาสนา			4.956*
พุทธ	57 (81.73)	13 (18.27)	
อิสลาม	5 (50.00)	5 (50.00)	
สถานภาพสมรส			.245
โสด	8 (80.00)	2 (20.00)	
คู่	31 (75.61)	10 (24.39)	
หม้าย หย่า/แยก	23 (79.31)	6 (20.69)	
ความสัมพันธ์ในครอบครัว			2.965
ดี	50 (81.97)	11 (18.03)	
ปานกลาง-ไม่ดี	12 (63.16)	7 (36.84)	
ผู้ดูแล			4.940
ไม่มี	13 (68.42)	6 (31.58)	
มี	49 (80.33)	12 (19.67)	
บุคคลที่สามารถพูดคุยด้วยเมื่อท่านเกิดเมื่อกังวลใจ			4.318*
ไม่มี	10 (55.56)	8 (44.44)	

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ภาวะซึมเศร้า (N=80)		χ^2
	ปกติ= 62 จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า=18 จำนวน (ร้อยละ)	
มี	52 (83.87)	10 (16.13)	
อาชีพ/การทำงานในปัจจุบัน			7.429
ไม่ได้ทำงาน	23 (65.71)	12 (34.29)	
ทำงาน	39 (86.67)	6 (13.33)	
รายได้ของครอบครัว			10.073*
เพียงพอ	53 (58.48)	9 (14.52)	
ไม่เพียงพอ	9 (50.50)	9 (50.50)	
การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา			3.163
เข้าร่วมประจำ	16 (88.89)	2 (11.11)	
เข้าร่วม เมื่อมีโอกาสสำคัญไม่เคยเข้าร่วม	46 (74.19)	16 (25.81)	
การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน			3.780
ไม่ได้เข้าร่วม	22 (66.67)	11 (33.33)	
เข้าร่วม	40 (85.11)	7 (14.89)	
โรคประจำตัว			1.184
ไม่มี	14 (73.68)	5 (26.32)	
มี	48 (78.69)	13 (21.31)	

จากตาราง 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา: กรณีศึกษาชุมชนฝั่งเมือง 4 หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่า ศาสนา การมีบุคคลที่สามารถพูดคุยเมื่อเกิดความกังวลใจ และรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตาราง 5 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า	P-value
1. อายุ	.299**	0.007
2. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	.096	0.551
3. ภาวะสุขภาพ	-.302**	0.006
4. ความสามารถด้านร่างกาย	-.344**	0.002
5. ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ	.282**	0.010
6. พฤติกรรมสุขภาพ	-.204*	0.039

* $P < .05$ ** $P < .01$

จากตาราง 5 ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา: กรณีศึกษาชุมชนฝั่งเมือง 4 หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ภาวะสุขภาพ ความสามารถด้านร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ($r = -.302, -.344, P < .01$) พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ($r = -.204, P < .05$) ส่วนอายุและปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ($r = .299, .282, P < .01$)

อภิปรายผล

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา: กรณีศึกษาชุมชนผังเมือง 4 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 77.50 สามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุในชุมชนผังเมือง 4 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ในครอบครัวดี และผู้สูงอายุเองก็มีผู้ดูแลและมีบุคคลที่สามารถพูดคุยด้วยเมื่อเกิดความกังวลใจ จึงมีส่วนทำให้มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Polyeam, Siri, Tachaboonserm, & Sujirawat (2017) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าสถานภาพสมรสของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเนื่องจากมีคนคอยดูแล ปรึกษาหารือ และพูดคุยได้

2. ปัจจัยที่มีสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา: กรณีศึกษาชุมชนผังเมือง 4 พบว่าศาสนามีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Phuttameta, & Sunthonchaiya (2016) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Paungrod (2015) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาและเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา จะมีภาวะซึมเศร้าน้อย เนื่องจากการนับถือศาสนาและการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาจะทำให้มีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ศาสนาจะช่วยกล่อมเกลายจิตใจไม่ให้คิดฟุ้งซ่าน ช่วยลดภาวะซึมเศร้าลงได้ (Phuttameta, & Sunthonchaiya, 2016)

การมีบุคคลที่สามารถพูดคุยเมื่อเกิดความกังวลใจ พบว่า มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สามารถอธิบายได้ว่า บุคคลในครอบครัว การใช้ครอบครัวบำบัด เป็นการบำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าทุกระดับ ต้องทำให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนในการดูแล รับฟังปัญหา และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ครอบครัวต้องเป็นผู้ดูแลใกล้ชิด รับฟังปัญหาต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือกัน พูดคุยให้กำลังใจกัน จะสามารถลดภาวะซึมเศร้าลงได้ (Wongpanarak, & Chaleoykitti, 2014) นอกจากนี้ ถ้าผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรม ได้มีโอกาสพูดคุยกับผู้สูงอายุด้วยกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น รวมถึงปัญหาต่าง ๆ จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าลงได้

รายได้ของครอบครัว พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Polyeam, Siri, Tachaboonserm, & Sujirawat (2017) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถอธิบายได้ว่า หากมีรายได้เพียงพอ ความเครียด ความกังวลต่าง ๆ เรื่องภาระค่าใช้จ่ายก็ลดน้อยลง ภาวะซึมเศร้าก็น้อยลงด้วย ซึ่งในการศึกษครั้งนี้ มีผู้สูงอายุที่รายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 22.50 ซึ่งอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนงบประมาณให้ผู้สูงอายุรายเดือนจากรัฐบาล ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยเพิ่มรายได้ให้ผู้สูงอายุซึ่งมีรายได้ไม่เพียงพอ เป็นแนวทางหนึ่งในการลดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากถ้าจะให้ผู้สูงอายุทำงานเพื่อหารายได้ ด้วยสภาพร่างกายที่ไม่พร้อมไม่แข็งแรงคงไม่สามารถทำได้อย่างเต็มที่

ภาวะสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพ ไม่ค่อยแข็งแรง จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่สามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองได้ สอดคล้องกับ Aunkaew, & Kuhiranyarat (2015) ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว ซึ่งพบว่าภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Jullamate, Puapan, & Truong (2017) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่พบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ความสามารถด้านร่างกาย พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.01 ซึ่งศึกษาในประเด็น การมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร (รับประทานอาหาร

ได้มาก/ น้อย) และการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง สามารถอธิบายได้ว่า ถ้าผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องรอความช่วยเหลือจากลูกหลาน หรือผู้ดูแล ก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าน้อยลงด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Namwong (2018) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังในชุมชน ที่พบว่าการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นสูง ซึ่งเป็นความสามารถด้านร่างกายมีความสัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้เป็นปกติ ไม่ต้องมีคนคอยดูแล จะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่ทำไม่ค่อยได้ ต้องอาศัยผู้ดูแล

พฤติกรรมสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ประกอบด้วย การออกกำลังกาย ทำงานอดิเรก เช่น ทำสวน เลี้ยงสัตว์ รับประทานอาหาร ครบ 5 หมู่ ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา สามารถอธิบายได้ว่า พฤติกรรมดังกล่าวเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งส่วนใหญ่ผู้สูงอายุปฏิบัติอยู่ในระดับดี ซึ่งการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม แสดงว่าผู้สูงอายุยังมีสุขภาพที่แข็งแรง สอดคล้องกับการศึกษาของ Aunkaew & Kuhiranyarat (2015) ที่พบว่า การออกกำลังกาย หรือการทำงาน อดิเรกต่าง ๆ ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

อายุ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น การดูแลตนเองของผู้สูงอายุทำได้น้อยลง ทำให้มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Sanguancho, Mingmai, & Detboon (2017) ศึกษาปัจจัยทำนายผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้าน ในจังหวัดปทุมธานี ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.01 สามารถอธิบายได้ว่า ถ้าหากมีปัญหาสุขภาพ เช่น หกล้ม กลืนปัสสาวะไม่ได้ นอนไม่หลับ หลงลืมบ่อยๆ ภาวะซึมเศร้าก็จะมากขึ้นด้วย บางครั้งต้องรอความช่วยเหลือจากผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษา ของ Sanguancho, Mingmai, & Detboon (2017) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในจังหวัด ปทุมธานี ที่พบว่า ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ ระดับ 0.05

การนำผลการวิจัยไปใช้

ศูนย์สุขภาพชุมชนผังเมือง 4 ควรจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็น รูปธรรม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุ ได้เข้าร่วมกิจกรรมผ่านชมรมผู้สูงอายุ เพิ่มโอกาสพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความ คิดเห็น รวมทั้งการให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา การตรวจสุขภาพ แนะนำการดูแลสุขภาพ แก่ผู้สูงอายุให้เหมาะสม ให้สามารถปฏิบัติตนได้ตามสภาพร่างกาย รวมทั้งทำความเข้าใจกับครอบครัว และผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ให้มีความเข้าใจ และพูดคุยกับผู้สูงอายุมากขึ้น ใส่ใจในการปฏิบัติกิจวัตร และช่วยส่งเสริมพฤติกรรม สุขภาพ เช่น ออกกำลังกาย ทำงานอดิเรกง่าย ๆ ได้แก่การถอนหญ้า อ่านหนังสือ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และการสนับสนุนงบประมาณให้ผู้สูงอายุรายเดือนจากรัฐบาล เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยลด ปัญหาเรื่องรายได้ ซึ่งการแก้ปัญหาต่าง ๆ ช่วยลดภาวะซึมเศร้าลงได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการทำวิจัยในรูปแบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) ในการลดปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เช่น ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและ ให้คำแนะนำสุขภาพต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เช่น การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการจัดการภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการร่วม คิด วางแผน และตัดสินใจในการวิจัย ซึ่งเป็นการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุใน ชุมชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อหารูปแบบการดูแลและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับ ครอบครัว ชุมชน และสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้

References

- Akakul, T. (2000). *Research Methods in Behavioral and Social Science*. Rajabhat Institute Ubon Ratchathani. (in Thai)
- Aunkaew, W., & Kuhiranyarat, P., (2015). The Prevalence of Depression in the Elderly in Responsibility of Health Promotion Center Praw Sub-District, Muang District, Nong Bua Lamphu Province, *Journal of community health*, 3(4), 577-589. (in Thai)
- Gray, R. (2013). *Elderly Care: The Happiness and Stress*. The Population Research Institute and Social Research, Mahidol University. Thailand. (in Thai)
- Jullamate, P., Puapan, S., & Truong, P. V. (2017). Predicting Factors of Depression among Caregivers of Elderly Affected by Stroke. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(3), 104-118. (in Thai)
- Katsing, W. (1995). Meaning and Interpretation. *Educational Research News*, 18(3), 8-11. (in Thai)
- Namwong, A. (2018). Selected Factors Related to Depression of the Elderly, Chronic Diseases in the Community. *Journal of Nursing, Public Health and Education*, 19(2), 94-105. (in Thai)
- Phungwarin, N. (1994). Model to Measure Depression in the Elderly in Thailand. *Siriraj Journal*, 46(1), 1-9. (in Thai)
- Phuttameta, M., & Sunthonchaiya, R. (2016). Selected Factors Related to Depression of the Older Persons with Depressive Disorder in the Central Region. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 30(2), 69-82. (in Thai)
- Polyeam, I., Siri, S., Tachaboonserm, P., & Sujirawat, D., (2017). Depression of Elderly with Non-Communication Disease in Roi et Province. *Conference of Khon Kaen University*. March 28, 2017. (in Thai)
- Paungrod, N. (2015). The Study on Depression in Nonthaburi Province Elderly. *Princess of Narathiwat Journal*, 2(1), 2015. (in Thai)
- Sanguancheo, A., Mingmai, K., & Detboon, P. (2017). Predicting Factors of Depression of the Elderly in Pathumthani Province. *Conference and Presentation of the National Academic Research*. May 25, 2017. (in Thai)
- The Research and Development Institute Foundation Elderly Thailand. (2018). *The Situation of the Elderly Thailand 2559*. Retrieved January 27, 2019 from <http://thaitgri.org/?p=38427>.
- Tongrodkam, R. (2017). *Depression in the Elderly*. Retrieved August 20, 2018 from http://www.stou.ac.th/stoukc/elder/main1_8.html.
- Wiersma, W., & Jurs, S. (2009). *Research Method in Education an Introduction*. (9th ed). Massachusetts: Pearson. (in Thai)
- Wongpanarak, N., & Chaleoykitti, S. (2014). Depression: A Significant Mental Health Problem of Elderly. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 24-31. (in Thai)

การพัฒนาแบบการสอนด้วยวิธีที่หลากหลาย (Didactic Teaching)

โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้ VARK ต่อทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์

ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน

The Development of an Instructional Model Based on Didactic Teaching
by using VARK Learning Styles on Analytical Thinking
on Public Health Program in Community Health

นภชา สิงห์วีระธรรม*

Noppcha Singweratham*

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก*

Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology*

(Received: May 21, 2019; Revised: August 21, 2019; Accepted: August 21, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) แบบแผนการเรียนรู้ (Learning Styles: VARK) 2) พัฒนาแบบการสอนด้วยวิธีที่หลากหลาย (Didactic Teaching) และ 3) ประสิทธิภาพของแบบการสอนด้วยวิธีที่หลากหลายต่อทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ดำเนินการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาแบบแผนการเรียนรู้ VARK ในนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 3 และ 4 จำนวน 76 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินแบบแผนการเรียนรู้ ได้ค่าความตรงเท่ากับ 1.00 ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการสอนด้วยวิธีที่หลากหลาย โดยผู้วิจัยนำผลการวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรมมากร่างรูปแบบ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อนักศึกษา ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิภาพของแบบการสอนด้วยวิธีที่หลากหลาย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 3 และ 4 จำนวน 74 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามการคิดเชิงวิเคราะห์ ได้ค่า ความตรงระหว่าง .67 – 1.00 และได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .801 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test ผลวิจัยพบว่า

1. นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน ร้อยละ 47.37 มีแบบแผนการเรียนรู้จากการดูหรือมองเห็น รองลงมาร้อยละ 22.37 มีแบบแผนการเรียนรู้จากการฟังหรือได้ยิน ร้อยละ 17.10 มีการเรียนรู้จากการอ่านหรือการเขียน และร้อยละ 13.16 มีการเรียนรู้จากการสัมผัสหรือเคลื่อนไหวร่างกาย น้อยที่สุด

2. รูปแบบการสอนด้วยวิธีที่หลากหลาย (Didactic Teaching) ต่อทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์เน้นการดูและการมองเห็น ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การประเมินแบบแผนการเรียนรู้ (VARK) 2) การใช้คลิป Youtube 3) การใช้เกมส์ Kahoot 4) การใช้เกมส์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ จาก Application Mentimeter 5) การนำเสนอรายงาน และ 6) การสะท้อนคิดด้วยวาจา

3. หลังเรียนรายวิชาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขโดยการสอนด้วยวิธีที่หลากหลาย มีทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ ($M = 3.88$, $SD = 0.43$) สูงกว่าก่อนเรียน ($M = 3.66$, $SD = 0.34$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$)

ควรมีการประเมินความถนัดในการรับรู้ข้อมูลของผู้เรียนร่วมกับการจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีที่หลากหลาย (Didactic Teaching) เพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์ของการศึกษาอีกทั้งยังสามารถพัฒนาทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ให้กับผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การสอนด้วยวิธีที่หลากหลาย, การคิดเชิงวิเคราะห์, นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: noppcha@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 061-5513399)

Abstract

This research and development study aimed to develop an instructional model on analytical thinking skills in students, based on both the didactic teaching approach in nursing and VARK learning styles. The object of study was a Public Health program in community. The instructional model was conceived, developed and assessed at Sirindhorn College of Public Health in Suphanburi. It consisted of : 1) VARK assessment, 2) Youtube clip VDO, 3) Kahoot online program, 4) Mentimeter online program, 5) Reports, and 6) Reflective thinking by words. There were three main steps in this study. First of all, an assessment of VARK was carried out in 76 public health students in year 3 and year 4. The VARK questionnaire presented content validity with IOC yielding 1.00. Secondly, the instructional model was evaluated by three experts in order to be improved. Lastly, the instructional model aiming to improve thinking skills was evaluated in 74 students. The analytical thinking questionnaire presented content validity with IOC between .67 - 1.00. Reliability was examined using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of .801. Descriptive statistic and inferential statistic paired t-test were applied to analyze data. The results for this study were as follows.

1. The student's learning styles were Visual (47.37), Auditory (22.37%), Read/Write (17.10%), and Kinesthetic (13.16%), respectively.

2. After receiving the program, analytical thinking was higher ($M= 3.88$, $SD= 0.43$) than before teaching ($M= 3.66$, $SD= 0.34$) with statistically significant p -value at .001 ($p<.001$).

The findings suggested that, in order to develop analytical thinking skills effectively in students, the VARK should be performed and integrated with didactical teaching.

Keywords: VARK, Didactic Teaching, Analytical Thinking, Public Health Program in Community Health Students

บทนำ

ตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2545 มาตรา 24 มีสาระสำคัญเน้นการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้สถานศึกษาให้มีทักษะและกระบวนการคิด โดยจัดกิจกรรมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริง ฝึกการปฏิบัติให้ทำได้ คิดเป็น ทำเป็น รักการอ่าน และเกิดการใฝ่รู้อย่างต่อเนื่อง (Government Gazette, 1999) เพื่อเป็นไปตามเป้าหมายการศึกษาแห่งชาติ สถานศึกษาทุกระดับจึงจำเป็นต้องจัดการเรียนการสอนให้นักเรียนมีทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ ซึ่งเป็นการคิดพื้นฐานของการคิดขั้นสูง เช่น การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การคิดเพื่อตัดสินใจ การคิดแก้ปัญหา การคิดสร้างสรรค์ การคิดอย่างมีเหตุผล คิดเชิงวิทยาศาสตร์ (Rukyngchareon, Thaikar, & Pramakate, 2012) นอกจากนี้การวิเคราะห์เป็นหนึ่งในหกของระดับการทำงานของสมองในด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) ที่ส่งผลต่อความสามารถด้านการคิด ตามจุดมุ่งหมายทางการศึกษา (Bloom's Taxonomy of Education Objectives) (Bloom, 1956) ดังนั้นหากผู้เรียนสามารถรับรู้ข้อมูลจากประสาทสัมผัสที่ตนเองถนัดจะส่งผลต่อการรับรู้และการคิดที่มีประสิทธิภาพ

การคิดวิเคราะห์ (Analytical Thinking) เป็นกระบวนการคิดเชิงลึก ซึ่งต้องใช้ความสามารถในการจำแนกองค์ประกอบต่าง ๆ และหาความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างองค์ประกอบเหล่านั้น เพื่อเกิดความรู้และความเข้าใจหรือค้นหาความจริงของสิ่งนั้น (Royal Academy, 2012) Mazano (2001) เสนอทักษะการคิดวิเคราะห์ประกอบด้วย 5

ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะการจำแนก เป็นความสามารถในการแยกแยะส่วนย่อย 2) ทักษะการจัดหมวดหมู่ เป็นความสามารถในการจัดกลุ่มจัดประเภท สิ่งของเข้าด้วยกัน 3) ทักษะการเชื่อมโยง เป็นทักษะการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูล 4) ทักษะการสรุปความ ความสามารถในการจับประเด็นและสรุปผลจากสิ่งที่กำหนด และ 5) การประยุกต์ เป็นความสามารถในการนำแนวคิด ทฤษฎี หลักการ องค์ความรู้ใช้ในการคาดคะเนเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ภายใต้กระบวนการเสนอโดยมีกระบวนการจัดกระทำกับข้อมูล 6 ชั้น คือ ชั้นรวบรวม ชั้นเข้าใจ ชั้นวิเคราะห์ ชั้นใช้ความรู้ให้เป็นประโยชน์ ชั้นบูรณาการความรู้ และชั้นจัดระบบคิดของตนเอง ดังนั้นการสร้างและส่งเสริมให้เกิดการคิดเชิงวิเคราะห์ จึงเป็นหน้าที่ของครูผู้สอนที่จะต้องพัฒนานิสัยเป็นนักคิดเชิงวิเคราะห์ โดยผ่านกระบวนการจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียน ได้แก่ 1) ฝึกให้ช่างสังเกต ช่างสงสัย ช่างใคร่ครวญ ไม่ด่วนสรุปและไม่คล้อยตามความคิดของตนเองเร็วเกินไป และตั้งข้อสังเกตในสิ่งที่เกิดขึ้นเพื่อหาข้อพิสูจน์ 2) ฝึกช่างซักไซ้ ช่างไต่ถาม และช่างแจกแจง เพื่อความชัดเจนและนำไปสู่การค้นหาคำความจริง 3) ฝึกช่างสืบค้น ช่างสะสม ช่างเรียนรู้ และทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในข้อมูลนั้น ๆ โดยไม่ยึดติดความคิดเห็นของตนเองเพื่อเอาชนะ ตลอดจนการปฏิเสธความลำเอียงเข้าข้างสิ่งที่ตนเองพึงพอใจ 4) ฝึกให้เป็นคนช่างคิด ช่างวิเคราะห์ ใช้เวลาในการพิจารณาข้อมูล โดยใช้หลัก 5W 1H และ 5) ฝึกช่างคิดให้ครบ คิดให้ทะลุปรุโปร่ง คิดให้เห็นถึงความกระจ่างถ่องแท้ ตรงประเด็น เพื่อหาคำตอบที่กระจ่างมากที่สุด (Chareonwongsak, 2010)

รูปแบบการเรียนรู้ที่จะเป็นตัวบ่งชี้ในการมีส่วนร่วมและการตอบสนองต่อของผู้เรียนประกอบด้วย องค์ประกอบการเรียนรู้ (Cognitive composite) อารมณ์ (Affective) และ ด้านจิตใจ (Psychological) (Duff, 2000) ดังนั้นการวัด ความถนัดในการรับรู้ข้อมูลหรือมีการเรียนรู้ได้ดีที่สุดด้วยการใช้ประสาทในการรับรู้ข้อมูลของผู้เรียนจึงถูกพัฒนาในปี ค.ศ. 1987 โดย Fleming ได้มีการพัฒนาและแบ่งการเรียนรู้ในการที่จะช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ตามความถนัดในการรับรู้ของตนเอง โดยแบ่งเป็น Visual (V), Aural or Auditory (A) Read/Write (R) and Kinesthetic (K) (VARK) โดยผู้เรียนเรียนรู้ 1) จากการดูหรือมองเห็น (Visual Learning Styles) 2) จากการฟัง การพูดคุย (Aural or Auditory Learning Styles) 3) เป็นการเรียนรู้จากการอ่าน (Read/write learning Styles) และ 4) จากการสัมผัสหรือเคลื่อนไหวร่างกาย (Kinesthetic Learning Styles) (Hawk, 2007) (Othman, 2010) ซึ่งรูปแบบการเรียนรู้ส่วนมากจะได้จากการดูหรือมองเห็น (Hamdani, 2010; Ibrahim & Hussein, 2016; Wattanakul, 2016) และจากการฟัง (Peymen, Sadeghifar, Khajavikhan, Yasemi, Rasool, Yaghoubi et al, 2014) ดังนั้นผู้สอนจึงมีบทบาทในการจัดการเรียนการสอนที่มีคุณภาพและสร้างสรรค์การเรียนการสอนที่กระตุ้นการเรียนรู้ (Othman, 2010) โดยการจัดการเรียนการสอนที่มีการออกแบบกิจกรรมที่มีความหลากหลายเพื่อให้ผู้เรียนมีความกระตือรือร้นในการเรียนการสอนด้วยวิธีที่หลากหลาย (Didactic Teaching) ที่เป็นการออกแบบการสอนโดยใช้ศาสตร์และศิลป์ทางการสอน (Art of Teaching) มาเป็นแนวทางในการจัดการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้เรียนและบรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Van Gelder, 1971 cite in Praboromarajchanok Institute of Health Workforce Development, 2016)

สถาบันพระบรมราชชนกเป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีเอกลักษณ์ของนักศึกษาว่า “การให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” ที่ประกอบด้วย จิตบริการ (Service Mind) การคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking) และ การส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วม (Participation) ดังนั้น การจัดรูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ ร่วมกับเทคนิคและเทคโนโลยีในปัจจุบัน ให้มีความหลากหลายและตรงกับรูปแบบการรับข้อมูลของผู้เรียน น่าจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมและตอบสนองการเรียนรู้ และยังอาจส่งผลให้ผู้เรียนมีทักษะด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ ดังนั้นการศึกษารูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียน และพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่หลากหลาย ต่อทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ ในรายวิชาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

วัตถุประสงค์วิจัย

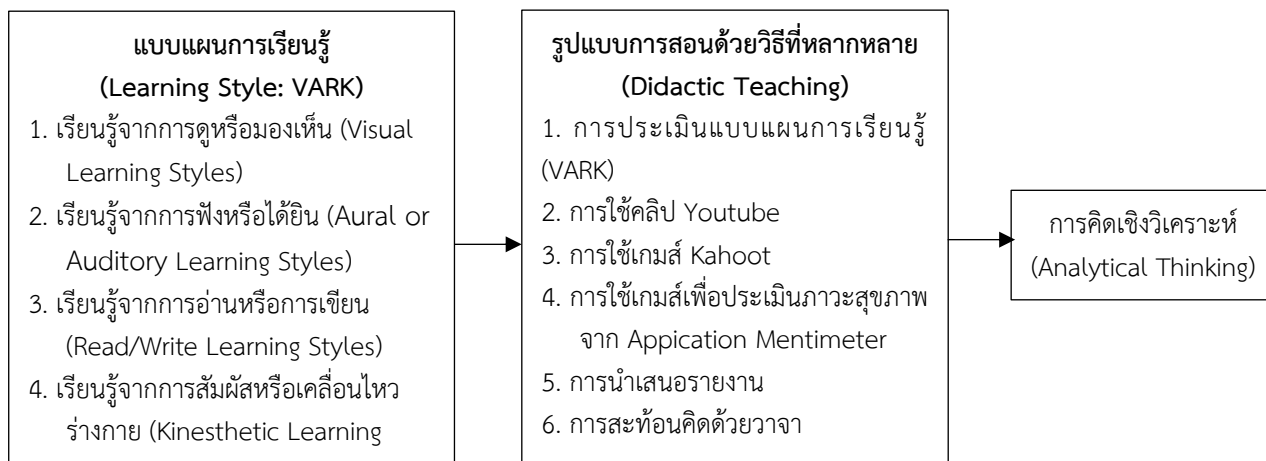
1. เพื่อศึกษาแบบแผนการเรียนรู้ (Learning Styles: VARK) ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน ในรายวิชาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสอนด้วยวิธีที่หลากหลาย (Didactic Teaching) ต่อทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการสอนด้วยวิธีที่หลากหลาย (Didactic Teaching) ต่อทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างก่อนและหลังเรียน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัย ใช้แนวคิดแบบแผนการเรียนรู้ (Learning Style: VARK) ของ Fleming (2009) โดยแบ่งแบบแผนการเรียนรู้ออกเป็น 4 แบบ ได้แก่ 1) เรียนรู้จากการดูหรือมองเห็น (Visual Learning Styles) โดยการรับรู้ผ่านการดู การมองเห็นผู้สอนสามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนสนใจเรียนจากสื่อการสอนที่น่าสนใจด้วยภาพ สี สัน และภาพเคลื่อนไหวที่เหมาะสม 2) เรียนรู้จากการฟังหรือได้ยิน (Auditory Learning Styles) ผู้เรียนจะถนัดฟัง ผู้สอนจึงต้องใช้วิธีการสอนโดยการบรรยาย การบอกจุด อภิปรายกลุ่ม การนำเสนอ และการจัดสัมมนา และ 3) เรียนรู้จากการสัมผัสหรือเคลื่อนไหวร่างกาย (Kinesthetic/Tactile Learning Styles) เป็นการลงมือปฏิบัติจริง เน้นการเคลื่อนไหว ผู้สอนต้องสอนให้ลงมือปฏิบัติจริง เช่นการแสดงละคร บทบาทสมมติ การทดลอง การเรียนแบบโครงงาน เป็นต้น (Othman, 2010) ดังนั้นหากผู้สอนทราบถึงแบบแผนการเรียนรู้ของเรียน จะช่วยออกแบบวิธีการสอนเพื่อผู้เรียนสามารถรับรู้ข้อมูลจากประสาทสัมผัสที่ตนเองถนัด

รูปแบบวิธีการสอนที่หลากหลาย (Didactic Teaching) จึงเป็นการออกแบบการสอนโดยใช้ศาสตร์และศิลป์ทางการสอนมาเป็นแนวทางในการออกแบบการสอนเพื่อนำไปสู่การจัดการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้เรียนและบรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ มี 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 ขั้นการวิเคราะห์และเตรียมความพร้อม ขั้นที่ 2 ขั้นกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ขั้นที่ 3 ขั้นการออกแบบการเรียนรู้ ขั้นที่ 4 ขั้นออกแบบการประเมินผล และขั้นที่ 5 ขั้นการประเมินผลการจัดการเรียนรู้ (Van Gelder, 1971 cite in Praboromarajchanok Institute of Heath Workforce Development, 2016)

ทั้งนี้ รูปแบบการสอนที่หลากหลาย จะส่งผลต่อการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการคิดเชิงวิเคราะห์ ซึ่งเป็นฐานของการคิดขั้นต้นสู่การคิดในระดับที่สูงขึ้น สำหรับการคิดเชิงวิเคราะห์นั้น ผู้วิจัยใช้แนวคิดการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking) ของมาร์ซาโน (Mazano's Taxanomy: Mazano, 2001; 2013) โดยสาระสำคัญสรุปได้ว่าการคิดและการเรียนรู้ประกอบด้วย 3 ระบบ คือ ระบบแห่งตน (Self-System) ระบบอภิปัญญาหรือการรู้คิด (Metacognitive System) และระบบการรู้คิด (Cognitive System) โดยระบบแห่งตนจะตัดสินใจยอมรับการเรียนรู้ของกิจกรรมใหม่ ต่อจากนั้นระบบการรู้คิดจะกำหนดเป้าหมายและให้แนวทางเพื่อบรรลุเป้าหมาย ในขณะที่ระบบสติปัญญาจะทำหน้าที่ในการกระทำการข้อมูลที่จำเป็นในลักษณะของการวิเคราะห์ ทั้งนี้มาร์ซาโนเสนอทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ประกอบด้วย 5 ทักษะ ได้แก่ การจำแนก การจัดหมวดหมู่ การเชื่อมโยง การสรุปความ และการประยุกต์ ภายใต้กระบวนการเสนอกระบวนการจัดการกระทำกับข้อมูล 6 ขั้นตอนได้แก่ ขั้นรวบรวม ขั้นเข้าใจ ขั้นวิเคราะห์ ขั้นใช้ความรู้ให้เป็นประโยชน์ ขั้นบูรณาการความรู้ และขั้นจัดระบบคิดของตนเอง ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยทำการวิจัยในรายวิชาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เรื่องบทนำเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข อุปสงค์อุปทานกับงานสาธารณสุข การประกันสุขภาพ การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ ต้นทุนและการวิเคราะห์ระบบ และการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาแบบแผนการเรียนรู้ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

ประชากร

ประชากรได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 3 และ 4 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ที่กำลังศึกษาในรายวิชาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 76 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่

1. แบบวัดแบบแผนการเรียนรู้ (Learning Styles) เพื่อวัดความถนัดในการรับรู้ข้อมูลหรือมีการเรียนรู้ได้ดีที่สุดด้วยการใช้ประสาทสัมผัสรับรู้ข้อมูล จากการดูหรือการมองเห็น การฟังหรือการได้ยิน การอ่านและการเขียน และจากการสัมผัสหรือเคลื่อนไหวร่างกาย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ มีคำตอบเป็นตัวเลือก (Multiple-choice Questionnaire) 4 ตัวเลือกตามแบบแผนการเรียนรู้ 4 แบบ V A R K และสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก และใช้เวลาในการตอบประมาณ 15 นาที แบบสอบถามได้มาจากแนวคิด ของ Fleming (2009) แปลโดย Pawuttipattarapong (2015) โดยมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82 (Leite, Svinicki, & Shi, 2010) ถามเกี่ยวกับแบบแผนการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติ แล้วให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็น หากต้องพบเจอเหตุการณ์นั้นๆ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินแบบแผนการเรียนรู้ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) อีกครั้ง ถึงแม้ว่าแบบประเมินดังกล่าวเป็นแบบประเมินที่มีคุณภาพ ทั้งนี้เพื่อให้เข้ากับบริบท เหตุการณ์ในปัจจุบัน โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อาจารย์ด้านสาธารณสุข 1 คน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 คน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษา 1 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 แล้วจึงนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุข

ชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ชั้นปีที่ 1 จำนวน 5 คน เพื่อความชัดเจนและข้อคำถามไม่กำกวม ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอจริยธรรมจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี จากนั้นผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงแบบสอบถามให้นักศึกษา 76 คน ทำแบบสอบถามโดยใช้เวลาทำแบบประเมิน 10 นาที แล้วจึงเก็บแบบสอบถาม ทั้งนี้ภายหลังก่อนส่งแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืนทั้งหมด จำนวน 76 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์แบบแผนการเรียนรู้ ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรีด้วยค่าความถี่และร้อยละ โดยนับจำนวนความถี่ว่านักศึกษาแต่ละคนเลือกตอบแต่ละตัวเลือกจำนวนเท่าไร หากความถี่ของตัวเลือกนั้นมากที่สุดแสดงว่านักศึกษามีแบบแผนการเรียนรู้แบบนั้น ๆ โดยแบบแผนการเรียนรู้มี 4 แบบ ดังนี้

เลือกตอบข้อ ก มากที่สุดแสดงว่านักศึกษามีแบบแผนการเรียนรู้จากการดูหรือมองเห็นมากที่สุด

เลือกตอบข้อ ข มากที่สุดแสดงว่านักศึกษามีแบบแผนการเรียนรู้จากการฟังหรือได้ยินมากที่สุด

เลือกตอบข้อ ค มากที่สุดแสดงว่านักศึกษามีแบบแผนการเรียนรู้จากการอ่านหรือการเขียนมากที่สุด

เลือกตอบข้อ ง มากที่สุดแสดงว่านักศึกษามีแบบแผนการเรียนรู้จากการสัมผัสหรือเคลื่อนไหวร่างกายมากที่สุด

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการสอนด้วยวิธีที่หลากหลาย (Didactic Teaching) ต่อทักษะการคิดเชิง

วิเคราะห์ ของนักศึกษาหลักสูตรทันตสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

มีขั้นตอนการพัฒนา ดังนี้

1. ผู้วิจัยทบทวนแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ แบบแผนการเรียนรู้ (Learning Styles) การจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีที่หลากหลาย (Didactic Teaching) และแนวคิดการคิดเชิงวิเคราะห์ เพื่อนำมาสังเคราะห์สาระสำคัญประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 ขั้นการวิเคราะห์และเตรียมความพร้อมในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ (Defining the Initial Starting Situation) โดยในขั้นนี้ผู้สอนสามารถนำแนวคิดที่ใช้ในการประเมินรูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียนได้คือ VARK Learning Style ขั้นที่ 2 ขั้นกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Defining the Educational Objectives) ขั้นที่ 3 ขั้นการออกแบบการเรียนรู้ (Designing the Teaching/Learning Process) ขั้นที่ 4 ขั้นออกแบบการประเมินผล (Designing the Assessment) และขั้นที่ 5 ขั้นการประเมินผลการจัดการเรียนรู้ (Evaluation the Course)

2. ศึกษาแบบแผนการสอนด้วยวิธีที่หลากหลาย (Didactic Teaching) และนำผลการประเมินแบบแผนการเรียนรู้จากขั้นตอนที่ 1 ซึ่งผลการประเมินพบว่านักศึกษาร้อยละ 55 มีแบบแผนการเรียนรู้จากการดูหรือมองเห็นมากที่สุด ดังนั้นผู้วิจัยจึงออกแบบรูปแบบการสอนด้วยวิธีที่หลากหลายที่เน้นแบบแผนการเรียนรู้ด้านการดูและมองเห็นเป็นลำดับแรก

3. ผู้วิจัยสร้างกรอกรูปแบบการสอนด้วยวิธีที่หลากหลาย (Didactic Teaching) ต่อการพัฒนาทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ ด้วยกิจกรรม 5 รูปแบบ Chareonwongsak, 2010) โดยเน้นการดูและการมองเห็น

4. นำกรอกรูปแบบไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ 1 คน อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 คน และอาจารย์ด้านการศึกษา 1 คน เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อนักศึกษา ผลการพิจารณาผู้ทรงทั้ง 3 ท่านเห็นว่ารูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อนักศึกษา แต่มีการปรับปรุง แก้ไขในบางประเด็นแล้วจึงปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปจัดทำแผนการสอน และทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

5. นำรูปแบบการสอนด้วยวิธีที่หลากหลาย (Didactic Teaching) และแผนการสอนให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อนักศึกษา ทั้งนี้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน เห็นว่า รูปแบบการสอนด้วยวิธีที่หลากหลาย (Didactic Teaching) ที่ยกกว้าง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ ต่อนักศึกษาแต่ควรปรับในประเด็นเวลาในแต่ละกิจกรรมให้มากขึ้น ก่อนนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการสอนด้วยวิธีที่หลากหลาย (Didactic Teaching) ต่อ ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ ของนักศึกษาหลักสูตรทันตสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด สุพรรณบุรี

ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Groups, Pre-test Post-test Design) มีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 3 และ 4 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ที่ กำลังศึกษาในรายวิชาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2561 ใช้เกณฑ์คัดเข้าโดยต้องเข้า เรียนและร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจนครบ 6 ชั่วโมงและยินดีเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 74 คน ทั้งนี้ เนื่องจากการวิจัยดังกล่าวเป็นการวิจัยที่ทำควบคู่ไปกับการจัดการเรียนการสอนตามตารางการสอนของวิทยาลัยการ สาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2561 จึงไม่สามารถกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อศึกษาวิจัยเพียงบางส่วน ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องให้ประชากรเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบวิธีการสอนที่หลากหลาย (Didactic Teaching) เรื่อง อุปสงค์ อุปทานกับงานสาธารณสุข การเงินการคลังในระบบสุขภาพ ในรายวิชาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ที่ผู้วิจัยสร้างและ พัฒนาขึ้นจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบบแผนการเรียนรู้ (Learning Styles: VARK) และจากการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การประเมินแบบแผนการเรียนรู้ (VARK) 2) การใช้คลิป Youtube 3) การใช้เกมส์ Kahoot 4) การใช้เกมส์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจาก Application Mentimeter 5) การ นำเสนอรายงาน และ 6) การสะท้อนคิดด้วยวาจา รวมทั้งสิ้น 6 ชั่วโมง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบสอบถามการคิดเชิงวิเคราะห์ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามอัตลักษณ์ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์และคุณลักษณะการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ของ Nawsuwan, Wisalaporn, & Sattayarak (2015) จำนวน 16 ข้อ ลักษณะของ แบบสอบถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาเลือกตอบเพียง 1 ระดับ โดยข้อความถามเป็นเชิงบวกทุกข้อให้คะแนนจากคะแนนเต็ม 5 หมายถึงปฏิบัติทุกวันถึงคะแนนน้อยที่สุด 1 คะแนน หมายถึงไม่ปฏิบัติเลย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โดยเป็นอาจารย์คณะ พยาบาลศาสตร์ 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 คน และอาจารย์ด้านการศึกษา 1 คน เพื่อ พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งใช้วิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective-Item Congruence; IOC) ด้วยการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งข้อความแต่ละข้อจะต้อง มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 และมีความเหมาะสมต่อการนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้หากการ พิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิพบว่าข้อความบางข้อต้องแก้ไขปรับปรุงเพื่อให้เป็นไปตามบริบทของพื้นที่ ผู้วิจัยจะ ดำเนินการแก้ไข ปรับปรุงก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 มาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยการ

สาธารณสุข สิรินคร จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .801

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
2. ผู้วิจัยปฐมนิเทศวิชา อธิบายลักษณะงานวิจัย ขั้นตอนการวิจัย วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่างและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม
3. ผู้วิจัยทำการประเมินทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์โดยใช้แบบสอบถาม ก่อนเข้ารับโปรแกรม (Pre-test)
4. ผู้วิจัยนำรูปแบบวิธีการสอนที่หลากหลาย (Didactic teaching) ที่สร้างขึ้นในขั้นตอนที่ 2 มาดำเนินการสอนโดยใช้เวลาทั้งสิ้น 6 ชม. ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นการวิเคราะห์และเตรียมความพร้อม : ประเมินแบบแผนการเรียนรู้ (VARK)	
ขั้นที่ 2 ขั้นกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ : ผู้สอนกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ร่วมกับนักศึกษา	
ขั้นที่ 3 ขั้นการออกแบบการเรียนรู้	
หัวข้อ	กิจกรรมการสอนด้วยวิธีที่หลากหลาย (Didactic Teaching)
บทนำเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Introduction of Health Economics)	ให้นักศึกษาดูคลิปเกี่ยวกับปัญหาโรคอ้วน หลังจากนั้นให้นักศึกษาจัดลำดับแนวทางการแก้ไข และนำเสนอจำนวน 30 นาที
อุปสงค์อุปทานด้านสาธารณสุข (Demand and Supply in Health care)	ให้นักศึกษาแบ่งกลุ่มได้ว่าที่ ในประเด็น “ผู้บริการไม่ใส่ใจ หรือคนไข้คิดไปเอง” หลังจากนั้นให้ผู้ฟังร่วมสรุปประเด็นและให้ข้อเสนอแนะ จำนวน 45 นาที
การประกันสุขภาพ (Health Insurance)	ให้นักศึกษาดูคลิปเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเมื่อเจ็บป่วย หลังจากนั้นให้นักศึกษาลงทะเบียนใน Kahoot เพื่อทำกิจกรรมแบบเลือกตอบ 1 ตัวเลือก จำนวน 60 นาที
การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ (Health Technology Assessment)	ให้นักศึกษาลงทะเบียนในโปรแกรม Mentimeter หลังจากนั้นให้นักศึกษาเลือกตอบในประเด็นเกี่ยวกับการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ จำนวน 30 นาที
ต้นทุนและการวิเคราะห์ระบบ (Unit Cost and System Analysis)	กิจกรรม ให้นักศึกษาดูคลิปเกี่ยวกับต้นทุนการรักษาพยาบาล ให้นักศึกษารวบรวมค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในการรักษาพยาบาล หลังจากนั้นสรุปประเด็นและให้ข้อเสนอแนะ จำนวน 60 นาที
การประเมินทางเศรษฐศาสตร์ (Health Economic Evaluation)	ให้นักศึกษาแบ่งกลุ่มจำนวน 3 กลุ่มตามสิ่งแทรกแซง หลังจากนั้นให้นักศึกษาลงทะเบียนใน Kahoot เพื่อทำกิจกรรมเรียงคำตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 60 นาที
ขั้นที่ 4 ขั้นตอนการประเมินผล : สอบ และทำรายงาน	
ขั้นที่ 5 ขั้นการประเมินผลการจัดการเรียนรู้ : ดำเนินการสอบ ให้นักศึกษานำเสนอรายงาน และสะท้อนคิดด้วยวาจา	

5. หลังจากดำเนินการตามรูปแบบการสอนด้วยวิธีที่หลากหลาย (Didactic Teaching) ผู้วิจัยทำการประเมินทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ด้วยแบบสอบถาม (Post-test) โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองอีกครั้ง

6. วิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

เปรียบเทียบทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างก่อนและหลังเรียนโดยการสอนด้วยวิธีที่หลากหลาย (Didactic Teaching) ด้วยสถิติ Paired t-test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ยอมรับสมมติฐาน ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์สถิติ Paired t-test ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010) โดย

การทดสอบข้อมูลว่ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) หรือไม่ด้วยการทดสอบจากสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าข้อมูลทักษะการคิดวิเคราะห์มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ($p=.200$)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยจะดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ได้เลขจริยธรรมหมายเลข PHCHP-อจ. 024 ลงวันที่ 5 ก.ค.61

ผลการวิจัย

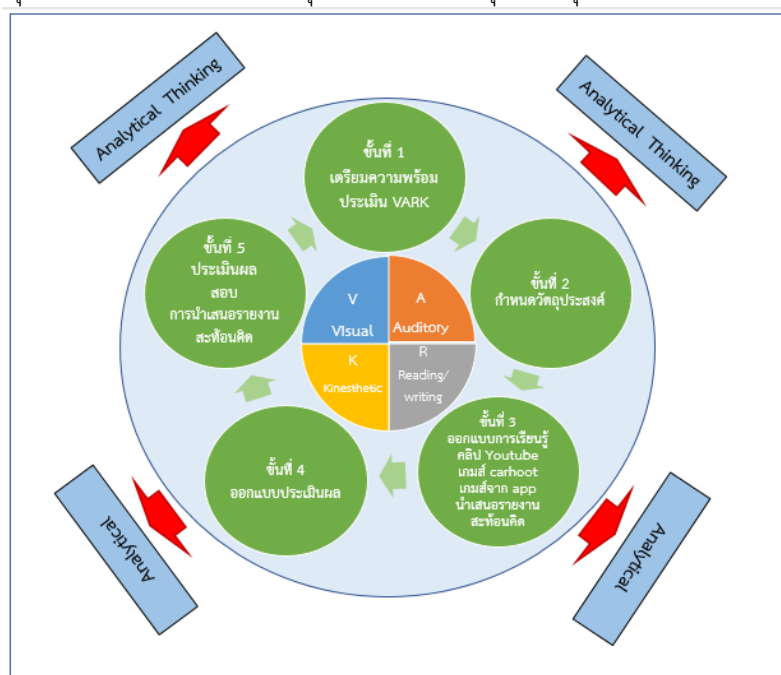
1. แบบแผนการเรียนรู้ (VARK) ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละ ของนักศึกษาที่มีแบบแผนการเรียนรู้

แบบแผนการเรียนรู้ (Learning styles: VARK)	จำนวน (N=76)	ร้อยละ
1. เรียนรู้จากการดูหรือมองเห็น (Visual Learning Styles)	36	47.37
2. เรียนรู้จากการฟังหรือได้ยิน (Auditory Learning Styles)	17	22.37
3. เรียนรู้จากการอ่านหรือการเขียน (Read/Write Learning Styles)	13	17.10
4. เรียนรู้จากการสัมผัสหรือเคลื่อนไหวร่างกาย (Kinesthetic Learning Styles)	10	13.16

จากตาราง 1 พบว่านักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ร้อยละ 47.37 มีแบบแผนการเรียนรู้จากการดูหรือมองเห็น รองลงมาร้อยละ 22.37 มีแบบแผนการเรียนรู้จากการฟังหรือได้ยิน ร้อยละ 17.10 มีการเรียนรู้จากการอ่านหรือการเขียน และร้อยละ 13.16 มีการเรียนรู้จากการสัมผัสหรือเคลื่อนไหวร่างกาย น้อยที่สุด

2. รูปแบบการสอนด้วยวิธีที่หลากหลาย (Didactic Teaching) ต่อทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี



ภาพ 2 รูปแบบการสอนด้วยวิธีที่หลากหลาย (Didactic Teaching)

จากภาพ 2 รูปแบบการสอนด้วยวิธีที่หลากหลาย (Didactic Teaching) ต่อกิจกรรมการคิดเชิงวิเคราะห์ ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ประกอบด้วยกิจกรรมที่เน้นการดูหรือการมองเห็น ได้แก่ 1) การประเมินแบบแผนการเรียนรู้ (VARK) 2) การใช้คลิป Youtube 3) การใช้เกมส์ Kahoot 4) การใช้เกมส์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ จาก Application Mentimeter 5) การนำเสนอรายงาน และ 6) การสะท้อนคิดด้วยวาจา

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการสอนด้วยวิธีที่หลากหลาย (Didactic Teaching) เรื่อง บทนำเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข อุปสงค์อุปทานกับงานสาธารณสุข การประกันสุขภาพ การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ ต้นทุนและการวิเคราะห์ระบบ และการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ ในรายวิชาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขต่อกิจกรรมการคิดเชิงวิเคราะห์ ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ก่อนเรียนและหลังเรียนโดยการสอนด้วยวิธีที่หลากหลาย (Didactic Teaching) จำแนกรายข้อ

ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์	ก่อนเรียน		หลังเรียน	
	M	SD	M	SD
1. สามารถสืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ	3.99	0.54	4.08	0.52
2. มีทักษะการตั้งคำถามหรือแสดงความคิดเห็นด้วยเหตุด้วยผล	3.45	0.58	3.91	0.72
3. มีทักษะในการสังเกตเพื่อนำมาเป็นข้อมูล	3.61	0.64	3.77	0.65
4. สามารถสรุปข้อมูลด้วยการจัดบันทึกเชิงวิเคราะห์	3.39	0.57	3.80	0.74
5. สามารถมองความจริงตามสภาพความเป็นจริง	3.91	0.58	4.04	0.69
6. มีทักษะการตัดสินใจที่เหมาะสม	3.81	0.59	3.97	0.68
7. มีความรอบรู้ในเรื่องที่ศึกษา	3.55	0.62	3.74	0.78
8. ยอมรับความคิดเห็นโดยปราศจากอคติ	4.11	0.71	4.23	0.69
9. สามารถรวบรวมข้อมูลที่แท้จริงได้อย่างเป็นระบบ	3.65	0.67	3.78	0.69
10. สามารถสรุปข้อมูลที่เป็นจริงอย่างเป็นระบบ	3.53	0.60	3.77	0.77
11. สามารถวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ	3.56	0.65	3.81	0.63
12. สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับความรู้ทางวิชาการ	3.36	0.59	3.73	0.65
13. สามารถจัดหมวดหมู่ข้อมูล	3.57	0.55	3.82	0.56
14. สามารถจำแนกแยกแยะข้อมูล	3.57	0.55	3.81	0.66
15. สามารถวางแผนให้บริการสุขภาพสอดคล้องกับบริบทของผู้รับบริการ	3.74	0.66	3.91	0.64
16. สามารถใช้เหตุผลหรือหลักฐานในการแก้ปัญหาอย่างรอบคอบ	3.76	0.59	3.89	0.65

จากตาราง 2 ก่อนเรียนและหลังเรียนโดยการสอนด้วยวิธีที่หลากหลาย (Didactic Teaching) ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ยอมรับความคิดเห็นโดยปราศจากอคติ ($M= 4.11, SD= 0.71$; $M= 4.23, SD= 0.69$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับความรู้ทางวิชาการ ($M= 3.36, SD= 0.59$; $M= 3.73, SD= 0.65$)

ตาราง 3 เปรียบเทียบทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างก่อนและหลังเรียนโดยการสอนด้วยวิธีที่หลากหลาย (Didactic Teaching) เรื่อง อุปสงค์ อุปทานกับงานสาธารณสุข การเงินการคลังในระบบสุขภาพ ในรายวิชาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข

การสอนด้วยวิธีที่หลากหลาย (Didactic Teaching)	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mean Difference</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i> (1-tailed)
ก่อนสอน	74	3.66	0.34	0.22	4.534	<.001
หลังสอน	74	3.88	0.43			

จากตาราง 3 พบว่าหลังเรียนเรื่อง บทนำเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข อุปสงค์อุปทานกับงานสาธารณสุข การประกันสุขภาพ การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ ต้นทุนและการวิเคราะห์ระบบ และการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ ในรายวิชาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขโดยการสอนด้วยวิธีที่หลากหลาย (Didactic Teaching) นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี มีทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ ($M=3.88$, $SD=0.43$) สูงกว่าก่อนเรียน ($M=3.66$, $SD=0.34$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p<.001$)

อภิปรายผล

การทดสอบด้วย VARK เพื่อถามแบบแผนการเรียนรู้ พบว่าส่วนมากนักศึกษาจะมีความถนัดในการรับรู้ข้อมูลจากการดูหรือการมองเห็น ร้อยละ 47.37 ซึ่งมีผลสอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยมีรูปแบบการเรียนรู้จากการดูหรือมองเห็น ร้อยละ 36 (Hamdani, 2015) ในนักศึกษาพยาบาลประเทศอิรัก ร้อยละ 40 (Ibrahim & Hussein, 2016) ในนักศึกษาพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ร้อยละ 32.8 (Wattanukul, 2016) จะเห็นได้ว่ารูปแบบการเรียนรู้ด้วยการดูหรือการมองเห็นมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ของนักศึกษามากกว่าการฟัง การอ่าน และการสัมผัสหรือเคลื่อนไหวร่างกาย โดยรูปแบบการเรียนรู้จากการดูและการมองเห็นนั้น ผู้เรียนจะสนใจการเรียนรู้จากการดู แผนที่ (Map) ภาพ (Picture) กราฟ (Graphs) แผนภูมิ (Diagram) แผนผังขั้นตอน (Flow Chart) การเน้นด้วยสี (highlighters) การใช้สีที่แตกต่างกัน (different colors) การใช้รูปภาพสื่อ (Word Pictures) และการนำเสนอในรูปแบบช่องว่าง (Different Spatial Arrangement) (Hawk, 2007) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งเสริมทักษะด้านการดูหรือการมองเห็นในรูปแบบการศึกษาอยู่แล้ว แต่บางครั้งนักศึกษบางกลุ่มมีแบบแผนการเรียนรู้จากการอ่าน (Peymen, Sadeghifar, Khajavikhan, Yasemi, Rasool, Yaghoubi et.al. 2014) ดังนั้นในการศึกษารูปแบบการเรียนรู้ก่อนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ VARK นั้น จะเป็นการทราบความต้องการรูปแบบการเรียนรู้เพื่อจัดการการเรียนรู้ให้ตรงกับความต้องการของผู้เรียนได้ ถึงอย่างไรก็ตามการใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบเดียวกันก็ยังไม่เพียงพอต่อการพัฒนาทักษะในตัวผู้เรียน ต้องใช้หลายๆ รูปแบบผสมผสานกัน (Hawk, 2007)

รูปแบบการเรียนการสอนในรายวิชาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขโดยการสอนด้วยวิธีที่หลากหลาย (Didactic Teaching) โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้จาก VARK โดยดำเนินการผสมผสานการเรียนรู้ที่เน้นการดูหรือการมองเห็นเป็นหลัก รองลงมา เรียนรู้จากการฟังหรือได้ยินจากการอ่าน และจากการสัมผัสหรือเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อให้เหมาะสมกับตัวผู้เรียน โดยเนื้อหาส่วนใหญ่วิชาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขนั้นส่วนใหญ่เป็นวิชาบรรยายที่มีภาคทฤษฎี ในเบื้องต้นได้มีการปรับสื่อการเรียนการสอนให้มีความหลากหลายทั้ง แผนที่ (Map) ภาพ (Picture) กราฟ (Graphs) แผนภูมิ (Diagram) แผนผังขั้นตอน (Flow Chart) การเน้นด้วยสี (Highlighters) และอื่น ๆ (Hawk, 2007) เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับความสนใจของผู้เรียน และยังได้มีการนำกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การโต้ว่าที่ การดูวิดีโอ การเล่นเกม Kahoot และ Metimeter เพื่อให้เกิดความหลากหลายรูปแบบการเรียนรู้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษาแพทย์ที่มีรูปแบบการเรียนรู้แบบอ่าน แต่นักศึกษาส่วนมากยังต้องการเทคนิคที่หลากหลายในการเรียนรู้ของตัวเอง และจากการเรียนการสอนโดยผู้สอน (Peymen, Sadeghifar, Khajavikhan, Yasemi, Rasool, Yaghoubi et.al.,

2014; Slater, Lujan, & Dicarlo, 2007) ดังนั้นการผสมผสานรูปแบบที่หลากหลายในการรับรู้ข้อมูลทั้ง 4 ทักษะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ (Hawk, 2007)

ผลของการเรียนด้วยวิธีที่หลากหลาย (Didactic Teaching) ในรายวิชาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข พบว่า นักศึกษามีทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์สูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนตามรูปแบบ VARK ร่วมกับการสอนด้วยวิธีที่หลากหลายนั้นเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมากขึ้น การนำ VARK มาประเมินเพื่อทราบรูปแบบการเรียนรู้ นั้น สามารถเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (Alkhasawneh, 2013) เพิ่มผลสัมฤทธิ์และความพึงพอใจ (Srimala & Wangruangsatid, 2015) เพิ่มผลสัมฤทธิ์กับรูปแบบการสอนแบบร่วมมือ (Cooperative Learning) (Tirapaiwong, Teerawatskul, Jermworapipat, & Watthanachai, 2017) เพิ่มผลสัมฤทธิ์กับรูปแบบการสอนแบบการจัดการเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นฐาน (Alkhasawneh, Mrayyan, Docherty, Alashram, & Yousef, 2008) อธิบายได้ว่าการประเมินรูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียนก่อนการจัดการเรียนการสอนนั้น เป็นสิ่งที่จำเป็น ซึ่งจะทำให้ นักศึกษาบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ของรายวิชาครบทุกด้าน เนื่องด้วยรูปแบบการสอนที่เหมาะสมกับตัวผู้เรียนและการใช้เทคนิคการสอนที่หลากหลายส่งผลให้เกิดทักษะเชิงวิเคราะห์ เช่นการใช้สื่อการสอนที่เป็นวีดิทัศน์จาก YouTube ที่เปิดให้ผู้เรียนได้ดูรอบที่ 1 และหลังจากนั้นจึงให้ดูคำถามและให้ลองตอบคำถามในเบื้องต้นก่อน หลังจากนั้นจึงเปิดให้ดูเป็นรอบที่ 2 และให้ผู้เรียนตอบคำถามเดิม โดยกระบวนการนี้จะเน้นให้ผู้เรียนฝึกให้ช่างสังเกต ช่างสงสัย ช่างใคร่ครวญ ไม่ด่วนสรุปและไม่คล้อยตามความคิดของตนเองเร็วเกินไป และตั้งข้อสังเกตในสิ่งที่เกิดขึ้นเพื่อหาข้อพิสูจน์ (Chareonwongsak, 2010) ซึ่งถือได้ว่าเป็นกระบวนการแรกของการคิดวิเคราะห์ หรือในกิจกรรมการใช้ Kahoot แบบ 4 ตัวเลือก โดยการทำกิจกรรมนี้ส่งเสริมให้ ฝึกช่างสืบค้น ช่างสะสม ช่างเรียนรู้ และทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในข้อมูลนั้น ๆ โดยไม่ยึดติดความคิดเห็นของตนเองเพื่อเอาชนะ ฝึกให้เป็นคนช่างคิด ช่างวิเคราะห์ ใช้เวลาในการพิจารณาข้อมูล ก่อนที่จะเลือกตอบคำตอบ (Chareonwongsak, 2010)

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก แบบสอบถามเรื่อง VARK เป็นแบบสอบถามที่ให้นักศึกษาเลือกตอบเอง (Self-Report) ในขณะที่ถาม (Real-life Situation) และทำจากกลุ่มนักศึกษาที่เรียนด้วยกัน โดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบดังนั้นจึงอาจเกิดอคติในผลของรูปแบบการเรียนรู้ได้ ประกอบกับการสอบถามเรื่องรูปแบบการเรียนรู้ ใช้แบบสอบถามที่พัฒนามาแล้วอาจจะไม่ได้การสนใจในประเด็น เศรษฐฐานะ วัฒนธรรม เชื้อชาติ โดยปัจจัยเหล่านี้ อาจจะมีผลต่อรูปแบบการเรียนรู้ร่วมด้วย และในการทดสอบ VARK ผู้วิจัยแยกรูปแบบการเรียนรู้เป็น 4 ประเภท ไม่ได้จัดรวมกลุ่มพฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้เรียน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาผู้เรียนมีแบบแผนการเรียนรู้แบบเรียนรู้จากการดูหรือการมองเห็น (Visual Learning Styles) ดังนั้นผู้สอนควรมีกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียนเพื่อให้เกิดการกระตุ้นการเรียนรู้ตามความต้องการของผู้เรียน แต่ถึงอย่างไรก็ตามผู้สอนควรมีการผสมผสานรูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลายเพื่อพัฒนาทักษะด้านอื่น ๆ เนื่องจากสื่อการเรียนรู้มีความหลากหลายและมีรูปแบบที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา
2. จากแนวความคิดว่าทุกคนสามารถเรียนรู้ได้และทุกคนมีรูปแบบการเรียนรู้ตามที่ตัวเองสนใจ ดังนั้นหากผู้สอนทราบพฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้เรียนก็จะเป็นการขจัดปัญหาในเรื่องความสนใจเรียน และยังสามารถประยุกต์ใช้เทคนิคการสอนเพื่อให้เกิดอัตลักษณ์ตามที่ต้องการได้ หากมีการประยุกต์ใช้กับผู้เรียนที่มีผลการเรียนต่ำ และจัดรูปแบบการศึกษาให้เหมาะสมก็จะเพิ่มผลสัมฤทธิ์ของการศึกษาทั้งในรายกลุ่มและรายบุคคลด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรวัดการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาโดยใช้แบบประเมินตนเองและแบบวัดการคิดเชิงวิเคราะห์ที่เป็นสถานการณ์ให้ตัดสินใจเลือก

2. ควรมีการประเมิน VARK ในการรวมกลุ่มว่าผู้เรียนมีความสนใจในแบบอื่นร่วมด้วยหรือไม่ เพื่อจะได้จัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียนมากยิ่งขึ้น และควรทำผลการศึกษาในกลุ่มที่มีคะแนนสูงและกลุ่มที่มีคะแนนต่ำเพื่อเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่ม ตลอดจนออกแบบงานวิจัยเป็น 2 กลุ่มวัดก่อนหลัง (Two Group Pretest Posttest)

Reference

- Alkhasawneh, E. (2013). Using VARK to Assess Changes in Learning Preferences of Nursing Student at a Public University in Jordan: Implications for teaching. *Nurse Education Today*, 33(2), 1546-1549.
- Alkhasawneh, I. M., Mrayyan, M. T., Docherty, C., Alashram, S., & Yousef, H. Y. (2008). Problem-Based Learning (PBL): Assessing Students' Learning Preferences Using VARK. *Nurse Education Today*, 28(5), 572-579.
- Bloom, S. B. (1956). *Taxonomy of Education Objectives Book.: Cogniyive Domain*. London: Longman Group Company.
- Chareonwongsak, K. (2010). *Analytical Thinking*. (6th ed.). Bangkok: Success Media. (in Thai)
- Duff, A. (2000) Learning Style of UK Higher Education Students: Four Studies of the Reliability and Replicability of the Learning Style Questionnaire (LSQ). *Bristol Business School Teaching and Research Review*, 14(3), 131-177.
- Fleming, N. D. (2009). *VAR K: A Guide to Learning Styles. (Version 7.1)*. Retrieved April 20, 2019 from <http://www.varklearn.com/english/index.asp>
- Government Gazette. (1999). "Educational Management Guidelines". (1999, 19 August), Issue No. 116, Episode 74, Kor., Page 10. (in Thai)
- Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E. R. (2010). *Multivariate Data Analysis*. (7th ed). New Jersey: Pearson Education.
- Hamdani, D. A (2010). *Exploring Students' Learning Style at a Gulf University: A Contributing Factor to Effective Instruction*, 7(C), 652-660.
- Hawk, F. K. (2007). Using Learning Style Instruments to Enhance Student Learning. *Decision Science Journal of Innovative Education*, 5(1), 1-19.
- Ibrahim, R. H., & Hussein, D. A. (2016). Assessment of Visual, Auditory, and Kinesthetic Learning Style among Undergraduate Nursing Students. *International Journal of Advance Nursing Studies*, 5(1), 1-4.
- Marzano, R. J. (2013). Ashing Questions - At Four Different Levels. *Educational Leadership*, 70(5), 76-77.
- Leite, W., Svinicki, M. D., & Shi, Y. (2010). Attempted Validation of the Scores of the VARK: Learning Styles Inventory with Multitrait-Multimethod Confirmatory Factor Analysis Models. *Education and Psychological Measurement*, 70(2), 323-339.
- Marzano, R. J. (2001). *Designing A New Taxanomy of Education Objective*. Clifornia: Corwin.
- Nawsuwan, K., Wisalaporn, S., & Sattayarak, D. W. (2015). Indicators Development of Nursing Students's Identity in Nursing Colleges, Ministry of Public Health. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 7(3), 59-73. (in Thai)

- Othman, N. Amiruddin. M. H. (2010). Different Perspectives of Learning Styles form VARK Model. *Procedia Social and Behavioral Science*, 7(C), 652-660.
- Pawuttipattarapong. (2015). *VARK: A Guide to Learning Preference*. Retrieved October 3, 2018 from <http://vark-learn.com/home-thai/>. (in Thai)
- Peymen, H., Sadeghifar, J., Khajavikhan, J., Yasemi, M., Rasool, M., Yaghoubi, M. Y., Nahal, H. M. M., & Karim, H. (2014). Uning VARK Approach for Assessing Preferred Learning Styles of First Year Medical Science Students: A survey from Iran. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8(8), 1-4.
- Praboromarajchanok Institute of Heath Workforce Development, Ministry of Public Health. (2016). *Didactic Strategies: Lead by Example*. Nonthaburi: Yuttarin Printing. (in Thai)
- Praboromarajchanok Institute of Heath Workforce Development, Ministry of Public Health. (2011). *Handbook on Development Student' s Identity of Praboromarajchanok*. Nonthaburi: Yuttarin Printing. (in Thai)
- Royal Academy. (2012). *Dictionary of Education Royal Institute*. Bangkok: Arun Printing. (in Thai)
- Rukyingchareon, K., Thaikar, A., & Pramakate, N. (2012). The Study of Higher-rdered thinking in Adult and Elderly Nursing I Among Sophomore Nursing Students. *Journal of Health Science Research*, 6(1), 49-57. (in Thai)
- Slater, A. J., Lujan, L. H., & Dicarlo, E. F., (2007) Does Gender Influence Learning Style Preference of First-Year Medical Students?. *Adv Physiol Educ*, 31, 336-342.
- Srimala, S., & Wangruangsatid, R., (2015). Achievement and satisfaction of Nursing Students Studying Newborn nursing care by using VARK Learning Styles. *Journal of Health Science*, 24(4), 751-759. (in Thai)
- Tirapaiwong, Y., Teerawatskul, S., Jermworapipat, S., & Watthanachai, P., (2017). The Development of an Instructional Model Based on Cooperative Learning by Using VARK Learning Styles on Knowledge and Learning with Happiness of Nursing students. *Journal of Boromarajonani College of Nursing Bangkok*, 33(2), 1-13. (in Thai)
- Wattanakul, B. Ngamkham, S., & Ngamwongwan, G. (2016). Difference in Learning Performance of Nursing Students. *Journal of Health Science Research*, 10(1), 54-61. (in Thai)

สมรรถนะและการปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบบัตรออตตาวา
ของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการระดับปฐมภูมิ พื้นที่ภาคใต้
Health Promotion Competency and Practice among Nurses
in Primary Care Services, Southern Region of Thailand

ญันท์ วอลเตอร์^{1*} และ วรรัตน์ ทิพย์รัตน์¹
Yanat Wauters^{1*} and Wararat Tiparat¹
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง^{1*}
Boromarajonani College of Nursing, Trang^{1*}

(Received: February 28, 2019; Revised: September 03, 2019; Accepted: September 04, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพและการปฏิบัติบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ภาคใต้ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ภาคใต้ จำนวน 138 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และ 3) การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบบัตรออตตาวา รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น เครื่องมือในส่วนที่ 2 และ 3 ได้ค่าเท่ากับ .97 และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 4 ด้าน อยู่ในระดับชำนาญ ได้แก่ ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ ($M=1.82, SD=.44$) ด้านปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ ($M=1.84, SD=.44$) ด้านบริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพ ($M=1.77, SD=.43$) และด้านการพัฒนาภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ ($M=1.74, SD=.47$) ส่วนสมรรถนะอีก 1 ด้าน คือ การวิจัยและการจัดการความรู้ อยู่ในระดับพื้นฐาน ($M=1.59, SD=.51$) ส่วนการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบบัตรออตตาวา พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=2.32, SD=.47$) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมากเช่นกัน โดยบทบาทด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M=2.41, SD=.51$)

ข้อเสนอแนะ ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาล โดยเฉพาะด้านการวิจัยและการจัดการความรู้ รวมทั้งการส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบบัตรออตตาวาของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการระดับปฐมภูมิต่อไป

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพ, สมรรถนะ, บทบาท, พยาบาลวิชาชีพ, บริการระดับปฐมภูมิ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: yanat@bcnt.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 085-4489860)

Abstract

This descriptive study aimed to study level of health promotion competencies, and practices among nurses who provided health services at primary care level in Southern region of Thailand. Sample was 138 registered nurses who worked in primary care unit. Research tool was self-reported questionnaire including 3 parts, personal data, health promotion competencies, and health promotion practice based on Ottawa Charter. The questionnaire's content validity had been confirmed. Its reliability was tested, and yielded a value of .96-.97. Data were analyzed by using descriptive statistics, percentage, mean, and standard deviation.

The results revealed that the majority of the sample rated their health promotion competencies in personal characteristics in health promotion, nursing practice in health promotion, management in health promotion, and development of health promotion network at expert level ($M=1.82$, $SD=.44$; $M=1.84$, $SD=.44$; $M=1.77$, $SD=.43$, and $M=1.74$, $SD=.47$, respectively). However, research and knowledge management was rated at a basic level ($M=2.32$, $SD=.47$). In terms of health promotion practice based on Ottawa Charter, the majority performed health promotion practice including building healthy public policy, strengthening community action, developing personal skills, and reorienting health services at a high level ($M=2.32$, $SD=.47$); the highest mean score was in health promotion role regarding developing personal skills ($M=2.41$, $SD=.51$).

The findings from this study can be used as guidelines to develop health promotion competencies especially in research and knowledge management, and promote health promotion practice.

Keywords: Health Promotion, Competency, Role, Nurse, Primary Care Service

บทนำ

สถานการณ์ปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบัน พบว่าประชาชนมีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้หรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ข้อมูลจากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) ระบุว่า การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาทำให้รูปแบบของภาระโรคเปลี่ยนจากโรคติดต่อไปเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และยังมีปัญหาสุขภาพจากอุบัติเหตุ ภัยพิบัติและภัยสุขภาพ รวมทั้งโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมสูงขึ้น ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพจึงได้ถูกกำหนดให้เป็นประเด็นสำคัญประเด็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ที่ 1 (เร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก) ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับนี้ เพื่อให้คนไทยทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี ลดการเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ (Ministry of Public Health, 2016)

การสร้างเสริมสุขภาพได้ถูกระบุไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 ว่าเป็นการกระทำที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพทางกาย จิต ปัญญา และสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมบุคคล และการจัดการสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม (National Health Commission, 2010: 5 Cited in Kampalikit, Arpanantikul, & Chinuntuya, 2016) ทั้งนี้ประเทศไทยให้ความสำคัญสูงกับการสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากเป็นการดำเนินงานในทุกด้านที่จะพัฒนาความสามารถบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมในการจัดการ กับปัจจัยทั้งหมดที่มีผลต่อสุขภาพ อันจะนำไปสู่สุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมต่อไป

ระบบบริการ/สุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care) เป็นฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และมีความเท่าเทียม เน้นการดำเนินงานเชิงรุก นั่นคือ การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันความเจ็บป่วย ช่วยลดช่องว่างการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน มีความใกล้ชิดกับประชาชนและชุมชนมากที่สุด ซึ่งประเทศไทยมีนโยบายและแผนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยให้แก่ประชาชน รวมทั้งทำให้การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของประชาชนเพิ่มขึ้น ทั้งนี้พยาบาลเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ จึงเป็นพลังสำคัญในการขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพนับเป็นบทบาทที่สำคัญบทบาทหนึ่งของพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ จึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการสร้างเสริมสุขภาพดังกล่าวในการดูแลสุขภาพประชาชน ซึ่งสมรรถนะเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ ทักษะ ความสามารถ และพฤติกรรมที่ต้องใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ หรือเป็นความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งควรครอบคลุมสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การบริหารจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาเครือข่ายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการวิจัยและการจัดการความรู้ (Kampalikit, Luecha, Baramee, Klunklin, Suwanpatikorn, & Suwannakeeree, 2007 cited in Kaewthummanukul & Sirakamon, 2016)

สภาการพยาบาลให้ความสำคัญกับสมรรถนะของพยาบาลในมิติการสร้างเสริมสุขภาพ โดยได้ร่วมกับภาคีเครือข่ายองค์กรวิชาชีพการพยาบาลทั่วประเทศ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ร่วมกันดำเนินงานโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งมีมหาวิทยาลัยในเขตพื้นที่ 5 ภาค เป็นกลไกร่วมขับเคลื่อนจนเกิดคำประกาศเจตนารมณ์ร่วมกัน ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2557 เพื่อขับเคลื่อนบทบาทวิชาชีพการพยาบาลในการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนทั้ง 13 กลุ่ม ตั้งแต่เกิดจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (Driving Nursing Profession for Health Promotion Project, Thailand Nursing and Midwifery Council, 2015 cited in Krungkraipetch, Junprasert, Rattanaagreeethakul, Techasuksri, Sananreongsak, Viriya et.al, 2017)

ในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ พยาบาลจำเป็นต้องมีบทบาทการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่มีความเชื่อมโยงและสอดคล้องกับกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ซึ่งเป็นหลักการที่ได้รับการยอมรับกันอย่างกว้างขวางในวงการสาธารณสุขนานาชาติ โดยได้มีการกำหนดขึ้นในปี พ.ศ. 2529 ณ เมืองออตตาวา ประเทศแคนาดา ซึ่งประกอบไปด้วยกลยุทธ์หลัก 5 ด้าน ได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างชุมชนเข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับบริการสุขภาพ (Kampalikit, Arpanantikul & Chinuntuya, 2016)

นอกจากนี้ การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับสมรรถนะและบทบาทของพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพพบว่ายังไม่มีการศึกษาในภาคใต้ มีเพียงการศึกษาในเขตภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (บางส่วน) (Kunaviktikul, Wichaihum, Nantsupawat, Sirakamon, Bhosai, Sathapompat et.al, 2015; Kaewthummanukul & Sirakamon, 2016; Krungkraipetch, Junprasert, Rattanaagreeethakul, Techasuksri, Sananreongsak, Viriya et.al, 2017) คณะผู้วิจัยจึงได้ศึกษาสมรรถนะและการปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา ของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการระดับปฐมภูมิพื้นที่ภาคใต้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เหมาะสมเฉพาะเจาะจงในพื้นที่ภาคใต้ ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะ รวมทั้งบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพที่ให้บริการระดับปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ภาคใต้
2. เพื่อศึกษาการปฏิบัติบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ภาคใต้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ประยุกต์แนวคิดสมรรถนะที่จำเป็นในการบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้กรอบแนวคิดของKampalikit, Luecha, Baramee, Klunklin, Suwan patikorn, & Suwannakeeree (2007) ซึ่งประกอบด้วยสมรรถนะสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ 2) ด้านปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ 3) ด้านบริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพ 4) ด้านการพัฒนาภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ และ 5) ด้านการวิจัยและการจัดการความรู้ร่วมกับบทบาทตามกลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter, 1986 cited in Kampalikit, Arpanantikul, & Chinuntuya, 2016) โดยกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยปฏิบัติการปฏิบัติบทบาท 5 ด้าน คือ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ 5) การปรับระบบบริการสุขภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมโครงการอบรมฟื้นฟูวิชาการ สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ เรื่องพยาบาลเวชปฏิบัติกับการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2562 จัดโดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง จำนวน 157 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ภาคใต้ และ เข้าร่วมโครงการอบรมฟื้นฟูวิชาการสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ เรื่องพยาบาลเวชปฏิบัติกับการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2562 จัดโดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง จำนวน 138 คน มีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Random Sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ภาคใต้ ทั้งนี้พบว่าพยาบาลวิชาชีพอีก 19 คน ไม่ได้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ภาคใต้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามจากงานวิจัยของ Kaewthummanukul, & Sirakamon (2016) เกี่ยวกับระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา 5 ด้าน ซึ่งพัฒนาโดยคณะกรรมการโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่งงาน การได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทาง (4 เดือน) และหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน
2. ระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นแบบสอบถามจำนวน 32 ข้อ เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ 2) ด้านปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ 3) ด้านบริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพ 4) ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 5) ด้านการพัฒนาภาคีเครือข่ายการสร้าง

เสริมสุขภาพ และ 6) ด้านการวิจัยและการจัดการความรู้ โดยแบ่งสมรรถนะออกเป็น 3 ระดับ คือ ขั้นพื้นฐาน ขั้นชำนาญ และขั้นเชี่ยวชาญ โดยมีการแปลผล ดังนี้

ระดับพื้นฐาน (1 คะแนน) หมายถึง มีสมรรถนะ นั้น ๆ ตามเกณฑ์มาตรฐาน แต่ต้องมีพี่เลี้ยงสอน ชี้แนะ

ระดับชำนาญ (2 คะแนน) หมายถึง มีสมรรถนะ นั้น ๆ ตามเกณฑ์มาตรฐาน และสามารถแสดงสมรรถนะนั้นโดยอิสระ สามารถนำใช้ข้อมูลหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อประกอบการทำงานได้

ระดับเชี่ยวชาญ (3 คะแนน) หมายถึง มีระดับ สมรรถนะนั้น ๆ เกินเกณฑ์มาตรฐาน และสามารถให้คำแนะนำ ชี้แนะ สอน ให้คำปรึกษาผู้อื่น นำใช้ข้อมูลหรือหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการวิจัย ได้คะแนนรวมของแต่ละด้านที่ได้เป็นคะแนนรวมของทุกข้อในด้านนั้น ๆ หากด้วยจำนวนข้อ ซึ่งค่าเฉลี่ยจะอยู่ระหว่าง 1-3 ซึ่งแปลผลได้ดังนี้

คะแนน 1-1.66 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีระดับสมรรถนะด้านนั้น ๆ ขั้นพื้นฐาน

คะแนน 1.67-2.33 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีระดับสมรรถนะด้านนั้น ๆ ขั้นชำนาญ

คะแนน 2.34-3.00 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีระดับสมรรถนะด้านนั้น ๆ ขั้นเชี่ยวชาญ

3. การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรรอตตาวา เป็นแบบสอบถามการรับรู้ความถี่ของการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรรอตตาวา 5 ด้าน ได้แก่ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ 5) การปรับระบบบริการสุขภาพ โดยมีข้อคำถาม จำนวน 22 ข้อ แบ่งความถี่เป็นมาตรวัด 4 ระดับ คือ เป็นประจำ บางครั้ง น้อยมาก และไม่เคยปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน จากงานวิจัยของธานี แก้วธรรมานุกุล และสมใจ ศิริภมม (2559) และในการวิจัยครั้งนี้ได้นำเครื่องมือวิจัยซึ่งเป็นแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในจังหวัดตรัง จำนวน 30 คน แล้วจึงนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในส่วนที่ 2 และ 3 โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .97 และ .96 ตามลำดับ

การรวบรวมข้อมูล

ทีมผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามให้กับผู้เข้าร่วมโครงการอบรมฟื้นฟูวิชาการสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ เรื่อง พยาบาลเวชปฏิบัติกับการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2562 จัดโดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ระหว่างวันที่ 26-30 พฤศจิกายน 2561 โดยในการตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 15 นาที ในวันแรกของการประชุม หลังจากการลงทะเบียน ผู้เก็บข้อมูลคือทีมผู้ทำวิจัย และได้รับแบบสอบถามคืนกลับมาทั้งหมดจำนวน 138 ชุด คิดเป็นร้อยละ 87.90

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ได้รับการอนุมัติ หมายเลข 37/2561 ลงวันที่ 16 กรกฎาคม 2561

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในภาคใต้ ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 44.47 ปี ($SD=7.53$) โดยอยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 57.97 เป็นเพศหญิงร้อยละ 97.80 การศึกษาอยู่ระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 88.40 มีประสบการณ์อยู่ในช่วง 11-20 ปี ร้อยละ 42.80 อยู่ในระดับผู้ปฏิบัติ ร้อยละ 95.70 ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาเบื้องต้น) ร้อยละ 86.20 และมีระดับการให้บริการในระดับ ปฐมภูมิ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล ร้อยละ 100

2. ข้อมูลระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ตาราง 1 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ($n = 138$)

สมรรถนะ	พิสัย	M	SD	ระดับ
ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ	1-3.17	1.82	.44	ชำนาญ
ด้านปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ	1-3.00	1.84	.44	ชำนาญ
ด้านบริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพ	1-2.71	1.77	.43	ชำนาญ
ด้านการพัฒนาภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ	1-3.00	1.74	.47	ชำนาญ
ด้านการวิจัยและการจัดการความรู้	1-3.00	1.59	.51	พื้นฐาน
โดยรวม	1-2.63	1.77	.40	ชำนาญ

จากตาราง 1 พบว่า สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับชำนาญ ($M= 1.77, SD= .40$) และเมื่อจำแนกรายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับชำนาญ โดยด้านปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M= 1.84, SD= .44$) และด้านการวิจัยและการจัดการความรู้ อยู่ในระดับพื้นฐาน ($M= 1.59, SD= .51$)

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการสร้างเสริมสุขภาพรายข้อ ($n=138$)

สมรรถนะ	ระดับ		
	พื้นฐาน จำนวน (ร้อยละ)	ชำนาญ จำนวน (ร้อยละ)	เชี่ยวชาญ จำนวน (ร้อยละ)
ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ			
1. มีความรู้เกี่ยวกับแนวคิด/หลักการ/ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ	41 (29.71)	96 (69.57)	1 (.72)
2. มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์กิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	40 (29.00)	95 (68.80)	3 (2.20)
3. มีทัศนคติที่ดีต่อการสร้างเสริมสุขภาพและวิชาชีพ	24 (17.40)	102 (73.90)	12 (8.70)
4. ปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพ	27 (19.60)	101 (73.20)	10 (7.20)
5. พัฒนานตนเองโดยการแสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่อง	25 (18.10)	106 (76.80)	7 (5.10)
6. ติดตามนโยบายระดับชาติและนานาชาติที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพด้านปฏิบัติการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	48 (34.80)	85 (61.60)	5 (3.60)
ด้านปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ			
7. ประเมินพฤติกรรมและภาวะสุขภาพ	28 (20.30)	103 (74.60)	7 (5.10)
8. ประเมินสภาพแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ	26 (18.80)	106 (76.80)	6 (4.30)
9. ตรวจคัดกรองปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วย	26 (18.80)	102 (73.90)	10 (7.20)

ตาราง 2 (ต่อ)

สมรรถนะ	ระดับ		
	พื้นฐาน จำนวน (ร้อยละ)	ชำนาญ จำนวน (ร้อยละ)	เชี่ยวชาญ จำนวน (ร้อยละ)
10. ให้การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลเพื่อให้บริการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม	31 (22.50)	104 (75.40)	3 (2.20)
11. วางแผนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	35 (25.40)	96 (69.60)	7 (5.10)
12. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการ	40 (29.00)	92 (66.70)	6 (4.30)
13. สอนและให้ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	29 (21.00)	100 (72.50)	9 (6.50)
14. จัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ	36 (26.10)	94 (68.10)	8 (5.80)
15. ใช้สื่อต่าง ๆ ในการให้ข้อมูล ความรู้ แก่ประชาชน ด้านการบริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพ	33 (23.90)	97 (70.30)	8 (5.80)
16. วางแผนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	41 (29.70)	95 (68.80)	2 (1.40)
17. กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จของงานเพื่อการ ประเมินผลงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	46 (33.30)	90 (65.20)	2 (1.40)
ด้านการบริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพ			
18. ตัดสินและแก้ปัญหาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	36 (26.10)	98 (71.00)	4 (2.90)
19. เป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	42 (30.40)	92 (66.70)	4 (2.90)
20. เป็นผู้ประสานงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	32 (23.20)	95 (68.80)	11 (8.00)
21. ทำงานร่วมกับผู้อื่นในการดำเนินการสร้าง เสริมสุขภาพ	25 (18.10)	102 (73.90)	11 (8.00)
22. เป็นผู้ดำเนินการจัดกิจกรรมและโครงการสร้างเสริม สุขภาพ ด้านการพัฒนาภาคีเครือข่ายการสร้าง เสริมสุขภาพ	42 (30.40)	88 (63.80)	8 (5.80)
ด้านการพัฒนาภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ			
23. สร้างเครือข่ายด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้	42 (30.40)	91 (65.90)	5 (3.60)
24. สร้างแรงจูงใจให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรม/ โครงการการสร้างเสริมสุขภาพ	38 (27.50)	94 (68.10)	6 (4.30)
25. เสริมพลังอำนาจให้กับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ	38 (27.50)	92 (66.70)	8 (5.80)
26. เป็นที่ปรึกษาด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่ ผู้ร่วมงาน/บุคคลทั่วไป	38 (27.50)	92 (66.70)	8 (5.80)
27. เจรจาต่อรองกับบุคคลหรือองค์กรด้านการ ดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ	45 (32.60)	88 (63.80)	5 (3.60)
28. แสวงหาและใช้ทรัพยากรจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เพื่อการ สร้างเสริมสุขภาพด้านการวิจัยและการจัดการความรู้	51 (37.00)	85 (61.60)	2 (1.40)
ด้านการวิจัยและการจัดการความรู้			
29. นำผลงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการ การปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	64 (46.40)	70 (50.70)	4 (2.90)
30. ทำวิจัยเพื่อพัฒนางานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	42 (52.20)	63 (45.70)	2 (1.40)
31. สร้างแนวทางการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	58 (42.00)	76 (55.10)	4 (2.90)
32. เผยแพร่ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่ บุคลากรทีมสุขภาพ	54 (39.10)	80 (58.00)	4 (2.90)

จากตาราง 2 พบว่าระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อจำแนกรายข้อในระดับพื้นฐาน หัวข้อที่มีคะแนนมากที่สุดคือ นำผลงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 64 คน ร้อยละ 46.40 ระดับชำนาญการ หัวข้อที่มีคะแนนมากที่สุดคือ พัฒนาตนเองโดยการแสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่อง จำนวน 106 คน ร้อยละ 76.80 และประเมินสภาพแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ จำนวน 106 คน ร้อยละ 76.80 เท่ากัน ระดับเชี่ยวชาญ หัวข้อที่มีคะแนนมากที่สุดคือ มีทัศนคติที่ดีต่อการสร้างเสริมสุขภาพและวิชาชีพ จำนวน 12 คน ร้อยละ 8.70

3. ข้อมูลการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรออกติดตาม

ตาราง 3 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรออกติดตาม (n = 138)

บทบาท	พิสัย	M	SD	ระดับ
การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	0.60-3.00	2.28	0.57	มาก
การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ	1.00-3.00	2.37	0.57	มาก
การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน	1.00-3.00	2.37	0.57	มาก
การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล	0.50-3.00	2.41	0.51	มาก
การปรับระบบบริการสุขภาพ	0.00-3.00	2.25	0.55	มาก
โดยรวม	0.77-3.00	2.32	0.47	มาก

จากตาราง 3 พบว่าการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรออกติดตาม โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=2.32$, $SD=.47$) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยบทบาทการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M=2.41$, $SD=.51$)

ตาราง 4 จำนวน และร้อยละความถี่ของการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรออกติดตามจำแนกตามรายข้อ (n = 138)

บทบาท	ความถี่ของการปฏิบัติบทบาท			
	เป็นประจำ จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	น้อยมาก จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เคยปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ				
1. ร่วม/ระบุปัจจัยสุขภาพ ครอบคลุมปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทาง การเมือง ปัจจัยทางพฤติกรรมปัจจัยทางวัฒนธรรม ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางเศรษฐกิจ มีการเฝ้าระวังการ ควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผล	44 (31.90)	75 (54.30)	16 (11.60)	3 (2.20)
2. วาง/พัฒนาระบบข้อมูลทางสุขภาพที่รองรับกระบวนการ ประเมินผลกระทบของนโยบาย	48 (34.80)	64 (46.40)	25 (18.10)	1 (0.70)
3. ร่วม/ชี้แนะหรือผลักดันนโยบายสุขภาพในหน่วยบริการตามความ รับผิดชอบของตน	61 (44.20)	63 (45.70)	13 (9.40)	1 (0.70)
4. ร่วม/ประสานงานผู้เกี่ยวข้องการดูแลสุขภาพทั้งระดับบุคคล/ ครอบครัว/องค์กรชุมชน/หน่วยงานภาครัฐและเอกชนเพื่อสร้าง บริการสุขภาพที่เป็นมิตรและเกิดผลลัพธ์ต่อภาวะสุขภาพ	71 (51.40)	57 (41.30)	10 (7.20)	0
5. ร่วม/สร้างทางเลือกที่ง่ายและสะดวกเพื่อนำไปสู่การกำหนด เป้าหมายสาธารณะ	54 (39.10)	72 (52.20)	11 (8.00)	1 (0.70)

ตาราง 4 (ต่อ)

บพท	ความถี่ของการปฏิบัติบทบาท			
	เป็นประจำ จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	น้อยมาก จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เคยปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ				
6. ร่วม/สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพทั้งสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติหรือสิ่งแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้นให้กับบุคคล ครอบครัว กลุ่มหรือชุมชน ตามปัญหาและความต้องการที่สอดคล้องตามบริบทวิถีชีวิตวัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม การทำงาน	61 (44.20)	67 (48.60)	10 (7.20)	0
7. ร่วม/จัดกิจกรรม/โครงการที่เน้นการปรับรูปแบบการดำเนินชีวิตให้กับประชาชนและการทำงานให้มีความปลอดภัย พึงใจ และมีความสุข	65 (47.10)	65 (47.10)	8 (5.80)	0
8. ร่วม/จัดกิจกรรมโครงการประเมินผลกระทบของสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ	58 (42.00)	69 (50.00)	11 (8.00)	0
การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน				
9. ร่วม/สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดปัญหาสุขภาพวางแผนและการตัดสินใจหาแนวทางการจัดการกับปัญหาสุขภาพโดยใช้แนวทางที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรมและภูมิปัญญาที่มีอยู่ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดี	62 (44.90)	68 (49.30)	8 (5.80)	0
10. ร่วม/เสริมสร้างพลังอำนาจและทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของเพื่อให้ชุมชนจัดการตนเองในการมีสุขภาพดี	59 (42.80)	68 (49.30)	11 (8.00)	0
11. ร่วม/ให้ข้อมูลข่าวสาร จัดการความรู้ สนับสนุนให้ชุมชนใช้ทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรอื่นที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อให้ชุมชนจัดการตนเองในการมีสุขภาพดี	62 (44.90)	66 (47.80)	10 (7.20)	0
การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล				
12. เผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้เทคโนโลยีที่บุคคล/ครอบครัว/ชุมชน สามารถเข้าถึงได้ เช่นนวัตกรรม/สื่อ/ชุดกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	60 (43.50)	71 (51.40)	7 (5.10)	0
13. ร่วม/พัฒนาทักษะชีวิตให้กับบุคคล/ครอบครัว/ชุมชน ให้มีความพร้อมในแต่ละช่วงวัย ให้สามารถปรับตัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือเกิดการบาดเจ็บ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคการเผชิญกับโรค ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ	72 (52.20)	60 (43.50)	6 (4.30)	0
14. ร่วม/สนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพผู้นำ/แกนนำสร้างเสริมสุขภาพ	61 (44.20)	69 (50.00)	7 (5.10)	1 (0.70)
15. ร่วม/จัดโครงการ หรือกิจกรรมที่สร้างโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการควบคุมสุขภาพ และจัดการกับสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพการปรับระบบบริการสุขภาพ	62 (44.90)	72 (52.20)	3 (2.20)	1 (0.70)
การปรับระดับบริการสุขภาพ				
16. ร่วม/จัดระบบบริการสุขภาพ ให้การสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายและเข้าถึงได้ง่าย	66 (47.80)	69 (50.00)	2 (1.40)	1 (0.70)
17. ร่วม/ประสานความร่วมมือระหว่างบุคคล/ครอบครัว/ชุมชน/หน่วยงาน/องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนองตอบต่อเป้าหมายการจัดระบบบริการสุขภาพ	65 (47.10)	65 (47.10)	7 (5.10)	1 (0.70)
18. ร่วม/สนับสนุนให้มีการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ เพื่อสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม	58 (42.00)	73 (52.90)	6 (4.30)	1 (0.70)
19. ร่วม/สร้างความร่วมมือกับเครือข่ายอื่นที่นอกเหนือภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อร่วมจัดบริการสุขภาพให้ครอบคลุมความต้องการทั้งมิติทางสังคมและวัฒนธรรม	53 (38.40)	76 (55.10)	8 (5.80)	1 (0.70)

ตาราง 4 (ต่อ)

บทบาท	ความถี่ของการปฏิบัติบทบาท			
	เป็นประจำ จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	น้อยมาก จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เคยปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
20. ร่วมทำ หรือสนับสนุนการฐานข้อมูลภาวะสุขภาพ พืชทาง สังคม เครือข่ายและแหล่งประโยชน์ในพื้นที่	49 (35.50)	74 (53.60)	11 (8.00)	4 (2.90)
21. ร่วมทำ หรือสนับสนุนการใช้ผลการวิจัย หรือทำการวิจัย เพื่อ พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีมุมมององค์รวมในการสร้างเสริม สุขภาพ	31 (22.50)	82 (59.40)	20 (14.50)	5 (3.60)
22. ร่วมทำ หรือสนับสนุนให้มีการใช้ผลการวิจัย หรือทำการวิจัย เพื่อ ปรับเปลี่ยนองค์กร/หน่วยงาน/การจัดการงบประมาณ/กำลังคน ในการสร้างเสริมสุขภาพ	29 (21.00)	85 (61.60)	18 (13.00)	6 (4.30)

จากตาราง 4 พบว่าความถี่ของการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรรอตตาวา จำแนกตามรายชื่อ บทบาทที่มีคะแนนการปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดคือ ร่วม/พัฒนาทักษะชีวิตให้กับบุคคล/ครอบครัว/ชุมชน ให้มีความพร้อมในแต่ละช่วงวัย ให้สามารถปรับตัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือเกิดการบาดเจ็บ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคการเผชิญกับโรคในพื้นที่ที่รับผิดชอบ จำนวน 72 คน ร้อยละ 52.20 รองลงมาคือ บทบาทร่วม/ประสานงานผู้เกี่ยวข้องการดูแลสุขภาพทั้งระดับบุคคล/ครอบครัว/องค์กรชุมชน/หน่วยงานภาครัฐและเอกชนเพื่อสร้างบริการสุขภาพที่เป็นมิตรและเกิดผลลัพธ์ต่อภาวะสุขภาพ จำนวน 71 คน ร้อยละ 51.40 และบทบาทที่มีการปฏิบัติเป็นประจำน้อยที่สุดคือ ร่วมทำหรือสนับสนุนให้มีการใช้ผลการวิจัยหรือทำการวิจัย เพื่อปรับเปลี่ยนองค์กร/หน่วยงาน/การจัดการงบประมาณ/กำลังคน ในการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 29 คน ร้อยละ 21.00

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่าระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ พื้นที่ภาคใต้ ส่วนใหญ่ (4 ด้านจาก 5 ด้าน) อยู่ในระดับชำนาญ ได้แก่ ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ในการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านบริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการพัฒนาภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะทั้ง 4 ด้าน ตามเกณฑ์มาตรฐาน และสามารถแสดงสมรรถนะนั้นโดยอิสระ สามารถนำใช้ข้อมูลหรือหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อประกอบการทำงานได้ อย่างไรก็ตาม สมรรถนะอีก 1 ด้าน คือ การวิจัยและการจัดการความรู้ในระดับพื้นฐาน นั้นคือ มีสมรรถนะด้านนี้ตามเกณฑ์ มาตรฐานแต่ต้องมีพี่เลี้ยงสอน ชี้แนะ ทั้งนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีสมรรถนะระดับเชี่ยวชาญเลย ซึ่งผลการศึกษา สอดคล้องและแตกต่างกับการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะและการปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลในการให้บริการระดับปฐมภูมิ เขตภาคเหนือ ซึ่งพบว่า ระดับสมรรถนะด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ และด้านปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับชำนาญการ ส่วนสมรรถนะด้านบริหารจัดการ ในการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการพัฒนาภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ และด้านการวิจัยและการจัดการ ความรู้ในระดับพื้นฐาน (Kaewthummanukul, & Sirakamon, 2016)

นอกจากนี้ การศึกษาสมรรถนะและการปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาล เขตภาคเหนือ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีสมรรถนะด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพและด้านปฏิบัติการสร้างเสริม สุขภาพอยู่ในระดับชำนาญ ส่วนสมรรถนะด้านบริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการพัฒนาภาคี เครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ และด้านการวิจัยและการจัดการความรู้ในระดับพื้นฐาน (Kunaviktikul, Wichaikhum, Nantsupawat, Sirakamon, Bhosai, Sathapornpat et.al, 2015) และ

การศึกษาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ภาคตะวันออก พบว่า ระดับสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลทั้งภาพรวมและรายด้าน ทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับพื้นฐาน (Krungkraipetch, Junprasert, Rattanaagreethakul, Techasuksri, Sananreongsak, Viriya, et.al, 2017) ซึ่งการศึกษาทั้ง 2 เรื่องนี้เป็นการศึกษาสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานทั้งในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ

ผลการศึกษารั้วนี้ พบว่าระดับสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในภาพรวมอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาเบื้องต้น) และให้บริการในระดับปฐมภูมิ โดยปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล ทำให้ทั้งความรู้และทักษะเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าพยาบาลวิชาชีพทั่วไป อย่างไรก็ตาม สมรรถนะด้านการวิจัยและการจัดการความรู้ยังอยู่ในระดับพื้นฐานทั้ง 3 ภูมิภาค ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากการขาดแคลนพยาบาล ภาระงานที่หนักและการสนับสนุนจากผู้บริหารและองค์กร ซึ่งพยาบาลได้รายงานถึง อุปสรรคในการใช้ผลการวิจัยในการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ ไม่มีเวลา ขาดทรัพยากร และที่สำคัญคือขาดความรู้ (Yoder, Kirkley, McFall, Kirksey, Stalbaum, & Sellers, 2014 cited in Kunaviktikul, Wichaikhum, Nantsupawat, Sirakamon, Bhosai, Sathapornpat et.al, 2015)

ส่วนการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรอตตาวา พบว่า อยู่ในระดับมาก ทั้งในภาพรวมและรายด้านทั้ง 5 ด้าน โดยบทบาทที่มีคะแนนการปฏิบัติเป็นประจักษ์มากที่สุด คือ ร่วม/พัฒนา ทักษะชีวิตให้กับบุคคล/ครอบครัว/ชุมชน ให้มีความพร้อมในแต่ละช่วงวัย ให้สามารถปรับตัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เรื้อรังหรือเกิดการบาดเจ็บ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคการเผชิญกับโรคในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินการตามกลยุทธ์การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกทักษะด้านนี้มาก่อนข้างมาก และมีการปฏิบัติอยู่เป็นประจำในการให้บริการแก่ประชาชน ส่วนบทบาทที่มีการปฏิบัติเป็นประจำน้อยที่สุดคือ ร่วมทำหรือสนับสนุนให้มีการใช้ผลการวิจัยหรือทำการวิจัย เพื่อปรับเปลี่ยนองค์กร/หน่วยงาน/การจัดการงบประมาณ/กำลังคน ในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินการตามกลยุทธ์การปรับระดับบริการสุขภาพ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะด้านนี้ในระดับพื้นฐานตามที่ระบุไว้แล้วข้างต้น ทำให้มีการปฏิบัติบทบาทด้านนี้น้อยตามมา แต่การศึกษาในเขตภาคเหนือ พบว่าการปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรอตตาวา ทั้ง 5 ด้าน ของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการระดับปฐมภูมิ ยังมีการปฏิบัติน้อย นั่นคือส่วนใหญ่มีการปฏิบัติเป็นรายปี การปฏิบัติบทบาทในลักษณะรายวันและรายสัปดาห์ พบค่อนข้างน้อย (Kaewthummanukul, & Sirakamon, 2016) ดังนั้น การจัดอบรมให้แก่พยาบาลวิชาชีพในการให้บริการระดับปฐมภูมิ เพื่อพัฒนาสมรรถนะและการปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา และนำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อสุขภาวะที่ดีของประชาชนต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานี้ ผู้เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรวิชาชีพ สถานบริการในระดับปฐมภูมิ สถาบันการศึกษาทางการพยาบาล เป็นต้น สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน/แนวทางในการพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลปฐมภูมิจากระดับพื้นฐานสู่ระดับเชี่ยวชาญ โดยเฉพาะด้านการวิจัยและการจัดการความรู้ รวมทั้งส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวาให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยสมรรถนะและการปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวาของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการระดับปฐมภูมิพื้นที่ภาคใต้ ในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น โดยมีการสุ่มตัวอย่างจากทุกจังหวัดในภาคใต้ ตามสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการให้บริการระดับปฐมภูมิ

2. ควรมีการศึกษาแนวทางการพัฒนาสมรรถนะและบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ในการให้บริการระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะการพัฒนาสมรรถนะด้านการวิจัยและการจัดการความรู้ และบทบาท การร่วมทำหรือสนับสนุนให้มีการใช้ผลการวิจัยหรือทำการวิจัย เพื่อปรับเปลี่ยนองค์กร/หน่วยงาน/การจัดการ งบประมาณ/กำลังคน ในการสร้างเสริมสุขภาพ

References

- Junprasert, S., Rattanaagreeethakul, S., & Krungkraipetch, N. (2016). *Strengthening Community*. In Kampalikit, S., & Petpichetchian, W. (Ed.) Bangkok: Mata Press. (in Thai)
- Kaewthummanukul, T., & Sirakamon, S. (2016). *Health Promotion Competency and Practice among Nurses in Primary Care Service, the North Region*. Nursing Journal Volume 43 Supplement, 184-195. (in Thai)
- Kampalikit, S., Arpanantikul, M., & Chinuntuya, P. (2016). *Health Promotion: Roles of Nurses*. In Wongchan Petpichetchian (Ed.) Bangkok: Mata Press. (in Thai)
- Kampalikit, S., Luecha, Y., Baramree, J., Klunklin, A., Suwanpatikorn, K., & Suwannakeeree, W. (2007). Assessment of Health Promotion Competency among Nursing Students in Master Degree. *Nursing Journal*, 25(3), 44-55. (in Thai)
- Klunklin, A., Amatayakong, R., & Boonchiang, W. (2016). *Development of Personal Skills*. In Siriporn Kampalikit & Wongchan Petpichetchian (Ed.) Bangkok: Mata Press. (in Thai)
- Krungkraipetch, N., Junprasert S., Rattanaagreeethakul, S., Techasuksri, T., Sananreongsak, S., Viriya C., et.al, (2017). Health Promotion Competencies among Nurses, Eastern Region. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 25(3), 30-40. (in Thai)
- Kunaviktikul, W., Wichaikhum, O., Nantsupawat, A., Sirakamon, S., Bhosai, J., Sathapornpat, P., et al. (2015). Health Promotion Competency and Practice among Nurses, the North Region. *Nursing Journal*, 42(Supplement), 151-165. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2016). *The 12th National Health Development Plan*. Retrieved from http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20161115144754_1_.pdf
- Piyabunditkul, L. (2016). *Building Participatory Healthy Public Policy, Reorienting Health Services and Creationg Healthy Environment*. In Siriporn Kampalikit & Wongchan Petpichetchian (Ed.) Bangkok: Mata Press. (in Thai)

การพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของสื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชัน ในการพยาบาลมารดาหลังคลอด สำหรับนักศึกษาพยาบาล

Improving Postpartum Care Practices in Nursing Students: the Development and Validation of a Mobile Application as an Instructional Media

น้ำฝน ไวทยวงศ์กร^{1*}, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์¹ และ รัชณี ชุนเกาะ¹

Namfon Waithayawongkorn^{1*}, Prangthip Thasanoh Elter¹ and Rachanee Choonkor¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา^{1*}

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima^{1*}

(Received: January 15, 2019; Revised: August 01, 2019; Accepted: August 07, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรคในการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ พัฒนาสื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชัน เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในการใช้สื่อแอปพลิเคชันก่อนและหลังฝึกปฏิบัติงาน และศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อสื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชันในการพยาบาลมารดาหลังคลอด ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็น นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ปีการศึกษา 2559 การดำเนินการประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน เพื่อสำรวจสภาพปัญหาและอุปสรรค กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 151 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวัดความพึงพอใจและการทำสนทนากลุ่ม 2) ออกแบบรูปร่างและพัฒนาแอปพลิเคชันโดยใช้วงจรการพัฒนากระบวน (The System Development Life Cycle: SDLC) ตรวจสอบความครอบคลุมด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์ พยาบาลและอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านสูติกรรม อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล และผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีการศึกษา 3) ศึกษาผลการทดลองใช้สื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชันในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน และ 4) ขั้นตอนการศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อสื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชันในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาหลังคลอด (Postpartum Care) กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ซึ่งเป็นกลุ่มทดลองในขั้นตอนที่ 3 จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ประเด็นสัมภาษณ์ความพึงพอใจ แอปพลิเคชันการพยาบาลมารดาหลังคลอด แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และ แบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบ Independent t-test และ Paired t-test ผลวิจัยพบว่า

ผลการพัฒนาแอปพลิเคชันในการพยาบาลมารดาหลังคลอด สำหรับนักศึกษาพยาบาล ได้เท่ากับ 84.97/80.76 สูงกว่าประสิทธิภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ $E1/E2=80/80$ ด้านผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนพบว่าหลังการศึกษาคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาที่เรียนผ่านสื่อแอปพลิเคชัน ($M = 18.17, SD = 2.26$) สูงกว่าคะแนนของนักศึกษาที่ไม่ได้ใช้สื่อแอปพลิเคชัน ($M = 13.4, SD = 2.61$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(29) = 7.56, p = 0.000$) และนักศึกษาที่ใช้สื่อแอปพลิเคชันมีคะแนนหลังการเรียน ($M = 18.17, SD = 2.26$) สูงกว่าก่อนการเรียน ($M = 11.9, SD = 2.23$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(29) = -10.116, p = .000$.) นักศึกษาที่เรียนผ่านสื่อแอปพลิเคชันมีความพึงพอใจในการใช้สื่ออยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.63, SD = .40$)

ผลการวิจัยและพัฒนานี้ทำให้ได้สื่อการสอนที่เหมาะสมสำหรับนักศึกษา การวิจัยในอนาคตควรใช้แนวทางนี้ในการพัฒนาสื่อการเรียนรู้ในหัวข้ออื่น หรือพัฒนาสื่อในรูปแบบอื่น เช่น ภาพเสมือนสามมิติ เป็นต้น

คำสำคัญ: แอปพลิเคชัน, นักศึกษาพยาบาล, การพยาบาลหลังคลอด

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: namfon@knc.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 083-7404432)

Abstract

This research and development study aimed to explore situations, problems, and obstacles in learning the maternal and newborn nursing and midwifery (MNM) course, so to develop a mobile application as instructional media. Learning achievements after using the application and complete a nursing practicum were compared, and students' satisfaction with the application was measured. Samples were senior nursing students at the Boromarajonani College of Nursing in Nakhon Ratchasima, during the academic year 2016. Research procedures were divided into four phases: R1, D1, R2, and D2. In R1, situations of learning the MNM course were analyzed in 151 senior students by using a questionnaire and focus groups. D1 was when the application was developed by applying the system development life cycle (SDLC). Its content validity was approved by five experts in obstetrics nursing, nursing education, educational tests and measurements, as well as in educational technology. During R2, the researchers purposely recruited 60 junior students, who were equally assigned into an experimental (using the application) and a control group (not using the application). Finally, in D2, after completing nursing practicum in the postpartum units, the researchers asked 30 junior students in the experiment group to rate their satisfaction towards the application. Research instruments were the developed application, the Postpartum Care Learning Achievement Test (PCLAT), a satisfaction survey questionnaire, as well as a semi-structured interview guideline. Data were analyzed by using content analysis, descriptive statistics, independent t-test, and paired sample t-test.

The results revealed that the efficiency of the application to learn postpartum care for nursing students was equal to 84.97/80.76, which was higher than set criteria ($E1/E2 = 80/80$). After the experiment, there was a significant effect of the PCLAT ($t(29) = -10.116, p = .000$) for both the control group ($M = 11.90, SD = 2.23$) and the experiment group ($M = 18.17, SD = 2.26$). There was a significant effect ($t(29) = 7.56, p = .000$) for the pretest average score ($M = 18.17, SD = 2.26$) and the posttest ($M = 11.9, SD = 2.23$) of the PCLAT in the experimental group. Students were satisfied with the application at a high level ($M = 4.63, SD = .40$). The overall result from this research and development is that the instructional media is suitable for nursing students. Procedures of this research can be used to guide future researches for developing instructional media for other topics or platforms such as virtual 3-D image.

Keywords: Mobile Application, Nursing Students, Postpartum Care

บทนำ

การจัดการศึกษาสำหรับผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 พบว่าเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต มีบทบาทสำคัญที่เปลี่ยนแปลงรูปแบบการเรียนการสอนให้มีความทันสมัยต่อการเรียนรู้ในอนาคตมากขึ้น ตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2545 ได้กล่าวถึงการปฏิรูปการศึกษาทุกระดับควรเน้นการปรับปรุงหลักสูตรและปรับเปลี่ยนวิธีการสอนเพื่อพัฒนาผู้เรียนให้คิดเป็น แก้ปัญหาเป็น การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารทางการศึกษา (Information and Communications Technology: ICT) เป็นเรื่องที่มีความสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการยกระดับคุณภาพทางการศึกษา และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนการสอนให้ดียิ่งขึ้น (The Office of the Minister Ministry of Education, 2013)

การเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 เน้นให้คนมีปัญญา โดยเป็นรูปแบบชุมชนแห่งการเรียนรู้ (Learning Community) เน้นการศึกษาผ่านปวงชน (Education for All) ด้วยความร่วมมือจากปวงชน (All for Education) เป็นการเรียนวิธีการเรียนรู้ (Learn How to Learn) ที่อาศัยการเรียนรู้แบบร่วมมือและรวมพลัง (Co-Operative and Collaborative Learning) ในการเรียนการสอนที่ให้ผู้เรียนสร้างความรู้เองนี้ ผู้เรียนต้องใช้ทักษะการคิดและกระบวนการคิดเป็นเครื่องมือในการสร้างองค์ความรู้ ซึ่งถือเป็นขั้นตอนสำคัญในกระบวนการเรียนรู้ของผู้เรียน ครูควรสอนให้น้อยลง แต่เตรียมประสบการณ์การเรียนรู้ให้มากขึ้น เป็นผู้มีความสามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และสร้างนวัตกรรมการเรียนรู้ ตลอดจนกระตุ้นให้ผู้เรียนแสวงหาสารสนเทศ ประยุกต์ความรู้ เพื่อสร้างความรู้เองได้ (Dachacup, & Yindeesuk, 2015)

การพัฒนาผู้เรียนให้มีความรู้และทักษะด้านการใช้เทคโนโลยี และการใช้สื่อการเรียนรู้ที่ทันสมัย ให้สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสาร โดยเรียนรู้การใช้คอมพิวเตอร์ สมาร์ทโฟน และแอปพลิเคชันต่าง ๆ มีประโยชน์ต่อการเรียนหลายประการ เช่น เป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้เรียน ช่วยให้ผู้เรียนเข้าถึงสารสนเทศได้รวดเร็ว สามารถค้นคว้าเพิ่มเติมได้ตามต้องการ และช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Phongkitwitoon, 2011) การสร้างสื่อแอปพลิเคชันบนระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ (Android Operating System: OS) เพื่อประโยชน์ด้านการศึกษาได้ถูกนำไปใช้ในการเรียนการสอนอย่างกว้างขวางในทุกระดับ เพราะสามารถแสดงให้เห็นความก้าวหน้าทางการเรียนรู้จากเนื้อหาที่ได้เรียน เพราะสื่อการเรียนรู้รูปแบบนี้เป็นเครื่องมือพกพาที่สะดวก ผู้เรียนสามารถใช้ในการสืบค้นความรู้ได้ทุกที่ ทุกเวลา และยังช่วยให้ผู้เรียนทราบและปรับปรุงผลการเรียนของตนเองได้ ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น (Singdee, & Satpretpay, 2015) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Ditsiri (2015) และ Kananit (2015) ที่พบว่า คะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังการเรียนรู้ด้วยแอปพลิเคชันสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการใช้แอปพลิเคชันอยู่ในระดับมากที่สุด

จากประโยชน์ของการใช้สื่อการเรียนการสอนในรูปแบบแอปพลิเคชันในการเสริมสร้างให้ผู้เรียนสามารถศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองดังที่ได้กล่าวมา จะเห็นได้ว่าสื่อดังกล่าวเหมาะสมในการนำมาใช้ในการเรียนการสอนทางการพยาบาล เพราะเป็นวิชาชีพที่ต้องมีการเรียนรู้อยู่เสมอเพื่อให้ทันตามเหตุการณ์ และความเจริญทางการแพทย์ที่พัฒนาไปอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง หากอาจารย์พยาบาลยังคงใช้วิธีสอนแบบบรรยายหรือแบบดั้งเดิมที่สอนให้นักศึกษาเรียนรู้โดยการท่องจำให้ขึ้นใจอาจส่งผลให้นักศึกษาส่วนใหญ่ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ คิดไม่เป็น ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ขาดการใฝ่รู้และการเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิต (Sirisupluxana, 2013)

ในการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขนั้น รายวิชาการศึกษาพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์เริ่มเรียนในชั้นปีที่ 3 เมื่อการเรียนการสอนในภาคทฤษฎีเสร็จสิ้นแล้ว นักศึกษาจะขึ้นฝึกปฏิบัติงานต่อในหอผู้ป่วย ทั้งในแผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด และหลังคลอดเพื่อฝึกการใช้กระบวนการพยาบาลสตรีในทุกระยะของการตั้งครรภ์ ในชั้นปีนี้เป็นฝึกปฏิบัติครั้งแรกของนักศึกษาซึ่งไม่มีประสบการณ์ในการดูแลมารดาและทารกหลังคลอดมาก่อน อาจารย์ผู้สอนในตึกหลังคลอดควรเน้นการสอนทักษะการประเมินสภาพมารดาหลังคลอดในช่วงแรก เพราะหากนักศึกษาขาดทักษะนี้อาจส่งผลให้มารดาเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับหนึ่งของมารดาหลังคลอดทั่วโลกและในประเทศไทยได้ (Bureau of Health Promotion, 2017: World Health Organization, 2018) หรือแม้ว่ามารดาหลังคลอดจะปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอดในช่วงแรกแต่ไม่ได้รับคำแนะนำหรือการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน มารดาหลังคลอดอาจสูญเสียความมั่นใจในบทบาทการเป็นมารดา การเลี้ยงดูบุตร ซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤติในชีวิตที่ต้องมีการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลถึงพฤติกรรมและการเลี้ยงดูทารกที่ไม่เหมาะสม มีผลต่อภาวะสุขภาพของบุตรและตนเองได้เช่นเดียวกัน (Manotham, Parisunyakul, & Sriarporn, 2014)

บุคลากรทางการพยาบาลบนตึกสูติกรรม รวมถึงนักศึกษาพยาบาลที่กำลังฝึกปฏิบัติงานบนตึกนั้น เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญต่อการให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพตนเองและทารกเมื่อกลับ

บ้าน เช่น การพักผ่อน การทำงาน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดของร่างกาย การวางแผนครอบครัว การตรวจหลังคลอด และการสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่ความมาพบแพทย์ เป็นต้น จากการศึกษาการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลต่อการฝึกปฏิบัติงานครั้งแรก พบว่าขณะฝึกปฏิบัติงาน นักศึกษาจดจำเนื้อหาวิชาในทฤษฎีไม่ได้ ทำให้ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลและการให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการ รวมทั้งนักศึกษามีวิธีการทบทวนเนื้อหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ อาจส่งผลให้การฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยก่อให้เกิดความเครียด ความกังวลใจ และความท้อแท้ตามมาได้ (Waithayawongkorn, 2013)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชัน ยังไม่พบสื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชัน ในการพยาบาลมารดาหลังคลอดมาก่อน ประกอบกับ นักศึกษาพยาบาลในยุค Generation Z หรือ Gen-Z (บุคคลที่เกิดตั้งแต่ปี พ.ศ.2540 ขึ้นไป) เป็นนักศึกษาที่เกิดมาพร้อมกับรูปแบบการดำเนินชีวิตในสังคมที่มีการติดต่อแบบไร้สาย ทำให้นักศึกษารุ่นนี้มีคุณลักษณะที่โดดเด่น คือ ใช้เทคโนโลยีเก่ง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของสื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชัน ในการพยาบาลมารดาหลังคลอด สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ที่ขึ้นฝึกปฏิบัติให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดบุตรเป็นครั้งแรกบนตึกสูติกรรมในและนอกสถาบัน เพื่อให้สื่อแอปพลิเคชันนี้เป็นคลังความรู้ที่พกพาติดตัวได้ ช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้เรียนทบทวนเนื้อหาได้บ่อยครั้งตามความต้องการ สามารถเข้าถึงความรู้ได้ง่าย ทำให้สามารถจดจำเนื้อหาวิชาเรียนได้ดีขึ้น ช่วยให้เห็นสถานการณ์ทางการพยาบาลได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริง ซึ่งจะช่วยส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษา และเป็นแนวทางในการสร้างนวัตกรรมในการเรียนการสอนในระยะตั้งครุภ ะยะคลอด และทางการพยาบาลรายวิชาอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรคในการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์
2. เพื่อพัฒนาสื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชัน ในการพยาบาลมารดาหลังคลอด
3. เพื่อเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนผ่านการใช้สื่อแอปพลิเคชันของกลุ่มทดลองก่อนและหลังฝึกปฏิบัติงาน
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อสื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชันในการพยาบาลมารดาหลังคลอด

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาตามแนวคิดของการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) (Thaisuwan, 2018) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 (R1) การสำรวจ สังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ ขั้นตอนที่ 2 (D1) การออกแบบพัฒนาผลิตภัณฑ์ โดยการสร้างและหาประสิทธิภาพของสื่อการเรียนรู้ ขั้นตอนที่ 3 (R2) การทดลองใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสม และประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์ โดยวิจัยเชิงทดลอง ใช้สื่อการเรียนรู้การสอนรูปแบบแอปพลิเคชันที่ได้สร้างและพัฒนาขึ้น และขั้นตอนที่ 4 (D2) การเผยแพร่ผลิตภัณฑ์ สามารถสืบค้น ดาวน์โหลดไว้ในสมาร์ทโฟน และศึกษาความพึงพอใจภายหลังจากได้ใช้สื่อการเรียนรู้การสอนรูปแบบแอปพลิเคชัน และจากแนวคิดของ Ruengrong, Jiravarapong, Manyum, Somyaron, Muendet, & Srisurat (2014) เห็นความสำคัญของครูไทยในศตวรรษที่ 21 จำเป็นต้องปรับการเรียนรู้อ เพื่อส่งเสริมผู้เรียนให้สามารถเรียนรู้ด้วยตนเองได้ตลอดเวลา เข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ง่าย การพัฒนาสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น e-book หรือ applications ต่าง ๆ ทำให้การเผยแพร่เนื้อหาของบทเรียน การนำเสนอสื่อการสอน การสืบค้นข้อมูล การเผยแพร่ผลงานของผู้เรียน การติดต่อสื่อสาร โดยการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศจะช่วยกระตุ้นความสนใจให้กับผู้เรียน ช่วยให้การจัดการเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้นครูจึงควรนำเครื่องมือคือ สื่อการเรียนรู้ที่ทันสมัย มาพัฒนาผู้เรียนให้เกิดสังคมแห่งการเรียนรู้ต่อไป

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการศึกษาตามแนวคิดของการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ซึ่งมีรายละเอียดและขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 (R1) ศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรคในการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ ขั้นตอนนี้เป็นการสำรวจเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และ เชิงคุณภาพ (Qualitative Data) จากนักศึกษาที่ได้ใช้เล่มคู่มือฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ และผ่านการเรียนการสอนเสร็จสิ้นไปแล้ว

ประชากร

ประชากร ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ปีการศึกษา 2559 จำนวน 151 คน คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้คู่มือการฝึกภาคปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ จำนวน 14 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยผู้วิจัยกำหนดค่าคะแนนความพึงพอใจเป็น 5 ระดับ (ระดับ 5=มากที่สุด, 4=มาก, 3=ปานกลาง, 2=น้อย และ 1=น้อยที่สุด)

1.1 ประเด็นสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อการใช้คู่มือการฝึกภาคปฏิบัติวิชา ปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ ประกอบด้วยแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Guideline) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์ของผู้วิจัยในการสอนนักศึกษาพยาบาลในห้องคลอดและตึกหลังคลอดมาเป็นระยะเวลาอย่างน้อยคนละ 15 ปี ข้อคำถามประกอบไปด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านกายภาพ: 1) ประโยชน์ของการมีคู่มือการฝึกภาคปฏิบัติ เป็นอย่างไร 2) นักศึกษามีความคิดเห็นอย่างไร ต่อ รูปเล่มคู่มือการฝึกภาคปฏิบัติ วิชา ปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ เช่น ความสวยงามของปก ความเหมาะสมของขนาดตัวอักษร ความชัดเจนของตัวหนังสือ ความเหมาะสมของขนาดรูปเล่ม เป็นต้น ด้านเนื้อหา: 1) นักศึกษามีความคิดเห็นอย่างไรต่อความถูกต้อง ชัดเจน ความทันสมัยของเนื้อหา 2) นักศึกษามีความคิดเห็นอย่างไร ต่อ ภาพประกอบที่ช่วยสื่อความหมาย และด้านการส่งเสริมการเรียนรู้: 1) คู่มือการฝึกภาคปฏิบัติกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างไร 2) ความคาดหวังของนักศึกษา ต่อการพัฒนาคู่มือการฝึกภาคปฏิบัติในอนาคตเป็นอย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วนของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย สติแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานด้านสูติกรรม 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลมารดาและทารก 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการวัดและประเมินผล 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีการศึกษา 1 คน โดยพิจารณาค่าดัชนีความเที่ยงตรง (Content Validity Index) ตามแนวคิดของ Polit และ Beck (2008) ได้ค่า CVI เท่ากับ .90 - .95 แล้วนำข้อปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2559 จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้คู่มือการฝึกภาคปฏิบัติวิชา ปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ โดยใช้สูตรของ Cronbach (Mehrens, & Lehmann, 1991) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมด้วยตนเองทั้งหมด โดยในขั้นตอนการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยเข้าพบนักศึกษาชั้นปีที่ 4 เพื่อประชุมชี้แจง อธิบายรายละเอียดของการทำแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้คู่มือการฝึกภาคปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ และขอความร่วมมือ และแจกแบบสอบถามแก่นักศึกษา

ในขั้นตอนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน ตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้วแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 9-10 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการ

ใช้คู่มือการฝึกภาคปฏิบัติวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ โดยนัดหมายตามวันและเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก ใช้เวลา ครั้งละ 45-60 นาทีต่อกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้คู่มือการฝึกภาคปฏิบัติวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. ถอดเทปเสียงที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ชนิดคำต่อคำ และนำข้อมูลจากการถอดเทปเสียงมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) สรุปเป็นประเด็นอุปสรรค ปัญหาและแนวทางพัฒนาสื่อการเรียนรู้ต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 (D1) การพัฒนารูปแบบการสร้างสื่อการเรียนการสอนตามผลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 โดยสร้างและหาประสิทธิภาพของสื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชัน ในการพยาบาลมารดาหลังคลอด วิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 ผู้วิจัยพัฒนาแอปพลิเคชันในรูปแบบ SDLC ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนย่อย แล้วหาประสิทธิภาพของแอปพลิเคชัน โดยการประเมินผลพฤติกรรมของผู้เรียน 2 ประเภท คือ พฤติกรรมต่อเนื่อง (กระบวนการ) และพฤติกรรมขั้นสุดท้าย (ผลลัพธ์) โดยกำหนดค่าประสิทธิภาพเป็น $E1 =$ ประสิทธิภาพกระบวนการ, $E2 =$ ประสิทธิภาพของผลลัพธ์ (Brahmawong, 2013) จากนั้นนำวงจรการพัฒนาระบบ SDLC ซึ่งเป็นกระบวนการวิเคราะห์ห่อออกแบบและสร้างระบบสารสนเทศ มาเป็นแนวคิดในการพัฒนาสื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชัน มี 7 ขั้นตอนย่อย ดังนี้

ขั้นที่ 1 การกำหนดปัญหา

ค้นหาแนวทางการพัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมในอนาคตด้วยวิธีการ Focus Group กำหนดประเด็นคำถามที่ใช้ในกิจกรรมสนทนากลุ่ม พร้อมทั้งได้ทำการจดบันทึกและบันทึกเสียงเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ขั้นที่ 2 การวิเคราะห์ปัญหา

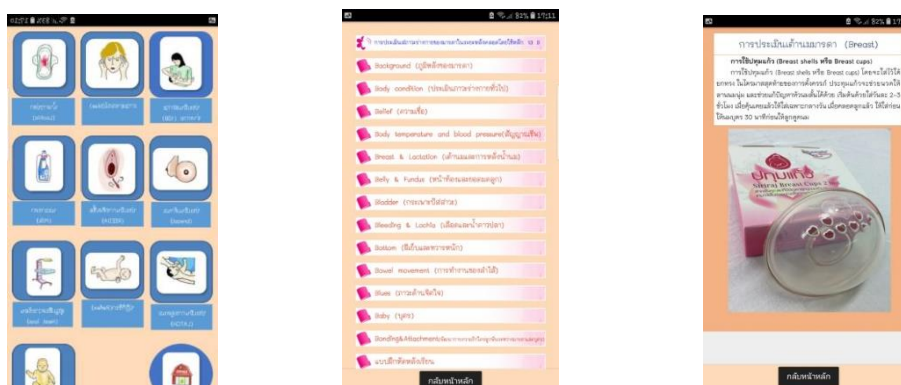
วิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากแบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม เพื่อให้รู้ถึงประโยชน์ของการใช้เล่มคู่มือการฝึกปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรค รวมทั้งแนวทางการพัฒนาสื่อการเรียนรู้ให้เหมาะสม ได้แก่ การพกพาสะดวก ขนาดเล็ก สรุปเนื้อหาที่สั้นเข้าใจง่าย มีรูปภาพสีสันทัดตูด และสามารถทบทวนได้ตลอดเวลา

ขั้นที่ 3 การออกแบบแอปพลิเคชัน

ผู้วิจัยได้ออกแบบแอปพลิเคชัน ที่สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 2 จากแบบสอบถามและการทำสนทนากลุ่ม โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) สรุปเป็นประเด็นอุปสรรค ปัญหาและแนวทางการพัฒนาสื่อการเรียนรู้ เนื้อหาแอปพลิเคชันประกอบด้วยส่วนที่สำคัญต่อการฝึกปฏิบัติงานที่แผนกหลังคลอด มีรูปภาพประกอบให้เห็นชัดเจน มีแบบทดสอบท้ายเรื่อง เช่น การประเมินสภาวะร่างกายของมารดาในระยะหลังคลอดโดยใช้หลัก 13B การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจ LATCH SCORE ภาวะตัวเหลือง ชนิดและลักษณะของน้ำคาวปลาในระยะต่าง ๆ เป็นต้น

ขั้นที่ 4 การพัฒนาแอปพลิเคชัน

การพัฒนาแอปพลิเคชันครั้งนี้ใช้รูปแบบ Hybrid Apps โดยใช้ภาษาในการพัฒนาคือ HTML5, CSS3, JavaScript และ PHP นำมาพัฒนา Code โดยขั้นตอนสุดท้ายทำการแปลง Code โปรแกรมระบบสื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชัน ในการพยาบาลมารดาหลังคลอดบนสมาร์ทโฟน โดยแปลงไฟล์ให้เป็นแอปพลิเคชันที่สามารถใช้งานได้บนสมาร์ทโฟนด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป เมื่อโปรแกรมเมอร์ได้โปรแกรมแอปพลิเคชันเสร็จเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยจึงนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับตัวอย่าง จำนวน 30 คน และปรับปรุงพัฒนาตามข้อเสนอแนะของกลุ่มผู้ใช้ เพื่อให้แอปพลิเคชันมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น



ภาพ 1 ตัวอย่างหน้าจอสื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน

ขั้นที่ 5 การทดสอบ

นำรูปแบบที่ได้พัฒนาจากขั้นตอนที่ 4 ไปให้ผู้เชี่ยวชาญได้ประเมินความเหมาะสม ทดสอบการใช้งาน แอปพลิเคชัน และดำเนินการปรับปรุงแก้ไข ตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดสอบกับกลุ่มทดลอง

ขั้นที่ 6 การติดตั้งแอปพลิเคชัน

ผู้วิจัยนำแอปพลิเคชันที่ผ่านการทดสอบและปรับปรุงแก้ไขจากขั้นตอนที่ 5 เรียบร้อยแล้วนำไปติดตั้งในระบบ Play Store ที่สามารถสืบค้นหาได้โดยใช้ชื่อว่า Postpartum Care ในหมวดหมู่แอปพลิเคชัน เพื่อการศึกษาโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย

ขั้นที่ 7 การบำรุงรักษาแอปพลิเคชัน

ขั้นการบำรุงรักษา ด้วยวิธีการตรวจสอบความผิดพลาดต่าง ๆ และมีการพัฒนาเนื้อหาอย่างต่อเนื่องตลอดการใช้งาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ปีการศึกษา 2559 จำนวน 30 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์หาประสิทธิภาพของสื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชัน ตามเกณฑ์ $E1/E2 = 80/80$ ตัวเลข 80 ตัวแรกคือประสิทธิภาพของกระบวนการ (E1) มาจากคะแนนเฉลี่ยของนักศึกษาที่ทำแบบฝึกหัดหรือแบบทดสอบย่อย ตัวเลข 80 ตัวที่สองคือประสิทธิภาพของผลลัพธ์ (E2) มาจากคะแนนเฉลี่ยของนักศึกษาที่ทำแบบทดสอบหลังเรียน ซึ่งเป็นแบบทดสอบจำนวน 25 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน และได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .74

ขั้นตอนที่ 3 (R2) เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนผ่านการใช้สื่อแอปพลิเคชันของกลุ่มทดลองก่อนและหลังฝึกปฏิบัติงาน โดยนำสื่อการเรียนรู้การสอนรูปแบบแอปพลิเคชันที่ได้สร้างและพัฒนาขึ้น ในขั้นตอนที่ 2 ไปทดลองใช้โดยออกแบบการทดลองเป็นแบบสองกลุ่มมีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ปีการศึกษา 2559 จำนวน 30 คน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามกลุ่มที่ฝึกปฏิบัติงานแผนกสูติกรรม 1 และสูติกรรม 2 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในปีการศึกษา 2559 ระยะเวลาฝึกปฏิบัติงาน 2 สัปดาห์ โดย 4 กลุ่มแรกเป็นกลุ่มควบคุม และ 4 กลุ่มหลังเป็นกลุ่มทดลอง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้การเปิดตารางขนาดตัวอย่างประมาณค่าของ Cohen (1977 อ้างถึงใน Polit & Hungler, 1999) โดยกำหนดขนาดความคลาดเคลื่อนของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (d) ไม่เกิน 0.08 กำหนดอำนาจแบบทดสอบ (Power of test) ที่ 0.80, $\alpha = 0.05$ ขนาดตัวอย่างที่ได้ = 25 เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อชดเชยสำหรับข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ อีกร้อยละ 20 จะได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

ทั้งสิ้น 30 คน ซึ่งสอดคล้อง Luecha, Lerdmaleewong, Laohachinda, Leisuwan, Putwatana, & Thanaruk (2000) ที่แนะนำหากเป็นการวิจัยแบบทดลอง หรือกึ่งทดลอง ควรได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด 20-30 ราย กลุ่มทดลองต้องเป็นนักศึกษาที่มีคุณสมบัติดังนี้ มีสมาร์ทโฟน ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถติดตั้ง Application ในเครื่องสมาร์ทโฟนได้ (เมื่อติดตั้ง Application แล้วสามารถใช้งานได้โดยไม่ต้องใช้ Internet)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. สื่อการเรียนรู้แอปพลิเคชัน ในการพยาบาลมารดาหลังคลอด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากขั้นตอนที่ 2
2. แบบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในการใช้สื่อแอปพลิเคชัน โดยการผ่านการวิเคราะห์หารระดับความยากง่าย อำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่น เป็นข้อสอบแบบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 25 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เสนอโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยพบนักศึกษาในกลุ่มที่ขึ้นฝึกปฏิบัติ กลุ่มละ 7-8 คน ซึ่งแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ระยะเวลาในการดำเนินการ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง แก่นักศึกษาที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง และรับสมัครนักศึกษาที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยก่อนเริ่มฝึกปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (Pre-test) หลังจากนั้นสามารถ Download Application ติดตั้งไว้ในโทรศัพท์มือถือ ซึ่งหลังจากนั้นสามารถเข้าใช้ได้ โดยไม่ต้องเชื่อมต่อสัญญาณ Internet การฝึกปฏิบัติในครั้งนี้ต้องฝึกทักษะเกี่ยวกับการพยาบาลมารดาหลังคลอดในรายปกติ และทารกแรกเกิด เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ เมื่อเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติจะให้กลุ่มตัวอย่าง ทำแบบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (Post-test) อีกครั้งและแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์การเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติงานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test และเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนและหลังการใช้สื่อแอปพลิเคชันในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test

ขั้นตอนที่ 4 (D2) การศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้อุปกรณ์การเรียนการสอนรูปแบบแอปพลิเคชันในการพยาบาลมารดาหลังคลอด และนำข้อมูลที่ได้มาทบทวน ปรับปรุง และแก้ไข ให้มีความเหมาะสม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ปีการศึกษา 2559 จำนวน 30 คน ที่ได้ใช้แอปพลิเคชัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์การเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชัน ในการพยาบาลมารดาหลังคลอด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผ่านการตรวจสอบโดย ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยผู้วิจัยกำหนดค่าคะแนนเป็น 5 ระดับ (ระดับ 5=มากที่สุด, 4=มาก, 3= ปานกลาง, 2= น้อย และ 1= น้อยที่สุด) และ ใช้สูตรของ Cronbach (Cronbach, 1970) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เสนอโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยเข้าชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ระยะเวลาในการดำเนินการ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง แก่นักศึกษาที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง และรับสมัครนักศึกษาที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยก่อนเริ่มฝึกปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (Pre-test) หลังจากนั้น สามารถ Download Application ติดตั้งไว้ในโทรศัพท์มือถือ ซึ่งหลังจากนั้นสามารถเข้าใช้ได้ โดยไม่ต้องเชื่อมต่อสัญญาณ Internet การฝึกปฏิบัติในครั้งนี้ต้องฝึกทักษะเกี่ยวกับการพยาบาลมารดาหลังคลอดในรายปกติ และทารกแรกเกิด เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

เมื่อเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติจะให้กลุ่มตัวอย่าง ทำแบบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (Post-test) อีกครั้งและแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์การเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์ฝึกปฏิบัติ วิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ โดยใช้ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
2. วิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชันในการพยาบาลมารดาหลังคลอด ด้วยค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
3. เปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสอบ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้สื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชันในปฏิบัติการพยาบาลมารดาหลังคลอดและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนตามปกติ โดยใช้ค่าสถิติ Independent t-test
4. เปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสอบ ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้สื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชันในปฏิบัติการพยาบาลมารดาหลังคลอด โดยใช้ค่าสถิติ Paired t-test ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น เพื่อหาลักษณะการแจกแจงข้อมูล โดยใช้สถิติทดสอบ Shapiro-Wilk test กำหนด ค่าระดับนัยสำคัญ ($\alpha = .05$) พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา เลขที่ COA No.002/2560 และปฏิบัติตามหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง ผลที่ได้ไม่มีผลต่อการเรียนการสอน และการวัดประเมินผล และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาและอุปสรรคในการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารก และการ ผดุงครรภ์ ผลวิจัยพบว่า โดยภาพรวมความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการใช้อุปกรณ์ฝึกภาคปฏิบัติ อยู่ในระดับดี ($M=3.90$, $SD=5.62$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านส่งเสริมการเรียนรู้ ($M=3.97$, $SD=1.14$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านกายภาพ ($M=3.87$, $SD=1.57$) และ พบแนวทางการพัฒนาสื่อการเรียนรู้ 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ประโยชน์ของการมีคู่มือ เป็นแนวทางการทำงาน บางครั้งอาจจดจำไม่ได้ว่าต้องปฏิบัติการพยาบาลอย่างไร สามารถเปิดความรู้ดูแนวทางในเล่มคู่มือ ใช้แก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ ทำให้รู้สึกมั่นใจ 2) ปัญหาและอุปสรรคของคู่มือ เช่น การพกพาลำบาก เนื่องจากขนาดรูปเล่มที่มีขนาดใหญ่ และหนัก บางครั้งไม่กล้าเปิดอ่านเนื่องจากเล่มใหญ่ การถ่ายเอกสาร ขาว-ดำ บางหน้าตัวหนังสือเอน เอียง ถัดกัน จนอ่านไม่ออก รูปภาพเล็ก และดำหรือทึบไปหมด สื่อความหมายไม่ชัดเจน และ 3) ความคาดหวังของสื่อการเรียนการสอนในอนาคต การนำเทคโนโลยีมาสร้างสื่อการเรียนรู้ที่ทันสมัย สามารถตอบสนองความต้องการของผู้เรียนได้ เช่น สื่อการเรียนรู้ออนไลน์ มีภาพเคลื่อนไหว E-Book หรือเป็นไฟล์แนบรูปภาพให้ผู้เรียนสามารถดาวน์โหลดเองได้ ผลการศึกษาทำให้เข้าใจประโยชน์ของการมีคู่มือสำหรับการฝึกปฏิบัติที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ แต่หากมีการพัฒนาสื่อให้มีความน่าสนใจ น่าดึงดูด จะช่วยกระตุ้นการแสวงหาความรู้ โดยเฉพาะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ซึ่งสามารถนำไปเป็นแนวทางพัฒนาสื่อการเรียนรู้สำหรับนักศึกษาพยาบาลยุคศตวรรษที่ 21 ต่อไป (Waithayawongkorn, Thasanoh, Elter, & Choonkor, 2017)

2. การพัฒนาสื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชัน ในการพยาบาลมารดาหลังคลอด วิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1

จากผลการศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรคในการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ ผู้วิจัยวิเคราะห์ได้ว่า Application บนสมาร์ตโฟน เป็นสื่ออย่างหนึ่งที่มีความน่าสนใจสามารถ

สร้างเป็นสื่อการเรียนการสอนที่เหมาะสม แกไขสภาพปัญหาอุปสรรคที่นักศึกษาพบได้ เช่น การพกพาที่ลำบาก ขนาดเล่มคู่มือใหญ่ หนัก ตัวหนังสือไม่ชัด รูปภาพไม่ชัด และยังสามารถตอบสนองความต้องการในการสืบค้นได้ ทุกเวลาให้ผู้เรียนต้องการ จึงได้พัฒนาแอปพลิเคชัน Postpartum Care ตามกระบวนการวงจรการพัฒนา ระบบ (The System Development Life Cycle: SDLC) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนได้แก่ การกำหนดปัญหา (Problem definition) ทำความเข้าใจกับปัญหา นำปัญหามาวิเคราะห์ (Analysis) จากนั้นนำมาออกแบบแอปพลิเคชัน (Design) โดยกำหนดเนื้อหา รูปแบบหน้าจอ การแสดงผลพัฒนาเป็นแอปพลิเคชัน (Development) ที่สามารถ ใช้ได้บนสมาร์ตโฟน มีการนำไปทดสอบ (Testing) พร้อมปรับปรุงแก้ไข ตามข้อเสนอแนะ และนำไปติดตั้งใน ระบบ Play Store ที่สามารถสืบค้นหาได้ (Implementation) และขั้นตอนสุดท้าย ต้องมีการบำรุงรักษา แอปพลิเคชัน (Maintenance) เพื่อพัฒนาเนื้อหาอย่างต่อเนื่อง

สำหรับผลการหาประสิทธิภาพของสื่อการเรียนรู้อุปแบบแอปพลิเคชันในการพยาบาลมารดาหลังคลอด วิชา ปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 ตามเกณฑ์ 80/80 พบว่า ผลการทำแบบฝึกหัด ระหว่างเรียนมีคะแนนร้อยละ 84.97 และการทดสอบหลังเรียนกิจกรรม มีคะแนนร้อยละ 80.76 แสดงว่าสื่อการเรียนรู้อุปแบบแอปพลิเคชัน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีประสิทธิภาพ (E1/E2) เท่ากับ 84.97/80.76 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และผลการประเมินความสอดคล้องของสื่อการเรียนรู้อุปแบบแอปพลิเคชันในการพยาบาลมารดาหลังคลอดวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความเที่ยงตรง (Content Validity Index: CVI) อยู่ระหว่าง .90-.95 สามารถยอมรับได้

3. เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในการใช้สื่อแอปพลิเคชันก่อนและหลังฝึกปฏิบัติงาน ในกลุ่มทดลอง

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติทดสอบที และระดับนัยสำคัญทางสถิติของการทดสอบ เปรียบเทียบคะแนนสอบระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้สื่อการเรียนรู้อุปแบบแอปพลิเคชันในปฏิบัติการพยาบาลมารดาหลังคลอดและกลุ่มควบคุม (n=60 คน)

การสอบ	n	M	SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง	30	18.17	2.26	7.56	58	<.001
กลุ่มควบคุม	30	13.40	2.61			

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มที่ได้ใช้สื่อการเรียนรู้อุปแบบแอปพลิเคชันในปฏิบัติการพยาบาลมารดาหลังคลอด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.17 ($M=18.17$, $SD=2.26$) และกลุ่มควบคุม ที่ไม่ได้ใช้สื่อการเรียนรู้อุปแบบแอปพลิเคชันในปฏิบัติการพยาบาลมารดาหลังคลอด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.40 ($M=13.40$, $SD=2.61$) และกลุ่มทดลองที่ได้ใช้สื่อการเรียนรู้อุปแบบแอปพลิเคชันในปฏิบัติการพยาบาลมารดาหลังคลอดมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติทดสอบที และระดับนัยสำคัญทางสถิติของการทดสอบ เปรียบเทียบคะแนนสอบของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้สื่อการเรียนรู้อุปแบบแอปพลิเคชันในปฏิบัติการพยาบาลมารดาหลังคลอด (n=30 คน)

การสอบ	M	SD	t	df	p-value
ก่อนฝึกปฏิบัติงาน	11.90	2.23	-10.116	29	<.001
หลังฝึกปฏิบัติงาน	18.17	2.26			

จากตาราง 2 พบว่า การทดสอบก่อนและหลังฝึกปฏิบัติงานจากการใช้สื่อการเรียนรู้อุปแบบแอปพลิเคชันในปฏิบัติการพยาบาลมารดาหลังคลอด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.90 และ 18.17 ตามลำดับ และ

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนระหว่างก่อนฝึกปฏิบัติงานและหลังฝึกปฏิบัติงาน พบว่าคะแนนสอบหลังฝึกปฏิบัติงาน โดยใช้สื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชันในการพยาบาลมารดาหลังคลอด มีคะแนนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการใช้สื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชัน ในการพยาบาลมารดาหลังคลอด

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ระดับความพึงพอใจในแต่ละด้านของนักศึกษาพยาบาลที่มีต่อสื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชันในการพยาบาลมารดาหลังคลอด (n=30 คน)

รายการประเมิน	M	SD	ระดับ
ด้านกายภาพ			
1. ความน่าสนใจ ดึงดูดของแอปพลิเคชัน	4.40	0.68	มากที่สุด
2. ความเหมาะสมของขนาดตัวอักษร	4.47	0.63	มากที่สุด
3. การออกแบบแอปพลิเคชันง่ายและสะดวกต่อการใช้งาน	4.43	0.77	มากที่สุด
ด้านเนื้อหา			
1. เนื้อหา มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์รายวิชา	4.70	0.60	มากที่สุด
2. เนื้อหา มีความถูกต้องและครอบคลุม	4.57	0.63	มากที่สุด
3. ภาพประกอบช่วยให้สื่อความหมายได้ชัดเจน	4.60	0.62	มากที่สุด
4. การเรียงลำดับเนื้อหาทำให้เข้าใจเนื้อหาได้มากขึ้น	4.53	0.63	มากที่สุด
5. เนื้อหา มีความเหมาะสมไม่เยิ่นเย้อ	4.67	0.61	มากที่สุด
6. ความทันสมัยของการอ้างอิงเอกสาร	4.73	0.52	มากที่สุด
7. สามารถนำไปใช้ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยได้สะดวก	4.77	0.57	มากที่สุด
ด้านการส่งเสริมการเรียนรู้			
1. กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้	4.73	0.45	มากที่สุด
2. การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เรียน	4.50	0.63	มากที่สุด
3. เหมาะสมกับการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21	4.83	0.38	มากที่สุด
ด้านประโยชน์จากการใช้แอปพลิเคชัน			
1. สามารถทบทวนด้วยตนเองได้ตลอดเวลา	4.80	0.41	มากที่สุด
2. ให้การพยาบาลแก่มารดาและทารกหลังคลอดได้ตามปัญหาที่พบ	4.77	0.50	มากที่สุด
รวมค่าเฉลี่ย	4.63	0.40	มากที่สุด

จากตาราง 3 พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 มีความพึงพอใจต่อการใช้สื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชัน ในการพยาบาลมารดาหลังคลอดขณะฝึกปฏิบัติงาน ในภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.63, SD=.40$) เมื่อพิจารณาในแต่ละข้อพบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจมากที่สุดคือ ด้านการส่งเสริมการเรียนรู้เหมาะสมกับการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ($M=4.83, SD=.38$) รองลงมาคือ ด้านประโยชน์จากการใช้แอปพลิเคชัน สามารถทบทวนได้ด้วยตนเองตลอดเวลา ($M=4.80, SD=.41$) และข้อที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุดคือ ด้านกายภาพความน่าสนใจ ดึงดูดของแอปพลิเคชัน ($M=4.40, SD=.68$)

อภิปรายผล

1. สภาพปัญหาและอุปสรรคในการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ จะเห็นได้จากการใช้แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้คู่มือการฝึกภาคปฏิบัติพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านกายภาพ แสดงถึงการให้ความสำคัญกับรูปลักษณ์ภายนอก ผู้เรียนควรนำมาใช้ได้อย่างภาคภูมิใจ และกลุ่มตัวอย่างยังมองถึงประโยชน์จากการมีเล่มคู่มือ ที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ พบว่ามีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ

สูงสุด จำเป็นต่อการขึ้นฝึกปฏิบัติ อยากให้มีต่อเนื่องและควรมีการพัฒนาเนื้อหาให้ดีขึ้น ทันสมัยเหมาะสมกับ ผู้เรียนในยุคปัจจุบัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Chantra, & Sarakshetrin (2017) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาล เป็นช่วงอายุระหว่าง 19-22 ปี เป็นช่วงกลุ่มอายุ Generation Y ที่ได้รับการพัฒนาด้านการเท่าทันสื่อและการใช้ เทคโนโลยีเพิ่มมากขึ้น มีทักษะในการสื่อสารเพิ่มมากขึ้น จึงมองถึงรูปแบบลักษณะภายนอกเป็นส่วนสำคัญอย่างหนึ่งที่ ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ เป็นแรงจูงใจ แรงบันดาลใจ (Inspiration) ที่ทำให้ผู้เรียนอยากเรียนรู้

นอกจากนี้ความคาดหวังของการมีสื่อการเรียนการสอนในอนาคต กลุ่มตัวอย่างมองถึงการนำเทคโนโลยี มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการเรียนรู้ เช่น การมีแอปพลิเคชัน, E-Book หรือ CD Rom โดยใส่เนื้อหาของทุกระยะ ของการฝึกในวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ และมีภาพประกอบที่ช่วยสื่อความหมาย ได้เข้าใจมากยิ่งขึ้น การแนบไฟล์ หรือวิดีโอ ภาพเคลื่อนไหว ให้ผู้เรียนสามารถดาวน์โหลดเพื่อนำไปทบทวนด้วย ตัวเองได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chantra, & Sarakshetrin (2017) ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลในปัจจุบันมี ทักษะด้านคอมพิวเตอร์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Computing and ICT Literacy) อยู่ในระดับสูง สามารถใช้คอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีในการสื่อสารต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี หากมีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการ จัดการเรียนการสอนจะเป็นเครื่องมือช่วยกระตุ้น ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดี ดังนั้นจึงพบว่า การนำ ประโยชน์ทางเทคโนโลยีมาใช้ จะสามารถพัฒนาทักษะทางด้านนี้แก่นักศึกษาได้ดี

2. การพัฒนาสื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชันในการพยาบาลมารดาหลังคลอด ประกอบด้วย

2.1 การนำวงจรการพัฒนาแบบ SDLC มาเป็นแนวคิดในการพัฒนาสื่อการเรียนรู้รูปแบบ แอปพลิเคชัน ตามกระบวนการ 7 ขั้นตอน ซึ่งเป็นวงจรที่แสดงถึงการทำกิจกรรมต่าง ๆ ตั้งแต่เริ่มจนกระทั่ง สำเร็จ สามารถช่วยให้เห็นแนวทางการพัฒนาระบบของการสร้างแอปพลิเคชัน จนกระทั่งสามารถนำไปใช้ และ ผ่านการประเมินคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก อันเนื่องมาจากการออกแบบ และทำตาม ขั้นตอนของวงจรการพัฒนาแบบ SDLC ที่น่าเชื่อถือ ช่วยให้การพัฒนาระบบแอปพลิเคชัน เป็นไปตาม ขั้นตอนตั้งแต่เริ่มจนกระทั่งสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ Worapitbenja, Krangnun, & Srisom (2015) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ การพัฒนาแอปพลิเคชันการจัดการเรียนการสอนในห้องเรียนเสมือนจริงบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ พบว่า การนำกระบวนการ SDLC มาเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบ ช่วยให้เข้าใจถึงกิจกรรมพื้นฐานและ รายละเอียดต่าง ๆ ในการพัฒนาระบบได้เป็นอย่างดี

2.2 ผลการหาประสิทธิภาพของสื่อแอปพลิเคชัน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีประสิทธิภาพ (E1/E2) เท่ากับ 84.97/80.76 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ 80/80 แสดงถึงนักศึกษาได้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อเนื่อง ตามลำดับขั้น จากการทำกิจกรรมและแบบฝึกหัด ทำให้มีความรู้แท้จริง ก่อนที่จะมีการทดสอบเป็นพฤติกรรม สุดท้าย (Brahmawong, 2013) สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Odklun, Khumkr, & Panjunghan (2016) ที่ได้ พัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับการบันทึกทางการแพทย์ในเครื่องแท็บเล็ตพีซี พบว่ามีประสิทธิภาพของ แอปพลิเคชัน (E1/E2) เท่ากับ 84.26/81.91 อธิบายได้ว่า พยาบาลหอผู้ป่วยใน มีกระบวนการเรียนรู้ต่อเนื่อง และผลลัพธ์ที่ดี เมื่อได้รับการอบรมการใช้แอปพลิเคชันสำหรับการบันทึกทางการแพทย์ และสอดคล้องกับ การศึกษาของ Singdee, & Satpretpry (2015) ที่ได้วิจัยและพัฒนาสื่อแอปพลิเคชันบนแท็บเล็ตระบบปฏิบัติการ แอนดรอย รายวิชาการงานอาชีพและเทคโนโลยี ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ได้ประสิทธิภาพของแอปพลิเคชัน (E1/E2) เท่ากับ 86.00/84.92 แสดงถึงนักเรียนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้จากการทำกิจกรรม มี กระบวนการเรียนรู้ที่ดี และมีประสิทธิภาพของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นดี จากการใช้อุปกรณ์ ซึ่ง เป็นไปตามเกณฑ์ 80/80 ที่ตั้งไว้

2.3 ผลการประเมินความสอดคล้องของสื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชันในการพยาบาลมารดา หลังคลอดจากผู้เชี่ยวชาญและนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำ พบว่า มีค่าดัชนีความเที่ยงตรง (Content Validity Index: CVI) อยู่ระหว่าง .90 - .95 ซึ่งมากกว่า 0.8 จัดอยู่ในระดับที่ดี อาจเป็นผลมาจากความสอดคล้องระหว่าง ข้อคำถามกับจุดมุ่งหมาย เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงสามารถนำไปใช้ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างได้

3. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาที่ใช้สื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชันในการพยาบาลมารดาหลังคลอด พบว่า มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่า นักศึกษาที่เรียนโดยใช้การจัดการเรียนการสอนแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า การนำสื่อการเรียนรู้ที่มีการพัฒนาให้มีความเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามยุคสมัย ดังเช่นในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาในยุค Generation Z ที่มีการใช้เทคโนโลยีเก่ง ชีวิตติดสังคม Internet ซึ่งมีความสนใจเรียนรู้ ในสิ่งเร้าที่มีความน่าสนใจ ดังนั้น แอปพลิเคชันที่สามารถ Download เก็บไว้ในเครื่อง พกพาได้ง่าย มีรูปภาพสีสันดึงดูด มีเนื้อหาที่สั้นกระชับเข้าใจง่าย และสามารถทบทวนได้ตลอดเวลาที่ต้องการ ทำให้นักศึกษามีการเรียนรู้ที่ง่าย และเข้าใจเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Chantem, Chuathong, & Supinanont (2018) ที่ศึกษา การพัฒนาแอปพลิเคชันโดยใช้การเรียนรู้ร่วมกัน เรื่อง การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังจากผู้สูงอายุได้ศึกษาเรียนรู้จากแอปพลิเคชันโดยใช้การเรียนรู้ร่วมกันเรื่อง การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ มีผลสัมฤทธิ์หลังการเรียนรู้สูงกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kimsungnoen, & Petchtang (2016) ในเรื่อง ผลการใช้สื่อการสอนอิเล็กทรอนิกส์ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยรังสิต พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาภายหลังจากการใช้สื่อการสอนอิเล็กทรอนิกส์สูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายได้ว่าการมีเครื่องมือช่วยส่งเสริมในการเรียนรู้ เช่น สื่ออิเล็กทรอนิกส์ แอปพลิเคชันความรู้ต่าง ๆ ที่ประกอบด้วยรูปภาพ สีสันเนื้อหาที่สั้นกระชับ เข้าใจง่าย การเข้าถึงความรู้ได้ง่าย จะทำให้การเรียนรู้เป็นไปอย่างรวดเร็ว สามารถทบทวนได้เมื่อต้องการ ส่งผลให้มีความเข้าใจเพิ่มขึ้น ดังแสดงได้จากผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่มีค่าคะแนนทดสอบหลังจากเรียนสูงขึ้น

4. ผลการศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษา ที่มีต่อสื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชัน ในการพยาบาลมารดาหลังคลอด ขณะขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย พบว่ามีความพึงพอใจต่อการใช้สื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชันในการพยาบาลมารดาหลังคลอดภายหลังการฝึกปฏิบัติงาน ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด อาจเนื่องจากสื่อการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีการสรุปประเด็นเนื้อหาจากที่เรียนทฤษฎีมาแล้วให้เข้าใจง่าย เหมาะสำหรับการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน พร้อมมีรูปภาพประกอบและแบบทดสอบ ช่วยให้ผู้เรียนสามารถทบทวนได้ตลอดเวลา มีความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติงาน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจให้คะแนนสูงสุด ในหัวข้อ การส่งเสริมการเรียนรู้เหมาะสมกับการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 สอดคล้องกับการศึกษาของ Ruengrong, Jiravarapong, Manyum, Somyaron, Muendet, & Srisurat (2014) ที่ได้ศึกษาเทคโนโลยีการศึกษากับครูไทยในศตวรรษที่ 21 กล่าวว่า ครูต้องพร้อมปรับตัวและพัฒนาตนเองให้เท่าทันเทคโนโลยีเสมอ รู้จักนำเทคโนโลยีมาปรับใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนการสอน เพื่อให้สามารถชี้แนะและส่งเสริมให้นักเรียนเรียนรู้ได้ด้วยตนเองตลอดเวลา เป็นการกระตุ้นส่งเสริมการเรียนรู้แก่ผู้เรียนได้เป็นอย่างดี ส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้สื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมตามมา

5. หัวข้อด้านกายภาพ ความน่าสนใจ ดึงดูดของแอปพลิเคชัน นักศึกษามีความพึงพอใจให้คะแนนน้อยที่สุด บอกได้ถึงความคิดเห็นของรูปแบบสื่อที่ใช้ ตัวอักษร ความสวยงาม เป็นความต้องการหรือแรงจูงใจที่จะนำไปสู่ผลสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรม สอดคล้องกับแนวคิดความพึงพอใจที่มองว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นในบุคคล มีทั้งด้านบวกและด้านลบ ความรู้สึกด้านบวกทำแล้วจะมีความสุข ซึ่งความพึงพอใจที่สูงสามารถสร้างแรงจูงใจทำให้บุคคลกระทำการสิ่งนั้น ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ (Shelly, 1975) สอดคล้องกับการศึกษาของ Buranasak, Limruangrong, & Pungbangkadee (2014) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอน เรื่องการตรวจครรภ์ ต่อความรู้ทักษะการตรวจครรภ์ และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการตรวจครรภ์และคะแนนทักษะการตรวจครรภ์หลังเรียนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้เรียนมีคะแนนมีความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ช่วยสอนอยู่ในระดับมากที่สุด แสดงว่า การนำเทคโนโลยีช่วยสอนมาใช้เป็นสื่อช่วยสอน ทำให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยภาพรวมของความพึงพอใจในการใช้สื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชันในการพยาบาลมารดาหลังคลอด แสดงให้

เห็นถึงความพึงพอใจต่อการใช้สื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับลักษณะของผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 โดยผู้เรียนสามารถศึกษาค้นคว้าได้ด้วยตนเอง โดยมีครูผู้สอนเป็นผู้ชี้แนะ เป็นการเรียนรู้ที่มีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง และด้านกายภาพ ภาพลักษณ์ ความสวยงามของแอปพลิเคชันเป็นสิ่งที่ผู้เรียนให้ความสนใจ สร้างแรงดึงดูดแก่ผู้เรียน เกิดความพึงพอใจที่จะตัดสินใจเข้ามาศึกษาเรียนรู้

6. อีกมุมมองหนึ่งของนักศึกษาที่ได้ใช้สื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชันในการพยาบาลมารดาหลังคลอด ในขณะที่ปฏิบัติงาน มีความรู้สึกว่าการใช้โทรศัพท์เปิดแอปพลิเคชันเพื่อทบทวนความรู้ อาจเป็นที่สงสัยแก่พยาบาลวิชาชีพบนหอผู้ป่วยในการใช้โทรศัพท์ หรือแม้กระทั่งผู้รับบริการบนหอผู้ป่วยได้ ดังนั้น วิธีแก้ไข คือ ในขณะที่ฝึกปฏิบัติงาน อาจารย์ผู้สอนประจำกลุ่มอาจต้องมีบทบาทในการประสานหรือชี้แจงในกระบวนการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้เข้าใจตรงกัน และจัดบริเวณพื้นที่สำหรับทบทวนความรู้ไว้ได้อย่างเหมาะสม เป็นสัดส่วน เพื่อให้นักศึกษารู้สึกสบายใจในการใช้สื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชันในขณะที่ฝึกปฏิบัติงาน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. อาจารย์ผู้สอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์1 ควรได้มีการพัฒนาสื่อการเรียนการสอนโดยนำแอปพลิเคชันการพยาบาลมารดาหลังคลอดไปแนะนำให้แก่นักศึกษาที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงานในแผนกหลังคลอด ควบคู่ไปกับการเรียนการสอนบนหอผู้ป่วย

2. บุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด สามารถนำแอปพลิเคชันไปใช้ในการทำงาน หรือ ทบทวนความรู้ได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนารีวิวแอปพลิเคชัน ที่สนับสนุนการเรียนรู้สำหรับนักศึกษาพยาบาล ในหัวข้อ หรือรายวิชาอื่น เนื่องจากนักศึกษาสามารถดาวน์โหลดแอปพลิเคชันไว้ในสมาร์ตโฟนที่พร้อมใช้งาน สามารถทบทวนได้ด้วยตนเองตลอดเวลา

2. พัฒนารีวิวสื่อการเรียนรู้ในรูปแบบอื่น ๆ ที่สอดคล้องกับการจัดการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้สำหรับนักศึกษาพยาบาลต่อไป

References

- Brahmawong, C. (2013). Developmental Testing of Media and Instructional Package. *Silpakorn Educational Research Journal*, 5(1), 7-20. (in Thai)
- Buranasak, J., Limruangrong, P., & Pungbangkadee R. (2014). The Effect of Computer Assisted Instruction of Abdominal Examination on Knowledge, Abdominal Examination Skills and Satisfaction of Nursing Students. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 361-370. (in Thai)
- Bureau of Health Promotion. (2017). Report of the Dead Mother in October 2016-May 2017. Health and Child Groups. *Health Promotion Bureau*. Retrieved December 18, 2017 from http://hp.anamai.moph.go.th/download/article/article_20180227144732.pdf
- Chantra, R., & Sarakshetrin, A. (2017). Learning Skills in 21st Century of Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Surattthani. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(1), 180-190. (in Thai)
- Chantem, A., Chuathong, S., & Supinanont, P. (2018). The Development of Application Using Collaborative learning on the Topic "Healthy Exercise for the Elderly". *Veridian E-Journal*, 11(1), 1317-1385. (in Thai)



- Cronbach, L., J. (1970). *Essential of Psychological Testing*. New York, Evanston and London: Harper & Row.
- Dachacup, P., & Yindeesuk, P. (2015). *Learning Management In the 21st century*. (2nd ed.). Bangkok: Printing of Chulalongkorn University.
- Ditsiri, T. (2015). *Development of Application for Tablet Instruction on Addition with Techniques of Secrets of Mental Math to Enhance Mathematics Fast Calculation Skill of the Sixth Grade Students*. (Master's Thesis). Kasetsart University, Department of Educational Technology.
- Kananit, S. (2015). *Development of Learning Applications on Android Operating Systems Health Education Subjects at Grade 1*. Satriwithaya2 School. Under the Royal Patronage of HRH Princess Srinagarindra. Ministry of Education. (in Thai)
- Kimsungnoen, N., & Petchtang, S. (2016). The Effect of E-Learning Courseware Media on the Learning Achievement of Nursing Students at the School of Nursing, Rangsit University. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 9(1), 63-74. (in Thai)
- Luecha, Y., Lerdmaleewong, M., Laohachinda, Y., Leisuwan, W., Putwatana, P., & Thanaruk, R. (2000). *Nursing Research*. (7th ed.). Bangkok: Siam Art Printing Co., Ltd.
- Manotham, O., Parisunyakul, S., & Sriarporn, P. (2014). Postpartum Health Behaviors among Rural Laotian Women and Related Factors. *Nursing Journal*, 41(3), 35-47. (in Thai)
- Mehrens, W. A., & Lehmann, I. J. (1991). *Measurement and Evaluation in Education and Psychology*. (3rd Ed.). New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Odklun, P., Khumkr, Y., & Panjunghan, B. (2016). Application Development for Nursing Record in the Tablet PC. *Buddhachinaraj Medical Journal*, 33(2), 207-217. (in Thai)
- Phongkitwitoon, R. (2011). *Development of Electronic Lessons Based on Learning Concepts By Using the Brain as a Base Multimedia Production and Presentation Courses for Education for Undergraduate Students Nakhon Ratchasima Rajabhat University*. (Research Report). Nakhon Ratchasima Rajabhat University. (in Thai)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (8th ed.). Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing Research: Principles and Methods*. (6th ed.). Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia.
- Ruengrong, P., Jiravarapong, B., Manyum, W., Somyaron, W., Muendet S., & Srisurat, C., (2014). Educational Technology VS Thai Teachers in 21st Century. *Panyapiwat Journal*, 5(Special Issue), 195-207. (in Thai)
- Singdee, B., & Satpretpy, S. (2015). *Research and Development of Application Instruction Media on Tablet Android Operation System in Career and Technology Subject for Mattayomsuksa 1*. (Proceedings). National and International Conference Interdisciplinary Research for Local Development Sustainability. 623-634. (in Thai)
- Shelly, M. W. (1975). *Responding to Change*. Pennsylvania: Downen Hutchinsun & Rose, Ins.
- Sirisupluxana, P. (2013). Teaching Nursing Students to Develop Critical Thinking Skills. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima*, 19(2), 5-19. (in Thai)



- The Office of the Minister Ministry of Education. (2013). *Ministry of Education*. Retrieved September, 30, 2016 from <http://www.moe.go.th/websm/2013/aug/275.html>
- Thaisuwan, P., K. (2018). Research Development and Participatory Action Research. Retrieved April 22, 2019 from <http://irem.ddc.moph.go.th/uploads/downloads/5ab9aa1d90875.pdf>
- Waithayawongkorn, N. (2013). *Perceptions from Nursing Students on their First Clinical Practice*. Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima. Office of the Permanent Secretary. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Waithayawongkorn, N., Elter, P., & Choonkor, R., (2017). *Development and Effective Testing of the Instructional Mobile Application Used by Junior Nursing Students While Providing Care for Postpartum Mothers*. (Proceedings). 2017 ANPOR Annual Conference. (443-452).
- Worapitbenja, P., Krangnun, J., & Srisom, N., (2015). The Development Learning Managements System Application of Virtual Classrooms on Mobile Device. *Industrial Technology Lampang Rajabhat University Journal*, 8(2), 58-67. (in Thai)
- World Health Organization. (2018). *Maternal Mortality*. Retrieved December 13, 2018 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

การประเมินระดับไขมันในเลือด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตรา TC/HDL-C ของผู้มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในอำเภอเมือง จังหวัดตรัง Lipid Profile Test and Factors Associated with TC/HDL-C Ratio among Dyslipidemia Population in Muang District, Trang Province

กุลนาถ มากบุญ^{1*}, ธิติมา ภูพลเพียร² และ นงนารถ สุขลิ้ม¹
Kunlanat Makboon^{1*}, Thitima Phupolpian² and Nongnart Suklim¹
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี¹, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสองคลอง²
Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi¹, Songklong Health Promoting Hospital²

(Received: July 12, 2019; Revised: August 29, 2019; Accepted: August 30, 2019)

บทคัดย่อ

การศึกษากาตดัขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีระดับไขมันผิดปกติและเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราโคเลสเตอรอลรวม (TC) ต่อ HDL-C (TC/HDL-C) ของผู้ที่มีระดับไขมันผิดปกติในเขตอำเภอเมือง จังหวัดตรัง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคือผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติทั้งสิ้น 393 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลทั่วไปรวมถึงระดับไขมัน และอีกส่วนเป็นแบบสอบถามเรื่องความรู้ ทศคติและพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ความถี่ ร้อยละ และสมการถดถอยพหุโลจิสติกส์ ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.00) อายุเฉลี่ย 64.63 ปี ($SD=12.01$) อยู่ในสถานภาพสมรส (ร้อยละ 66.20) และมากกว่าครึ่งหนึ่งมีค่าดัชนีมวลกายปกติ (ร้อยละ 58.00) ส่วนระดับไขมันเดี่ยว คือ LDL-C และ Total Cholesterol (TC) อยู่ในระดับก้ำกึ่งถึงสูงเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.58 และ 88.55 ตามลำดับ) แต่ระดับ HDL-C โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ นอกจากนี้ค่าอัตราไขมันที่มีค่าเกินกว่าปกติโดยมีจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างคือค่าอัตรา TC/HDL-C (ร้อยละ 50.90) ส่วนค่าอัตราไขมันที่มีระดับสูงรองลงมาคือ ค่า LDL-C /HDL-C และ TG /HDL-C ซึ่งมีสัดส่วนน้อยกว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่าง และเมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้ที่มีความรู้ ทศคติและพฤติกรรมกรบริโภคอาหารในระดับดี พบว่ามีค่าอัตรา TC/HDL-C อยู่ในระดับปกติมากกว่าครึ่งหนึ่งในกลุ่มผู้ที่มีความรู้ในระดับดี ส่วนในกลุ่มอื่นจะมีค่าปกติในสัดส่วนที่ต่ำกว่า สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตรา TC/HDL-C คือ เพศหญิง ($OR = 2.46, p\text{-value} = 0.01$) และความรู้ในการบริโภคอาหาร ($OR = 0.58, p\text{-value} = 0.02$) ซึ่งเป็นปัจจัยป้องกัน

ควรจะต้องมีการปรับวิธีการให้ความรู้ เพิ่มเติมความรู้ในด้านอื่นๆ เนื่องจากเป็นปัจจัยป้องกันที่อาจส่งผลต่อระดับไขมันในเลือดโดยเฉพาะในกลุ่มเพศหญิงและการติดตามผลในอนาคตเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและค่าระดับไขมันที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ระดับไขมัน, TC/HDL-C, อัตราไขมัน, ความรู้, ทศคติ, พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: kunlanat@scphtrang.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 091-4594462)

Abstract

This cross-sectional study aimed to analyze lipid profiles among dyslipidemia patients and to study factors associated with total cholesterol and HDL-C ratio (TC/HDL-C) in Muang District, Trang Province. Sample was 393 dyslipidemia patients. Data collection was done using the lipid profiles of the participants and a questionnaire for general information but also about knowledge, attitude and food consumption behaviors of the participants. Descriptive statistics such as frequency and percentage were used in the analysis. In addition, multiple logistic regression was used to assess factors related to TC/HDL-C ratio. Most of the participants were female (74%), with an average age of 64.63 years old ($SD=12.01$) and married (66.20%). In addition, more than half of them had normal body mass index (58%). About half of the participants had the results of classical lipid profiles—LDL-C and TC above normal level (90.58% and 88.55%, respectively). However, HDL-C was at a normal level. Moreover, about half of them had higher level of TC/HDL-C ratio (50.9%), followed by LDL-C/HDL-C and TG/HDL-C ratios as half of them were at a normal level. When sub-analysis was conducted in the group that had good knowledge, attitude and food consumption behaviors, only the good knowledge group had a higher proportion of normal level of TC/HDL-C ratio, while other groups had a less normal level proportion. Lastly, factors associated with TC/HDL-C ratio were female ($OR=2.46$, $p\text{-value}=0.01$) and knowledge ($OR=0.58$, $p\text{-value}=0.02$) that was a protective factor.

In conclusion, most of the participants in this study still had abnormal levels of both classical lipid profiles and lipid ratios. Therefore, better method of providing more knowledge about factors that may affect lipid profiles as a protective factor should be applied particularly in female and a good follow up system should be also applied to them in the future in order to change their behaviors and improve their lipid profiles and ratios.

Keywords: Lipid Profiles, TC/HDL-C, Lipid Ratios, Knowledge, Attitude, Food Consumption Behaviors

บทนำ

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) เป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับไขมันเลือดต่างไปจากเกณฑ์ที่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) และก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Diseases) ในที่สุด (Castelli, 1998, Lee, Cheong, Shin, 2018, McGovern, Pankow, Shahar, Doliszny, Folsom, Blackburn et al, 1996) จากการศึกษาพบว่าการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีสาเหตุจาก 5 โรคหลัก คือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคระบบทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังและภาวะความดันโลหิตสูง จากข้อมูลการเสียชีวิตทางการแพทย์ตามระบบ ICD10 ระหว่างปี 2555-2558 การเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการตายสูงที่สุดใน 5 โรคที่ศึกษาและมีอัตราการตายมากกว่าโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือด 1.5-2 เท่า แนวโน้มอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 31.7 ต่อ 100,000 ในปี 2555 เป็น 43.3 ต่อ 100,000 ในปี 2558 (Bureau of Non Communicable Diseases, 2016) ผู้เสียชีวิตเหล่านี้ล้วนได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติร่วมด้วย การตรวจระดับไขมัน (Lipid Profile) โดยทั่วไปเพื่อตรวจหาภาวะไขมันในเลือดผิดปกตินั้นโดยพื้นฐานประเมินได้จากเกณฑ์ที่ใช้ตัดสินดังนี้ ระดับโคเลสเตอรอลรวม (Total Cholesterol, TC) น้อยกว่า 200 mg/dL, Low Density Lipoprotein Cholesterol (LDL-C) น้อยกว่า 100 mg/dL, High Density Lipoprotein

Cholesterol (HDL-C) มากกว่า 40 mg/dl และ triglyceride (TG) 150 mg/dl และการที่จะตัดสินว่ามีระดับไขมันในเลือดผิดปกติหรือไม่นั้นต้องมีระดับของค่าไขมันเหล่านี้เกินระดับปกติตั้งแต่ 2 ค่าขึ้นไป (Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP), 2001) นอกจากนี้การประเมินระดับไขมันด้วยค่าดัชนีไขมันอื่นๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์และความไวมากกว่าการใช้ค่าการวัดระดับไขมันเดี่ยวๆ ในการทำนายเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ อัตรา TC/HDL-C (ควรจะมีค่าน้อยกว่า 4.5 ในภาพรวมทั้งเพศชายและเพศหญิง) อัตรา LDL-C/HDL-C (ควรจะมีค่าน้อยกว่า 3 ในภาพรวมทั้งเพศชายและเพศหญิง) หรือแม้แต่ค่า non HDL-C (ค่าปกติควรน้อยกว่า 130 mg/dl) ซึ่งจากการศึกษาหลายๆ การศึกษาได้ระบุว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงตัวหนึ่งที่น่าจะดีกว่า LDL-C (Anand, Yusuf, Jacobs, Davis, Yi, Gerstein et al, 2001, Anand, Yusuf, Vuksan, Devanesen, Teo, Montague et al, 2000, Nijjar, Wang, Quan, Khan, 2010) นอกจากนี้ปัจจัยด้านความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการบริโภคอาหารสามารถเป็นตัวบ่งชี้อีกตัวหนึ่งที่ใช้อธิบายระดับปัญหาของประชากรว่ามีอย่างน้อยเพียงใด โดยความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทัศนคตินั้นมีผลในทางอ้อมโดยเป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาโดยมีความรู้เป็นส่วนสำคัญก่อให้เกิดความเข้าใจแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการมีความรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีดำเนินชีวิตประจำวันได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เปลี่ยนไปจากเดิม หากประชาชนมีความรู้และทัศนคติในการบริโภคอาหารที่ดี ก็จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง (Boonsuk, 2010)

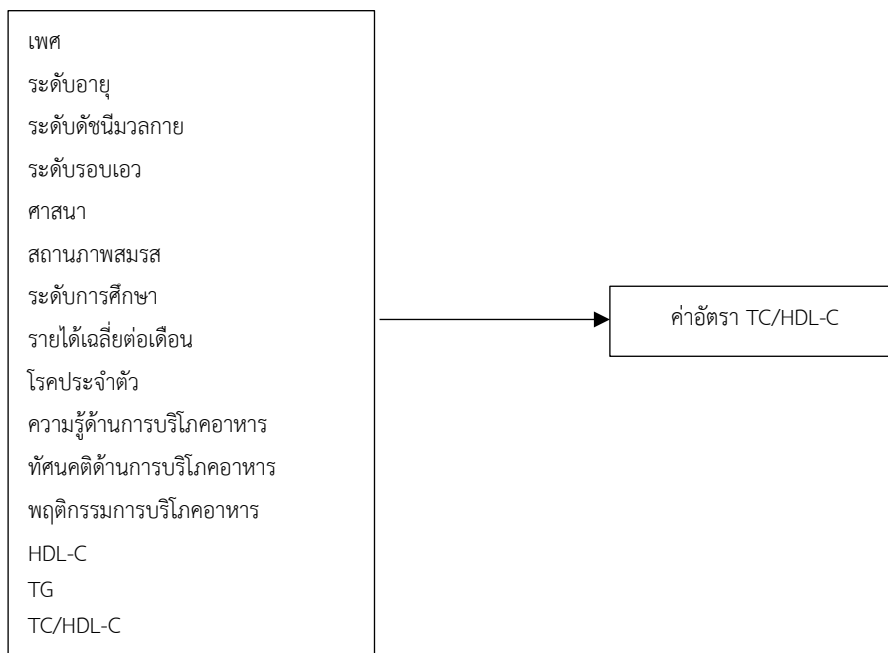
จากข้อมูลปี 2559 จังหวัดตรังมีผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ จำนวน 7,355 คน ปี 2560 จำนวน 8287 คน และในอำเภอดงรักพบว่ามีผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ปี 2559 จำนวน 3,320 คน และปี 2560 จำนวน 3,322 คน (Trang Provincial Public Health Office, 2017) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติดังกล่าวนี้ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูง ทำให้ประเทศสูญเสียงบประมาณในการดูแลสุขภาพโรคดังกล่าวเป็นจำนวนมาก ดังนั้นการประเมินระดับไขมันเลือด ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการบริโภคของผู้มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ จึงเป็นการเรียนรู้สถานการณ์ของคนกลุ่มนี้เพื่อนำไปสู่การหาหนทางป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพที่รุนแรงมากขึ้นที่อาจนำไปสู่สุขภาพที่ดีขึ้นในคนกลุ่มนี้

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อประเมินระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีระดับไขมันผิดปกติในเขตอำเภอเมือง จังหวัดตรัง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตรา TC/HDL-C ของผู้ที่มีระดับไขมันผิดปกติในอำเภอเมือง จังหวัดตรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) ในเรื่องของการประเมินระดับไขมันด้วยดัชนีต่างๆ ตามเกณฑ์การประเมินของ National Cholesterol Education Program (NCEP) ATP-III updated in 2004 (Grundy, Cleeman, Merz, Brewer, Clark, Hunninghake et al, 2004) เพื่อแบ่งระดับความเหมาะสมของระดับไขมันทางคลินิก ซึ่งค่าแต่ละค่าดัชนีไขมันนั้นจะมีความไวและความสัมพันธ์เฉพาะกับโรคหัวใจและหลอดเลือดที่แตกต่างกันออกไป นอกจากนี้ยังได้ใช้ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม (Knowledge Attitude Practice: KAP) มาประเมินระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้ที่มีระดับไขมันผิดปกติและหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าอัตรา TC/HDL-C



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ในอำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง จำนวน 3,322 คน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจาก ตำบลควนปริง ตำบลโคกหล่อ และตำบลนาโยงใต้ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง จำนวน 393 คน

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้ามีดังนี้ 1) ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (จากบัญชีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตที่ทำการวิจัย) 2) สามารถสื่อสาร พูด ฟัง เขียน และเข้าใจภาษาไทย 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย สำหรับเกณฑ์ในการคัดออกคือ ผู้ที่มีรายชื่อในบัญชีแต่ปัจจุบันไม่ได้อยู่ในพื้นที่แล้ว

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ ทาโรยามาเน (Yamane, 1967) ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 357 คน การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายหรือความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมดคือ 393 คน สำหรับการสุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) จากผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ 15 ตำบลในอำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) มา 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลควนปริง ตำบลโคกหล่อ และตำบลนาโยงใต้ จากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน (Proportional to size) ของแต่ละหมู่บ้าน และทำการสุ่มเชิงระบบ (Systematic Random Sampling) ให้ได้ครบตามจำนวนที่คำนวณได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ในอำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง ได้แก่ ระดับไขมันในเลือดประกอบด้วยค่าไขมันพื้นฐาน 4 ค่า ได้แก่ระดับโคเลสเตอรอลรวม (TC), LDL-C, HDL-C, TG, ค่าอัตราไขมัน 3 ค่า ได้แก่ TC/HDL, LDL-C/HDL-C และTG/HDL-C, อายุ เพศ เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ในอำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง เป็นชุดคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร (Phupolpian, 2018) ซึ่งเป็นแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารกับระดับโคเลสเตอรอล ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีผลต่อระดับไขมันในเลือด ลักษณะคำตอบของแบบสอบถาม 3 ระดับคือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ และการแปลผลแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง

ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ใน อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็น Likert Scale ข้อคำถามทั้งทศนคติทางบวกและทศนคติทางลบ มี 5 ระดับ (Phupolpian, 2018) โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว แบ่งเป็นระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จากนั้นนำคะแนนรวมมาแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ในอำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 15 ข้อ มีการปฏิบัติ 5 ระดับ (Phupolpian, 2018) ได้แก่ ปฏิบัติทุกวัน เกือบทุกวัน บางวัน นานๆ ครั้ง และไม่เคย โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว ระดับการปฏิบัติแบ่งเป็น ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆครั้ง ปฏิบัติบางวัน ปฏิบัติเกือบทุกวัน และ ปฏิบัติทุกวัน จากนั้นนำคะแนนรวมมาแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยทั้ง 4 ชุดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ด้านพยาบาล และด้านสุขศึกษา เพื่อพิจารณาความครอบคลุมความสอดคล้องของเนื้อหาข้อคำถามที่ใช้ในแบบทดสอบความรู้ ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาแสดงความคิดเห็นและให้คะแนนเพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดย IOC ที่ได้คือ 0.91 และผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ในตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง จำนวน 30 คน โดยนำคะแนนที่ได้ มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าความเชื่อกันดังนี้ ส่วนที่ 2 ค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20) 0.80 ส่วนที่ 3 และ 4 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค .71 และ .74

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลควนปริงตำบลโคกหล่อ และตำบลนาโยงใต้ ผู้นำชุมชนของหมู่บ้าน
2. คัดเลือกผู้ช่วยวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และทำความเข้าใจเกี่ยวกับแบบสอบถาม ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้กับผู้ช่วยสอบถามก่อนเก็บข้อมูล และได้ฝึกการใช้แบบสอบถามร่วมกับผู้วิจัยก่อนให้ช่วยรวบรวมข้อมูล
3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์ และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย และให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. ดำเนินการเก็บข้อมูล ใช้เวลาทำแบบสอบถามชุดละ 20 นาทีต่อคน ให้ผู้ช่วยในการเก็บข้อมูลจำนวน 5 คน พร้อมกับสอบถามกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านที่กำหนดไว้
5. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของข้อมูลหลังจากได้รับแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับไขมันในเลือด โดยใช้ ค่าความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับเกณฑ์ในการแบ่งระดับไขมันใช้เกณฑ์ NCEP ATP-III Update 2004 (Grundy, Cleeman, Merz, Brewer, Clark, Hunninghake, et al, 2004) ในการวิเคราะห์ค่าไขมันพื้นฐาน และอัตราค่าไขมัน มีดังนี้

ระดับไขมัน (มก./ดล.)	ความหมายทางคลินิก
ค่าไขมันพื้นฐาน	
1. LDL cholesterol	
<100	เหมาะสม
100-129	ใกล้เคียงค่าเหมาะสม(ยอมรับได้)
130-159	กำกวม
160-189	สูง
≥190	สูงมาก
2. Total cholesterol	
<200	เหมาะสม
200-239	กำกวม
≥240	สูง
3. HDL cholesterol	
<40	ต่ำ
≥60	สูง
4. Triglyceride	
<150	เหมาะสม
150-199	กำกวม
200-499	สูง
≥500	สูงมาก
ค่าอัตราไขมัน	
1. TC/HDL-C	
<5.00 (เพศชาย) และ <4.50 (เพศหญิง)	เหมาะสม
≥ 5.00 (เพศชาย) และ ≥ 4.50 (เพศหญิง)	สูง
2. LDL-C/HDL-C	
<3.6 (เพศชาย) และ <3.2 (เพศหญิง)	เหมาะสม
≥3.6 (เพศชาย) และ ≥3.2 (เพศหญิง)	สูง
3. TG/HDL-C	
<4.00	เหมาะสม
4.00-5.99	สูง
≥6.0	สูงมาก

2. วิเคราะห์ระดับ ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการบริโภค โดยใช้การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, Madaus, & Hastings, 1971) มาแบ่งระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการบริโภคออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำกว่าร้อยละ 60 (ระดับต่ำ) ร้อยละ 60-79 (ระดับปานกลาง) และมากกว่าร้อยละ 80 (ระดับสูง)

จริยธรรมวิจัย

โครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินคร จังหวัดตรัง เลขที่ 074/2560 ลงวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2562

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.00) อายุเฉลี่ย 64.63 ปี ($SD=12.01$) และอยู่ในสถานภาพสมรส (ร้อยละ 66.20) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีค่าดัชนีมวลกายปกติ ($18.50-24.99 \text{ kg/m}^2$) (ร้อยละ 58.00) แต่มีค่ารอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐาน (ผู้ชายไม่ควรเกิน 90 เซนติเมตร และผู้หญิงไม่เกิน 80 เซนติเมตร) (ร้อยละ 55.70) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 89.10) มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 90.1) และมีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 81.20)

2. ระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีระดับไขมันผิดปกติในเขตอำเภอเมือง จังหวัดตรัง

ตาราง 1 การแบ่งระดับไขมันในเลือดจากค่าไขมันพื้นฐาน ($n=393$)

ระดับไขมัน	จำนวน (ร้อยละ)
LDL-C (mg/dl)	
<100	10 (2.54)
100-129	27 (6.87)
130-159	205 (52.16)
160-189	95 (24.17)
≥ 190	56 (14.25)
TC (mg/dl)	
<200	45 (11.45)
200-239	200 (50.89)
≥ 240	148 (37.66)
HDL-C (mg/dl)	
<40	59 (15.01)
40-59.99	252 (64.12)
≥ 60	82 (20.87)
TG (mg/dl)	
<150	179 (45.55)
150-199	111 (28.24)
200-499	98 (24.94)
≥ 500	5 (1.27)

จากตาราง 1 เมื่อแบ่งระดับไขมันตามเกณฑ์ พบว่าค่า LDL-C ส่วนใหญ่อยู่ในระดับก้ำกึ่ง (ร้อยละ 52.16) และระดับสูงถึงสูงมาก (ร้อยละ 38.42) และค่าโคเลสเตอรอลรวม (TC) ก็มีแนวโน้มเดียวกันคือส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มตั้งแต่ก้ำกึ่งขึ้นไป แต่ค่า HDL-C ส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับที่เหมาะสม (ร้อยละ 64.12) นอกจากนี้พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของระดับไตรกลีเซอไรด์ อยู่ในระดับที่เหมาะสม (ร้อยละ 45.55)

ตาราง 2 การแบ่งระดับอัตราค่าไขมัน ($n=393$)

อัตราไขมัน	จำนวน (ร้อยละ)
TC/HDL-C	
<5 (เพศชาย) และ <4.5 (เพศหญิง)	192 (48.85)
≥ 5 (เพศชาย) และ ≥ 4.5 (เพศหญิง)	200 (50.89)
LDL-C/HDL-C	
<3.6 (เพศชาย) และ <3.2 (เพศหญิง)	225 (57.25)

ตาราง 2 (ต่อ)

อัตราไขมัน	จำนวน (ร้อยละ)
≥ 3.6 (เพศชาย) และ ≥ 3.2 (เพศหญิง)	168 (42.75)
TG/HDL-C	
<4.0	265 (67.43)
4.0-5.99	79 (20.10)
≥ 6.0	49 (12.47)

จากตาราง 2 ผลจากการคำนวณค่าอัตราไขมัน (Lipid Ratio) พบว่า อัตรา TC/HDL-C ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงเกินกว่าครึ่ง (ร้อยละ 50.89) ต่างกับอัตรา LDL-C/HDL-C และอัตรา TG/HDL-C ของกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนมากอยู่ในระดับที่มีความเสี่ยงไม่สูงมาก (ร้อยละ 57.25 และร้อยละ 67.43 ตามลำดับ)

ตาราง 3 ระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมด้านการบริโภคไขมันของกลุ่มตัวอย่าง (n=393)

รายการ	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับความรู้ด้านการบริโภคไขมัน	
ต่ำ	9 (2.29)
ปานกลาง	120 (30.53)
ดี	264 (67.18)
ระดับทัศนคติด้านการบริโภคไขมัน	
ต่ำ	11 (2.80)
ปานกลาง	136 (34.61)
ดี	246 (62.60)
ระดับพฤติกรรมด้านการบริโภคไขมัน	
ต่ำ	-
ปานกลาง	13 (3.31)
ดี	380 (96.69)

จากตาราง 3 ในด้านความรู้ ทักษะและพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดี ส่วนระดับต่ำพบในสัดส่วนที่น้อยและไม่พบพฤติกรรมในระดับต่ำเลย

ตาราง 4 ค่าอัตรา TC/HDL-C และ LDL-C/HDL-C ในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมด้านการบริโภคไขมันของกลุ่มตัวอย่างในระดับดี

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าอัตรา TC/HDL-C*		ค่าอัตรา LDL-C/HDL-C	
	ปกติ จำนวน (ร้อยละ)	สูงกว่าปกติ จำนวน (ร้อยละ)	ปกติ จำนวน (ร้อยละ)	สูงกว่าปกติ จำนวน (ร้อยละ)
ระดับความรู้ดี (n=264)	138(52.27)	125(47.35)	154(58.33)	110(41.67)
ระดับทัศนคติดี (n=246)	119(48.37)	126(51.22)	143(58.13)	103(41.87)
ระดับพฤติกรรมดี (n=380)	185(48.68)	194(51.05)	218(57.37)	162(42.63)

* พบค่า Missing =1 ของค่า TC/HDL-C ในกลุ่มผู้ที่มีระดับความรู้และระดับทัศนคติดี

จากตาราง 4 แต่เมื่อพิจารณาค่าอัตรา TC/HDL-C และ LDL-C/HDL-C ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มที่จะมีปัญหาในกลุ่มตัวอย่างนี้โดยเฉพาะค่า TC/HDL-C ซึ่งมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีค่าอัตราส่วนนี้มากกว่าปกติ (ตารางที่ 2) จึงได้ทำการวิเคราะห์ค่าอัตราไขมันทั้งสองตัวในกลุ่มผู้ที่มีระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการ

บริโภคไขมันที่อยู่ในระดับดี พบว่าผู้ที่มีระดับความรู้ในระดับดีจะมีค่าอัตรา TC/HDL-C ในระดับปกติมากกว่าครึ่งหนึ่งอยู่นิดหน่อย ส่วนค่า LDL-C/HDL-C ในผู้ที่มีระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมดีจะมีค่าปกติมากกว่าครึ่งหนึ่ง กล่าวโดยรวมผู้ที่มีระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการบริโภคไขมันในระดับดียังมีค่าอัตรา TC/HDL-C และ LDL-C/HDL-C ในระดับมากกว่าปกติในปริมาณที่ไม่น้อยเลย

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตรา TC/HDL-C ของผู้ที่มีระดับไขมันผิดปกติในอำเภอเมือง จังหวัดตรัง

ตาราง 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตรา TC/HDL-C

ปัจจัย	Odds Ratio (OR)	p-value
ระดับอายุ	0.86	0.20
เพศ	2.46	0.01*
ระดับดัชนีมวลกาย	0.98	0.60
ระดับรอบเอว	1.07	0.17
สถานภาพสมรส	1.29	0.29
ศาสนา	0.77	0.89
ระดับการศึกษา	0.89	0.52
ความรู้การบริโภคอาหาร	0.58	0.02**
ทัศนคติการบริโภคอาหาร	1.07	0.63
พฤติกรรมบริโภคอาหาร	0.81	0.72

*, ** คือ ค่า p-value ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตาราง 5 เมื่อนำปัจจัยด้านต่างๆ มาหาความสัมพันธ์กับอัตรา TC/HDL-C ซึ่งเป็นค่าดัชนีที่มีปัญหามากที่สุด กล่าวคือเกินกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีตัวนี้เกินระดับปกติ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ TC/HDL-C ได้แก่ เพศ และ ความรู้ด้านการบริโภคอาหารโดยเพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงที่จะพบค่าอัตรา TC/HDL-C สูงกว่าเพศชาย 2.46 เท่า ($OR=2.46$, $p-value=0.01$) และระดับความรู้เป็นปัจจัยป้องกันการมีค่าอัตรา TC/HDL-C สูง ($OR=0.58$, $p-value=0.02$)

อภิปรายผล

การศึกษานี้เน้นในเรื่องของการประเมินระดับไขมันโดยพิจารณาตัววัดหรือค่าดัชนีต่าง ๆ ของผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ เนื่องจากการวัดระดับไขมันทางห้องปฏิบัติการเป็นตัววัดที่น่าจะดีที่สุด (Gold standard) ในขณะนี้การที่จะบ่งบอกถึงสถานะที่กลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยเป็นอยู่และสะท้อนถึงการปฏิบัติตนในช่วงก่อนที่จะมาพบแพทย์ว่าเป็นอย่างไร ซึ่งค่าระดับไขมันเดี่ยว ได้แก่ ค่า LDL-C, TC และ TG ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับก้ำกึ่งถึงสูง แต่อย่างไรก็ตามค่า HDL-C ส่วนใหญ่จัดอยู่ในระดับที่ดี เมื่อพิจารณาถึงอัตราค่าไขมันพบว่าค่าที่ปัญหามากที่สุดคือ ค่าอัตรา TC/HDL-C ซึ่งประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีตัวนี้สูงกว่าปกติ จากการศึกษาหลายๆ การศึกษาพบว่าระดับไขมัน ได้แก่ ระดับโคเลสเตอรอลรวม (TC) ระดับไตรกลีเซอไรด์ (TG) ระดับ LDL-C และระดับ HDL-C มีบทบาทสำคัญในสาเหตุการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะค่า LDL-C ซึ่งถูกพิจารณาให้เป็นตัวทำนายการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่แม่นยำมากที่สุดในบรรดาค่าดังกล่าวข้างต้น (Anand, Yusuf, Jacobs, Davis, Yi, Gerstein et al, 2001, Anand, Yusuf, Vuksan, Devanesen, Teo, Montague et al, 2000, Nijjar, Wang, Quan, Khan, 2010, Sheth, Nair, Nargundkar, Anand, Yusuf, 1999) และตามมาตรฐาน The 2016 European Society of Cardiology Guideline ค่า LDL-C นั้นเป็นเป็นดัชนีตัวแรกที่ต้องทำการควบคุมให้อยู่ในระดับปกติในขณะที่ดัชนีตัวอื่นจะถูกพิจารณาควบคู่เป็นกรณีไป นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอีกมากที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าระดับไขมันต่างๆ กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น HDL-C ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยเป็นปัจจัย

ป้องกัน (Wilkins, Tjepkema, Mustard, Choiniere, 2008) ค่า TC มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตและโรคหัวใจและหลอดเลือด และค่า TG มีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจและหลอดเลือดและภาวะต้านอินซูลิน (Insulin resistance, IR) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งของการเกิดโรคเบาหวาน เป็นต้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่า LDL-C, TC และ TG ที่ค่อนข้างไปทางสูงกว่าระดับปกติ อย่างไรก็ตามปัจจุบันนี้ได้มีการค้นคิดที่จะนำค่าดัชนีเดียวมาผสมผสานเพื่อให้ได้ดัชนีอื่นๆ ซึ่งเชื่อว่าจะมีความเฉพาะเจาะจง ความไวและมีความสัมพันธ์ในการเป็นตัวบ่งชี้การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ดีกว่าการใช้ดัชนีค่าไขมันเดี่ยว เช่น อัตรา TG/HDL-C, TC/HDL-C และ LDL-C/HDL-C (Zhou, Zhu, Cui, Feng, Zhao, He et al, 2016). ซึ่งค่า TG/HDL-C เป็นดัชนีที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยเฉพาะโรคหัวใจขาดเลือด (Myocardial Infarction, MI) รวมถึงภาวะต้านอินซูลินด้วย (Gaziano, Hennekens, O'Donnell, Breslow, Buring, 1997, Zhang, Chen, Deng, Liu, Liang, Shao et al, 2015) ส่วนค่าอัตรา TC/HDL-C ในระดับสูงจะเป็นตัวบ่งบอกที่ดีเกี่ยวกับระดับการเผาผลาญโคเลสเตอรอลที่ผิดปกติ โดยการเพิ่มขึ้นของอัตรา TC/HDL-C 1 หน่วยสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจขาดเลือด (MI) ถึง 49% และยังเป็นตัวบ่งชี้ที่ดีอีกค่าหนึ่งถึงภาวะต้านอินซูลินอีกด้วย (Da Luz, Favarato, Faria-Neto, Lemos, Chagas, 2008) สำหรับค่าอัตรา LDL-C/HDL-C มาจากค่า LDL-C ซึ่งเป็นค่าที่มีหลักฐานบ่งชี้มากมายในการก่อให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว ส่วนค่า HDL-C ก็เป็นตัวที่ป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้นอัตราค่า LDL-C/HDL-C จึงเป็นค่าในการทำนายที่ดีกว่าค่าไขมันเดี่ยวๆ อีกตัวหนึ่ง เนื่องจากเป็นค่าที่เกี่ยวข้องกับทั้งการบ่งบอกการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัวและการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยพบว่า การเพิ่มขึ้นของค่าอัตราตัวนี้ 1 หน่วยทำให้การเกิดโรค MI เพิ่มขึ้นถึง 53% นอกจากนี้ก็ยังเป็นตัวที่บ่งบอกถึงภาวะการต้านทานอินซูลินที่ดีอีกตัวหนึ่งด้วยเช่นกัน (Stampfer, Sacks, Salvini, Willett, Hennekens, 1991) จะเห็นว่าในการศึกษาครั้งนี้ค่าอัตราไขมันที่มีอัตราที่สูงมากกว่าครึ่งหนึ่งคือค่าอัตรา TC/HDL-C รองลงมาคือค่า LDL-C/HDL-C ส่วนค่า TG/HDL-C ในคนส่วนใหญ่จะอยู่ในเกณฑ์ปกติ เพราะฉะนั้นในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ ยังถือว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการที่จะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและภาวะอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากค่าทางห้องปฏิบัติการไม่ว่าจะเป็นค่าไขมันเดี่ยวๆ หรือค่าอัตราไขมันมีระดับค่อนข้างสูง เมื่อพิจารณาเรื่องของความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการบริโภคของผู้ที่มีระดับไขมันเลือดผิดปกติซึ่งกลุ่มผู้วิจัยได้ทำการศึกษาก่อนหน้านี้ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงดีแต่เมื่อพิจารณาเฉพาะในกลุ่มที่มีระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่อยู่ในระดับดี พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีผลอัตราค่าไขมันคือ TC/HDL-C และ LDL-C/HDL-C ในระดับปกติ ซึ่งอาจจะขัดแย้งกับระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่อยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ที่กลุ่มตัวอย่างอาจจะมีความรู้ในการที่จะปฏิบัติตนว่าควรทำอะไรเนื่องจากตนเองอยู่ในกลุ่มเสี่ยงซึ่งจะมีการนัดมาเจอกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่เป็นระยะ ๆ อยู่แล้ว แต่ตนเองยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้จริงหรืออาจจะต้องเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงด้านอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อระดับไขมันในเลือดให้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้มีมุมมองในการดูแลสุขภาพที่กว้างขึ้น

ในการวิจัยครั้งนี้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับ TC/HDL-C คือเพศหญิงและระดับความรู้ในการบริโภคอาหาร ถึงแม้ว่าแทบจะไม่พบรายงานวิจัยที่หาความสัมพันธ์ดังกล่าวก็ตาม มีการศึกษาของ Zhou et al. ที่พบว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับค่าอัตรา TC/HDL-C ($OR=2.03$, 95% $CI=1.54 - 2.67$) (Zhou, Zhu, Cui, Feng, Zhao, He et al, 2016) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้ นอกนั้นเป็นการศึกษาที่อาจไม่เกี่ยวข้องโดยตรงเนื่องจากเป็นการหาปัจจัยเสี่ยงกับค่าไขมันเดี่ยว เช่น พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อระดับโคเลสเตอรอลรวมคือเพศหญิงที่อยู่ในวัยหมดประจำเดือน (Anagnostis, Stevenson, Crook, Johnston, & Godsland, 2015) ซึ่งมีแนวโน้มของผลการวิจัยค่อนข้างไปในทิศทางเดียวกัน อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่อาจไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เช่น การศึกษาของสุปราณีและคณะ (Foosuan, Lirtmunlikaporn, & Singkaew, 2016) ที่พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับระดับ TG, HDL-C แต่อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารกับระดับ TG, HDL-C ที่พบเป็นความสัมพันธ์ที่อยู่ในระดับที่ต่ำมากแม้จะมีนัยสำคัญทางสถิติ และ

การศึกษาของ Mirmiran และคณะ (Mirmiran, Mohammadi-Nasrabadi, Omidvar, Hosseini-Esfahani, Hamayeli-Mehrabani, Mehrabi et al, 2010) ที่พบว่าระดับโคเลสเตอรอลรวมมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ค่าสหสัมพันธ์ก็อยู่ในระดับต่ำเช่นกัน

การนำผลงานวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้บ่งบอกว่ากลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถควบคุมระดับไขมันได้ดีเท่าที่ควรแม้ว่าจะมีระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการบริโภคในระดับปานกลางถึงดี ดังนั้นการวัดผลทางห้องปฏิบัติการจึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีกว่าในการบอกถึงพฤติกรรมของผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มผู้ป่วย ซึ่งการรายงานค่าระดับไขมันเดี่ยวนั้นอาจไม่เพียงพอ เนื่องจากปัจจุบันนี้มีการศึกษาหลาย ๆ การศึกษาในต่างประเทศที่บ่งบอกว่า ค่าอัตราไขมันนั้นเป็นตัวทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่ดีกว่าค่าไขมันเดี่ยว ดังนั้นในอนาคตน่าจะควรเพิ่มค่าดัชนีเหล่านี้ลงในการรายงานผลให้ผู้ป่วยได้รับรู้ซึ่งเป็นการเพิ่มมิติหรือมุมมองในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อระดับไขมันเพื่อเป็นการขยายขอบเขตของการศึกษาและอาจทราบถึงสาเหตุอื่น ๆ ที่ทำให้กลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ดีเท่าที่ควร นอกจากนี้อาจทำการศึกษาเป็นโปรแกรมให้ความรู้เป็นระยะโดยทำการศึกษาระยะยาว (Cohort Study) เนื่องจากความรู้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับอัตราส่วนไขมันโดยเฉพาะค่า TC/HDL-C ในกลุ่มเพศหญิง และทำการวัดผลเป็นระยะ ๆ ไปเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ทั้งนี้ควรวัดผลด้วยค่าทางห้องปฏิบัติการควบคู่กันไปด้วย นอกจากนี้ควรมีการทำวิจัยเชิงคุณภาพด้วยเนื่องจากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าในกลุ่มที่มีความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการบริโภคที่ดียังมีค่าอัตราไขมันในระดับที่มากกว่าปกติอยู่ ดังนั้นการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ

References

- Anagnostis, P., Stevenson, J. C., Crook D., Johnston, D. G., & Godsland, I. F. (2015). Effects of Menopause, Gender and Age on Lipids and High-density Lipoprotein Cholesterol Subfractions. *Maturitas*, 81(1), 62-8.
- Anand, S. S., Yusuf, S., Jacobs, R., Davis, A. D., Yi, Q., Gerstein, H., et al. (2001). Risk Factors, Atherosclerosis, and Cardiovascular Disease among Aboriginal People in Canada: the Study of Health Assessment and Risk Evaluation in Aboriginal Peoples (SHARE-AP). *Lancet*, 6;358(9288): 1147-53.
- Anand, S. S., Yusuf, S., Vuksan, V., Devanesen, S., Teo, K. K., Montague, P. A., et al. (2000). Differences in Risk Factors, Atherosclerosis, and Cardiovascular Disease Between Ethnic Groups in Canada: the Study of Health Assessment and Risk in Ethnic Groups (SHARE). *Lancet*, Jul 22;356(9226): 279-84.
- Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: McGraw-Hill.
- Boonsuk, S. (2010). *Knowledge, Attitude and Practice of Lipid Consumption in Patients at 7th Health Center of Ubonratchatanee Province*, Research Report: Health Promoting Hospital of 7th Health Center of Ubonratchatanee. (in Thai).



- Bureau of Non Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, (2016). *Annual Report 2016*. Nonthaburi. The War Veterans Organization of Thailand. (in Thai)
- Castelli, W. P. (1998). Cholesterol and Lipids in the Risk of Coronary Artery Disease-the Framingham Heart Study. *The Canadian Journal of Cardiology*, 4Suppl(A), 5a-10a.
- Da Luz, P. L., Favarato, D., Faria-Neto, J. R., Lemos, P., & Chagas, A. C. (2008). High Ratio of Triglyceride to HDL-Cholesterol Predicts Extensive Coronary Disease. *Clinics*, 63, 427-432.
- Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) (2001). Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). *Jama*, 16(19), 2486-97.
- Foosuwan, S., Lirtmunlikaporn, S., & Singkaew, J. (2016). Factors Predicting Serum Lipid Level among Persons with Dyslipidemia in Community. *Nursing Journal*, 42(2), 79-89. (in Thai).
- Gaziano, J. M., Hennekens, C. H., O'Donnell, C. J., Breslow, J. L., & Buring, J. E. (1997). Fasting Triglycerides, High Density Lipoprotein, and Risk of Myocardial Infarction. *Circulation*, 96, 2520-2525.
- Grundy, S. M., Cleeman, J. I., Merz, C. N., Brewer, H. B. Jr., Clark, L. T., Hunninghake, D. B., et al. (2004). National Heart, Lung, and Blood Institute, American College of Cardiology Foundation, American Heart Association: Implication of Recent Clinical Trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. *Circulation*, 110, 227-239.
- Lee, J. S., Cheong, H. S., & Shin, H. D. (2018). Prediction of Cholesterol Ratios within a Korean Population. *Royal Society Open Science*, 5(1), 171-204.
- McGovern, P. G., Pankow, J. S., Shahar, E., Doliszny, K. M., Folsom, A. R., Blackburn, H., et al. (1996). Recent Trends in Acute Coronary Heart Disease--Mortality, Morbidity, Medical Care, and Risk Factors. The Minnesota Heart Survey Investigators. *The New England journal of medicine*, 334(14), 884-90.
- Mirmiran, P., Mohammadi-Nasrabadi, F., Omidvar, N., Hosseini-Esfahani, F., Hamayeli-Mehrabani, H., Mehrabi, Y. et al. (2010). Nutritional Knowledge, Attitude and Practice of Teharanian Adults and Their Relation to Serum Lipid and Lipoproteins: Tehran Lipid and Glucose Study. *Annals of Nutrition & Metabolism*, 56(3), 233-40.
- Nijjar, A. P., Wang, H., Quan, H., & Khan, N. A. (2010). Ethnic and Sex Differences in the Incidence of Hospitalized Acute Myocardial Infarction: British Columbia, Canada 1995-2002. *BMC Cardiovascular Disorders*, 19(10), 38.
- Phupolpian, T. (2018). *Knowledge, Attitude and Food Consumption Behavior of People with Dyslipidemia in Amphoe Mueangtrang Changwat Trang*. A Specific Health Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Bachelor Degree in Public Health (Community Public Health). Department of Community Public Health, Sirindhorn College of Public Health, Trang. (in Thai)
- Stampfer, M. J., Sacks, F. M., Salvini, S., Willett, W. C., & Hennekens, C. H. (1991). A Prospective Study of Cholesterol Apolipoproteins and the Risk of Myocardial Infarction. *New Eng J Med*, 325, 373-381.



- Sheth, T., Nair, C., Nargundkar, M., Anand, S., & Yusuf, S. (1999). Cardiovascular and Cancer Mortality among Canadians of European, South Asian and Chinese Origin from 1979 to 1993: An Analysis of 1.2 Million Deaths. *CMAJ : Canadian Medical Association journal*, 161(2), 132-8.
- Trang Provincial Public health Office. (2017). *Report of Prevalence of NCDs*. Retrived December 3, 2018 from: <http://www.tro.moph.go.th>. (in Thai).
- Wilkins, R., Tjepkema, M., Mustard, C., & Choiniere, R. (2008). The Canadian Census Mortality Follow-Up Study, 1991 through 2001. *Health reports*, 19(3), 25-43.
- Yamane, T. (1967). *Statistics: An Introductory Analysis*. 2nd, editor. New York: Harper & Row.
- Zhang, L., Chen, S., Deng, A., Liu, X., Liang, Y., Shao, X., et al. (2015). Association Between Lipid Ratios and Insulin Resistance in a Chinese Population. *PloS one*, 10(1), e0116110-e.
- Zhou, M., Zhu, L., Cui, X., Feng, L., Zhao, X., He, S., et al. (2016). The Triglyceride to High-Density Lipoprotein Cholesterol (TG/HDL-C) Ratio as a Predictor of Insulin Resistance but not of β Cell Function in a Chinese Population with Different Glucose Tolerance Status. *Lipids in Health and Disease*, 15, 104.

ประสบการณ์ของหญิงไทยในเขตภาคเหนือที่เป็นมะเร็งเต้านม
ในการรับการรักษาจากผู้ให้บริการสุขภาพ
Experience of Thai Women Living with Breast Cancer in Receiving Treatment
from Health Care Providers in the Northern Part of Thailand

ศศิธร ชิดนายะ^{1*}, ภารตร ล้อธรรมมา¹, วราภรณ์ ยศทวี¹, นัยนา แก้วคง¹ และวิภา ประสิทธิ์โชค²
Sasidhorn Chidnayee^{1*}, Paradon Korthamma¹, Waraporn Yotawee Naiyana Kaewkong¹ and
Wipa Prasittichok²

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์^{1*}, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์²
Boromrajonani College of Nursing, Uttaradit^{1*},
Boromrajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhon Sawan²

(Received: February 05, 2019; Revised: August 27, 2019; Accepted: August 28, 2019)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของหญิงไทยในเขตภาคเหนือที่เป็นมะเร็งเต้านมในการรับการรักษาจากผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลเป็นหญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมในเขตภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย จำนวน 25 คน เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกระหว่างเดือนตุลาคม 2558-มิถุนายน 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

ประสบการณ์ได้รับการรักษามี 4 ประเด็นหลักคือ 1) เชื่อหมอ 2) แสวงหาการรักษา 3) ประสบการณ์การรับบริการสุขภาพ ประกอบด้วยการเข้ารับบริการสุขภาพ ไม่กล้าถามหมอแต่ก็ปฏิบัติตามที่หมอบอก ได้รับการดูแลและให้คำปรึกษาอย่างดีจากเจ้าหน้าที่ ข้อมูลที่ได้ยังไม่เพียงพอ และ 4) ความรู้และรูปแบบบริการที่อยากได้

ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพควรให้การดูแลโดยคำนึงถึงความต้องการ พื้นฐานทางสังคม วัฒนธรรม จัดบริการสำหรับให้ข้อมูลแก่ผู้เป็นมะเร็งเต้านมในรูปแบบที่เฉพาะเจาะจง

คำสำคัญ: มะเร็งเต้านม, ประสบการณ์, ผู้ให้บริการสุขภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: c_sasidhorn@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 089-7568428)

Abstract

The purpose of this qualitative study was to describe the experience of Thai women with breast cancer in receiving treatment from health care providers in the Northern part of Thailand. Participants were 25 Thai women with breast cancer. In-depth interviews were used to collect data during October, 2015 to June, 2016. Data were analyzed using content analysis. There were four themes that emerged from this study: 1) compliance with doctor's order, 2) health/treatment seeking, 3) experiences in health care service, and 4) knowledge and service as needed. From this study, we suggest that health care providers should be more concerned about needs, social aspects, and culture of patients. They should certainly provide specific information on breast cancer to patients who have to live with it.

Keywords: Breast Cancer, Experience, Health Care Providers

บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาที่สำคัญพบอัตราการตายสูงทั่วโลกและประเทศไทย แนวโน้มผู้หญิงไทยเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นทุกปีจากปี พ.ศ.2555 คิดเป็น 8.9 ต่อ100,000 ประชากรเพิ่มเป็น 12.4 ต่อ100,000 ประชากรในปีพ.ศ.2559 (Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2017) ปี พ.ศ. 2559 ในผู้หญิงไทยพบจำนวนมะเร็งเต้านมรายใหม่สูงเป็นอันดับที่ 1 ของมะเร็งทั้งหมดพบถึงร้อยละ 39.43 โดยพบอุบัติการณ์สูงในผู้ที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป ช่วงอายุที่พบสูงสุดคือ 50-54 ปี และพบมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยอยู่ในระยะที่ 2 ร้อยละ 31.45 รองลงมาคือระยะที่ 3 ร้อยละ 31.21 พบการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองร้อยละ 39.34 ส่วนมากจะได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดถึงร้อยละ 24.26 การผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัดร้อยละ 11.66 การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัดร้อยละ 9.54 (National Cancer Institute, 2018)

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมจะเกิดความทุกข์ทรมานอย่างมากทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง โดยเฉพาะช่วงเวลาวิกฤตที่ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมเผชิญด้านอารมณ์ ความวิตกกังวลต่อการรักษา การดูแลสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะของตนเองและความกลัวตาย (Krigel, Mayers, Befort, Krebill, & Klemp, 2014; Mortensen, Madsen, Krogsgaard. & Ejlersen, 2018); Mosher, Johnson, Dickler, Norton, Massie, & DuHamel, 2013; Suwanklong & Liamputtong, 2016)

การศึกษาเกี่ยวกับความเข้าใจและประสบการณ์การเป็นมะเร็งเต้านมและการรักษาในผู้หญิงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่และสังคมที่แตกต่าง พบว่า ผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่มีความรู้สึกลัวมะเร็งเป็นสิ่งที่น่ากลัว เพราะเป็นแล้วตาย สำหรับสังคมของพุทธศาสนาผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการเป็นมะเร็งเต้านมคือสิ่งที่ต้องเกิดขึ้น อะไรจะเกิดก็ต้องเกิด บางรายจะไม่รู้สึกอะไรคิดว่าเป็นธรรมดาจึงทำใจกับการเป็นมะเร็งเต้านมได้ นอกจากนี้การเป็นมะเร็งเต้านมส่งผลกระทบต่อผู้หญิงที่เป็นมะเร็งทางด้านสังคมทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทที่สังคมกำหนด เช่น บทบาทของภรรยา ทำให้แยกออกจากสังคม รวมทั้งการทำหน้าที่และการทำงานได้ไม่เต็มที่เนื่องจากสภาวะของโรคและการรักษา (Buranaruangrote, Kasemkitwattana, Keerativitaynont, & Pongthavornkamol, (2006); Mott- Coles, 2014; Naewjumpa, Saneha, Puwarawuttipanit, & Soparattanapaisarn, 2014; Numsang, Kurat, Baothong, Somboonkit, Supanyabut, Pasaribut, et al., 2018; Pothidara, Dumrong- pakapakorn, Panput, Phoomphij, & Nakbun, 2014) ในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดจะพบว่ามีความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อน มีบางรายงานศึกษาพบว่าผู้เป็นมะเร็งได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวไม่เพียงพอโดยเฉพาะเรื่องการรับประทานอาหารทำให้เกิดผลกระทบต่อการรักษาและภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดและเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน (Numsang, Kurat, Baothong, Somboonkit, Supanyabut, Pasaribut, et al., 2018; Uysal, Toprak, Kutlutsürkan, &

Erenel, 2018) จากสภาพการเป็นมะเร็งเต้านมทำให้ผู้หญิงที่เป็นมะเร็งคาดหวังต่อการรักษาเพื่อที่จะทำให้ตนเองหายจากโรคที่เป็นและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิด

การศึกษานี้ใช้กรอบการศึกษาตามผลงานวิจัยของ ปราณี เลี่ยมพุททองและสมศรี กิตติศรีวรพันธุ์ (Liamputtong, & Kitisriworaphan, 2014) ที่กล่าวว่า ผู้หญิงตั้งครมมีความเชื่อเกี่ยวกับความรู้ความสามารถของแพทย์แผนปัจจุบันมากกว่าความรู้หรือประสบการณ์ของตนเอง โดยเชื่อว่าความรู้ที่แพทย์ให้คำแนะนำเป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับลูกของตนเอง ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีของ Jordan (1997) ที่บอกว่า สถานภาพทางสังคมจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรู้ที่มีอยู่ ความรู้ที่มีอิทธิพลอย่างมากคือ ความรู้ที่ทรงอำนาจ (Authoritative Knowledge) เนื่องจากเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับความรู้นี้จะให้ผลประโยชน์หรือสามารถอธิบายสภาวะต่างๆในโลกได้ ดีกว่า หรืออาจเนื่องจากโครงสร้างทางสังคมที่มีผู้ที่อยู่เหนือกว่าจึงเป็นผู้ที่มีอำนาจเหนือกว่า สำหรับความรู้ที่เป็นความรู้พื้นบ้านถึงแม้ว่าจะมีอิทธิพลอยู่แต่ถูกมองว่าล้าหลัง ไม่ทันสมัย จึงทำให้ไม่ได้รับความสนใจ ดังนั้นความรู้ที่ทรงอำนาจอาจเป็นความรู้ที่ถูกต้องและเป็นความรู้ที่ได้รับการยอมรับ ความรู้ที่ทรงอำนาจมีอิทธิพลต่อสังคมอย่างต่อเนื่อง โดยผ่านการสร้างและแสดงให้เห็นอำนาจของความสัมพันธ์ที่มีอยู่ในสังคม ซึ่งสามารถสร้างความรู้ที่ไม่เท่าเทียมระหว่างเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพกับผู้ป่วย ซึ่ง Foucault (1980) พบว่าอำนาจถูกครอบครองโดยชนชั้นทางสังคม ติดอยู่กับกฎหมาย ภาวะเศรษฐกิจและภาครัฐ ผู้ที่แสดงให้เห็นว่ามีความรู้มากกว่าจะเป็นผู้ที่มีอำนาจสูงกว่า ความรู้ที่ทรงอำนาจยังเป็นสิ่งแสดงถึงอำนาจในชนชั้นทางสังคมด้วย ดังนั้นแพทย์เป็นผู้ที่มีความรู้มากกว่าจึงเป็นผู้ที่มีอำนาจมากกว่าผู้ป่วย จอร์แดนกล่าวว่าความรู้พื้นบ้านหรือวัฒนธรรมพื้นถิ่นเป็นสิ่งที่สร้างมาด้วยกระบวนการเดียวกันจึงเป็นความรู้ที่มีทรงอำนาจได้เช่นกัน แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความรู้แพทย์แผนปัจจุบันจะได้รับการยอมรับมากกว่าทำให้ความรู้อื่นๆ วัฒนธรรมพื้นบ้าน องค์ความรู้พื้นบ้านไม่ได้รับการยอมรับ ซึ่งในการศึกษานี้เป็นสิ่งที่ยืนยันว่าผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมยอมรับความรู้ที่ทรงอำนาจของการแพทย์ปัจจุบัน ทั้ง ๆ ที่ผู้หญิงเหล่านี้มีความรู้ความเชื่อที่มาจากวัฒนธรรมพื้นถิ่น ทำให้เกิดการละทิ้งความรู้ของประชาชน

การทบทวนผลการศึกษาเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาคำว่าความรู้ที่เฉพาะเจาะจงในผู้หญิงที่อาศัยอยู่ในเขตภาคเหนือ เนื่องจากผู้ที่อาศัยในเขตภาคเหนือมีความเชื่อ วัฒนธรรมสุขภาพที่แตกต่างกันจากภูมิภาคอื่น จึงควรมีการศึกษาทำความเข้าใจประสบการณ์การทั้งนี้มีประเด็นสำคัญที่ควรศึกษา เช่น หญิงไทยในเขตภาคเหนือมีความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมอย่างไร อะไรคือความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการดูแลสุขภาพของหญิงในเขตภาคเหนือ ในหญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมอะไรคือประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการได้รับการดูแลสุขภาพ สิ่งเหล่านี้เป็นช่องว่างการวิจัยที่ค้นหาคำตอบในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพเข้าใจผู้ป่วยได้ดีขึ้น เพื่อที่จะนำไปวางแผนการบริการสุขภาพที่มีความเหมาะสม

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์การเจ็บป่วยและการได้รับการรักษาของหญิงไทยที่เป็นมะเร็งเต้านม ในเขตภาคเหนือ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาจนทำให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลเพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับชีวิตของบุคคลเรื่องราว และพฤติกรรม (Liamputtong, 2013) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2558-มิถุนายน 2559

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นหญิงไทยที่เป็นมะเร็งเต้านมที่อาศัยอยู่ในเขตภาคเหนือของประเทศไทย จำนวน 25 คน เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านม ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป เนื่องจากจะเป็นระยะที่ได้รับการรักษาเช่น การผ่าตัดหรือการได้เคมีบำบัดมาแล้ว สามารถสื่อสารได้ดี ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยและมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตจังหวัดภาคเหนือ วิธีการนี้ใช้เพื่อ

คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มหลัก (Key Informants) ที่มีเกณฑ์และข้อมูลเพียงพอกับการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา (Silverman, 2010) จำนวนของกลุ่มเป้าหมายมีหลักคำนวณจากเทคนิคการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง (Theoretical Sampling Technique) ซึ่งจะหยุดค้นหาเมื่อได้ข้อมูลอิ่มตัวหรือไม่มีข้อมูลใหม่ ๆ การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายทำโดยผู้ศึกษาวิจัยจะพบกับเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ใช้เทคนิคกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Snowball Sampling Technique ทำให้ได้กลุ่มเป้าหมายขยายจำนวนไปเรื่อยๆ (Liangputtong, 2013) เนื่องจากจะเป็นการให้ผู้ที่เป็กลุ่มเป้าหมายได้แนะนำผู้ที่ตนเองรู้จักบอกต่อกัน ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามักจะมีการสนทนาแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันทำให้มีข้อมูลเชิงลึกที่ทำให้สามารถแนะนำกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนดได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) แนวทางการสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาที่เป็นและรายได้ต่อเดือน 1.2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่มีแนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การได้รับบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ มีแนวคำถามได้แก่ ความรู้สึกเมื่อเป็นมะเร็งเต้านม เส้นทางของการรักษา การรักษาที่ได้รับ และการแก้ไขปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การรักษาทางเลือกหรือแนวทางการรักษาแบบอื่น 2) เครื่องบันทึกเทปสำหรับการบันทึกขณะที่สัมภาษณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interviews) เพื่อช่วยให้ทำความเข้าใจประเด็นต่างๆ ในผู้หญิงเกี่ยวกับการเป็นมะเร็งเต้านม การสัมภาษณ์เป็นวิธีการสนทนาตามแบบปกติที่มีการสื่อสารสองทาง ผู้สัมภาษณ์จะมีบทบาทในการเป็นผู้ฟังที่ดี กระตุ้นผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลออกมา ซึ่งความเจียบและฟังอย่างตั้งใจจะทำให้ได้ข้อมูลที่มีประโยชน์อย่างมาก การสัมภาษณ์ทำภายหลังที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยติดต่อขอข้อมูลกับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือจากการสอบถามผู้ให้สัมภาษณ์ในการแนะนำต่อ ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ขออนุญาตจากผู้เป็นมะเร็งเต้านมก่อน นัดหมายวันเวลา สถานที่สัมภาษณ์ การศึกษานี้เก็บทุกรายให้สัมภาษณ์ที่บ้านของตนเอง ผู้วิจัยไปพบผู้ให้ข้อมูลและญาติเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยพร้อมกับขอให้เซ็นใบอนุญาตเข้าร่วมการวิจัยก่อนที่สัมภาษณ์พร้อมกับสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมบรรยากาศที่ดี ทำให้เกิดการผ่อนคลายช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลเปิดเผยความรู้สึกที่แท้จริง การสัมภาษณ์ใช้ภาษาไทยหรือภาษาถิ่นภาคเหนือระยะเวลาในการสัมภาษณ์จะคำนึงถึงความสะดวกของผู้ถูกสัมภาษณ์เป็นหลักสำคัญ ประมาณ 30-60 นาที การสัมภาษณ์จะอัดเสียงด้วยเครื่องบันทึกเสียง ทั้งนี้จะขออนุญาตผู้ให้สัมภาษณ์ก่อนทุกครั้ง โดยแนะนำตนเองว่าเป็นผู้วิจัยมาจากสถาบันการศึกษา เพื่อช่วยลดอคติที่จะเกิดขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแนวคำถามในแบบสัมภาษณ์ไปเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 รายที่มีความเชี่ยวชาญวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ราย ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 2 รายให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะและนำไปทดลองสัมภาษณ์ผู้ป่วย 1 รายก่อนนำไปใช้จริง

การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

การศึกษานี้ใช้แนวคิดของ Guba, & Lincoln (1989) ในการสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility) ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่ง หลายช่วงเวลา และผู้วิจัยหลายคนที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ การตามติดข้อมูล (Dependability) ทำโดยนำข้อมูลให้ผู้ทรงคุณวุฒิช่วยตรวจสอบความถูกต้องและการยืนยันข้อมูล (Conformability) ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) โดยการจัดแบ่งข้อมูลที่ได้ออกเป็นหมวดหมู่ จัดทำดัชนีข้อมูล นำข้อมูลที่จัดหมวดหมู่มาใส่รหัส สรุปเป็นแก่นสาระ และจัดทำแผนผังแสดงความ

เชื่อมโยงของแก่นเนื้อหาเกี่ยวกับข้อมูล (Braun & Clark, 2006) การวิเคราะห์ข้อมูลจะทำพร้อมๆกับการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลอิมตัว

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี เลขที่ EC014/2558 ลงวันที่ 16 กรกฎาคม 2558

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล (n=25)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
0- 49	8	32.00
50-59	9	36.00
60-69	6	24.00
70-79	2	8.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	17	68.00
มัธยมศึกษา	7	28.00
ปริญญาตรี	1	4.00
สถานภาพสมรส		
แต่งงาน	20	80.00
หย่า	1	4.00
หม้าย	4	16.00
อาชีพ		
แม่บ้าน	8	32.00
ส่วนตัว	2	8.00
รับราชการ	1	4.00
รับจ้างทั่วไป	8	32.00
ค้าขาย	3	12.00
ทำไร่	3	12.00
ระยะเวลาที่เป็น (ปี)		
1-5	14	56.00
6-10	5	20.00
>10	6	24.00
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
0-5000	17	68.00
5001-10000	6	24.00
10001-15000	1	4.00
>15000	1	4.00

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนมากมีอายุระหว่าง 50-59 ปีร้อยละ 36.00 มีสถานภาพสมรส แต่งงานร้อยละ 80.00 ระดับการศึกษาร้อยละ 68.00 อยู่ในระดับประถมศึกษา อาชีพแม่บ้านกับรับจ้างทั่วไปมี

จำนวนเท่ากันคือจำนวน 8 คน ส่วนมากมีระยะเวลาที่เป็น 1-5 ปีร้อยละ 56.00 มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาทร้อยละ 68.00

2. ประสบการณ์การเจ็บป่วยและการได้รับการดูแลสุขภาพของหญิงไทยที่เป็นมะเร็งเต้านมในเขตภาคเหนือ

ผลการศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยและการได้รับการดูแลสุขภาพของหญิงไทยที่เป็นมะเร็งเต้านมในเขตภาคเหนือครั้งนี้พบแก่นสาระหลัก (Major Themes) 4 ประเด็น ดังนี้ 1) เชื่อหมอ 2) แสวงหาการรักษาอื่น 3) ประสบการณ์การรับบริการสุขภาพ 4) ความรู้และรูปแบบบริการที่ยากได้ มีรายละเอียดดังนี้

เชื่อหมอ

แก่นสาระหลักนี้พบมีแก่นสาระรองจำนวน 2 ประเด็น 1) หมอรู้ดีที่สุด และ 2) หมอคือความหวังของชีวิต การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลทุกรายจะเชื่อหมอที่ดูแล ซึ่งหมอในที่นี้จะหมายถึงแพทย์ผู้ให้การรักษาเป็นส่วนใหญ่ แต่อาจเป็นเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล เช่น พยาบาล เภสัชกร

หมอรู้ดีที่สุด

ผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมทุกคนเมื่อเข้ารับการรักษากับแพทย์ มักจะปฏิบัติตามที่แพทย์ให้คำแนะนำ เพราะเชื่อว่าแพทย์เป็นผู้ที่มีความรู้เพราะเรียนมาโดยตรง เป็นผู้ที่มีข้อมูลดีที่สุด ผู้หญิงหลายรายจึงได้มอบอำนาจในการตัดสินใจรักษาไว้ที่หมอโดยที่ไม่มีคำถามใดๆ

“อยู่กับแฟนแล้วว่าเป็นหยิ่งห้อยมันรักษาดีที่สุดให้เป็นการตัดสินใจของหมอเพราะว่าหมอเขารู้ดีที่สุดแล้วว่าต้อง (ผ่าตัด) แค่ว่าบางส่วนหรือว่าคว้าน”

ผู้หญิงหลายรายมีความมั่นใจในแพทย์ที่รักษาดตนเอง เนื่องจากเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมานาน และพบเห็นผู้ที่เข้ารับการรักษาด้วยแพทย์คนนั้นหายเป็นปกติ

“เฮา (เรา) ภูมิใจว่าหมอเก่ง หมอเอนี่เปิ้ลเก่ง ใครๆก็ไปผ่ากับเขา เขาผ่ากันมาเป็น 10-20 ปี เขายังหายกันมาเป็น 10 ปีแล้ว เรารู้สึกสบายใจที่หมอรับเป็นคนไข้”

หมอคือความหวังของชีวิต

ผู้เป็นมะเร็งเต้านมหลายรายเชื่อและปฏิบัติตามสิ่งที่หมอบอก เนื่องจากกลัวว่าหากไม่เชื่อฟังจะทำให้โรครุนแรงมากขึ้น กลัวความตาย กลัวไม่มีชีวิตอยู่เพราะลูกยังเล็ก หรือยังอยากอยู่เห็นความสำเร็จของลูก

“เปิ้ลบอกว่าต้องตัดหมดเลยนะต่อน้ำเหลืองนี้จะเอาออกหมดเลย คุณหมอจะทำจะโคะทำไปเตอะ ถ้ามันดีกะทำไปเตอะเฮากลัวมันลามไปทางอื่น...เราก็อยากหายๆอยากอยู่กับลูกไปนานๆเราอายุแค่นี้ เรามีโอกาสที่จะหายเราก็ลองดู ใค่ผ่ตอนลูกเฮียนจบ”

“หมอบอกอะหยิ่งเฮาก็ต้องฟังเปิ้ล เฮาไค่หาย ถ้าเฮาบ่ฟัง คนตีมาฮักษาแล้วบ่เจ็หมอ หมอบอกบ่ฟังตายไปละ”

แสวงหาการรักษา

การศึกษานี้มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 24 รายจากจำนวน 25 รายที่แม่เชื่อหมอหรือแพทย์แผนปัจจุบันให้คำแนะนำ แต่พบว่ายังแสวงหาวิธีการอื่นเพื่อช่วยให้ความรุนแรงของโรคลดลง ลดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาหรือป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือทำให้ร่างกายแข็งแรง การแสวงหาการรักษาอื่นนั้นจะมีเส้นทางคือจากญาติ เพื่อน พี่น้อง คนรู้จัก เพื่อนคนไข้หรือจากการฟังจากวิทยุ โทรทัศน์ หรืออินเทอร์เน็ต

สมุนไพร

การเลือกใช้ทางเลือกอื่น ๆ มีหลายอย่าง ทั้งที่เป็นความรู้พื้นบ้านและที่ประกาศขายในวิทยุ โทรทัศน์หรืออินเทอร์เน็ต ที่นิยมใช้มักเป็นความรู้พื้นบ้าน เช่น การรับประทานอาหารเจ รับประทานของแสด การรับประทานสมุนไพร ได้แก่ คาวตอง ทุเรียนเทศ กล้วยปอกกิ่ง ใบย่านาง หยาดน้ำค้าง

“เอาใบย่านางบ้าง ใบคาวตอง ผักปอกกิ่งบ้างเอามาปั่นกินน้ำ แยกกัน วันนั้นก็กินอันนี้พรุ่งนี้ก็กินอีกอย่าง”

บางรายรับประทานยาสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์ที่โฆษณาทางอินเทอร์เน็ต หรือการบอกต่อกันมา ผู้หญิงรายหนึ่งหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดพบว่ามึนงง มีญาติแนะนำให้ใช้สาหร่ายเกลียวทองเพื่อที่จะมีผลตกต่ำ ซึ่งภายหลังทดลองรับประทานมีผลขึ้นมาทำให้เกิดความมั่นใจจึงรับประทานต่อไป

“ก็ไปเอาสาหร่ายเกลียวทอง เป็นอาหารเสริมบำรุงร่างกายกินสักอาทิตย์หนึ่งรู้สึกว่ายาวเลย ครั้งแรกเราเห็นเป็นหนังหุ้มหนังศีรษะเลยนะรูขุมขนไม่มีเลยนะจะปิดหมดเลยเหมือนพวกคนหัวล้าน เกลี้ยงเต็ม กินยังไม่ทันหมดกระปุกก็รู้สึกรู้สึกว่าผื่นขึ้นดก ก็เลยกินหลายกระปุก”

คิดว่า ดี จึงใช้

เหตุผลที่เลือกใช้การรักษาทางเลือกอื่น ๆ นั้น ผู้ให้ข้อมูลเกือบทุกรายบอกว่ารู้จักสมุนไพรที่รับประทานแล้วเป็นอย่างดี “ดี” ส่วนใหญ่บอกว่าสมุนไพรดีและทราบว่าหลังจากรับประทานแล้วจะช่วยให้หายจากมะเร็ง ทำให้ก้อนมะเร็งยุบ เกร็ดเลือดเพิ่มขึ้น ภูมิคุ้มกันดีขึ้น แต่ส่วนใหญ่ยังไม่ทราบว่ากลไกที่ทำให้ดีขึ้นคืออะไร

เลือกช่วงเวลาที่ใช้ทางเลือก

การรักษาที่นอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน ใช้คำว่า “การแพทย์ทางเลือก” ซึ่งผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมเหล่านี้บอกว่าการเลือกใช้การแพทย์ทางเลือกต้องเลือกช่วงเวลาที่เหมาะสมไม่สามารถใช้ทุกช่วงเวลา โดยเฉพาะช่วงวิกฤต เช่น ช่วงหลังการผ่าตัดใหม่ ๆ หรือขณะได้รับยาเคมีบำบัด เป็นช่วงเวลาที่สำคัญต้องปฏิบัติตามตัวตามแผนการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน จึงมักพบว่าไม่มีการใช้การแพทย์ทางเลือกโดยให้เหตุผลว่าเป็นช่วงเวลาสำคัญที่เสี่ยงต่อชีวิตได้ เมื่อพ้นระยะวิกฤตนี้แล้ว ผู้หญิงหลายคนจะเริ่มแสวงหาการรักษาด้วยวิธีการแพทย์ทางเลือกหรือการรักษาแบบอื่น ๆ

“ช่วงให้เคมี ช่วงหลังผ่าตัดไม่กินอย่างอื่น พอเราดีแล้วก็จะกินยาต้มรักษามะเร็ง”

ไม่กล้าบอกหมอว่าใช้แพทย์ทางเลือก

ผู้ให้ข้อมูลเกือบทุกรายที่ใช้การรักษาอื่น ๆ ร่วมกับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบันจะไม่กล้าบอกหมอว่าใช้การรักษาอย่างอื่นเพราะกลัวโดนดู เนื่องจากพบเห็นหมอคนที่ไปรักษาด้วยวิธีการอื่น และบอกว่าสมุนไพรอาจมีสารบางอย่างที่เป็นพิษต่อร่างกายจึงไม่ควรรับประทาน หรือบอกให้นำเงินที่จะไปซื้อสมุนไพรเหล่านี้มาซื้ออาหารบำรุงร่างกายดีกว่า

“เราจะไปบอกเขาทำไมเล่า ฮ่า ๆ (หัวเราะ)... บอกทำไมเล่าบอกเขาก็จะดูเราสิ ...บางที่เขาถามเขาก็ดูนะ เพื่อเขาจับได้อันนี้เห็นคนอื่นมา เขาโดนดู แค่ว่าหานี้ก็โดนกันจ้ะเลย จะไปบอกเขาทำไมเล่า ก็บอกว่ากินยาหมอ...”

อย่างไรก็ตามแม้จะมีการห้ามไม่ให้ใช้การแพทย์ทางเลือก จะมีหมอบางคนเปิดโอกาสว่าหากต้องการรักษาด้วยยาสมุนไพรหรือทางเลือกอื่น ๆ ก็สามารถปรึกษาแพทย์พยาบาลหรือนำผลิตภัณฑ์มาให้ดูก่อน

“พยาบาลมาบอกว่า ยาต้มยาหม้อสมุนไพรเป็นขวดๆนะป้ายานะเพราะว่าบางตัวมันอาจไม่ถูกกับโรคเรา บางตัวอาจใช้สารอะไรใส่ลงไปบ้างก็ไม่มี... ป้าเอาสมุนไพรตัวนั้นมาให้หมอดูก่อนก็ได้”

ประสบการณ์การรับบริการสุขภาพ

ภายหลังตรวจพบก้อนที่เต้านม ผู้ให้ข้อมูลทุกรายได้เข้ารับการรักษาโดยมีจุดเริ่มต้นแตกต่างกัน ผู้ที่อาศัยในตัวเมืองส่วนมากไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด ผู้ที่อยู่ในชนบทจะเริ่มจากขอคำปรึกษาจากสถานีนานามัย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลอำเภอและโรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ต่อไป ผู้หญิงสองสามรายหลังจากไปตรวจที่โรงพยาบาลจังหวัดแล้ว เปลี่ยนใจไปรักษาที่อื่นเนื่องจากไม่ได้เตรียมใจที่แพทย์กำหนดผ่าตัดเร็วรวมทั้งมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย

“ตอนแรกก็กลัวตอนอยู่โรงพยาบาลจังหวัด กินไม่ได้นอนไม่หลับเลย เขาบอกว่าต้องตัดหมด หมอเค้าถามว่าวางมัดจำเลยมัย พิเศษ 3,000 บาท ที่นี้มีเวลา 3 วันยังทำใจไม่ได้ไม่ยอมตัด แล้วคนที่เค้าตัดไปแล้วตัดข้างขวาหมดลามไปข้างซ้ายอีก จึงตัดสินใจไปโรงพยาบาลอีกจังหวัดหนึ่งเลย เสร็จแล้วหมดไป 1,800 บาท”

การรักษาต่างจังหวัดต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเนื่องจากไปรักษาโดยที่ไม่มีใบส่งตัวจากโรงพยาบาลจังหวัดที่ตนเองมีชื่ออยู่ หากโรงพยาบาลจังหวัดส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่างจังหวัดผู้ป่วยสามารถเบิกจ่ายค่ารักษาได้

และหากใบส่งตัวหมดอายุผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนเกินสิทธิ์ ผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่าตนเองต้องจ่ายค่ารักษาส่วนเกิน แต่ตนเองไม่มีเงินเพียงพอจึงได้ปรึกษาพยาบาลและแพทย์ที่รักษา สำหรับผู้ที่เป็ น อสม. จะมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ทำให้ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายลง

ในขั้นตอนการผ่าตัดผู้หญิงที่เป็นมะเร็งหลายรายเลือกไปพบแพทย์ที่คลินิกและให้แพทย์ดูแลเป็นกรณีพิเศษ เพื่อที่ตนเองจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และผ่าตัดเร็วขึ้นซึ่งเรียกว่า ผ่าตัดพิเศษ ทั้งนี้ค่าผ่าตัดพิเศษขึ้นอยู่กับอัตราที่แพทย์แต่ละคนแจ้ง ผู้เป็นมะเร็งเต้านมบางรายเลือกรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนที่มีแพทย์เจ้าของไข้แนะนำ เนื่องจากผ่าตัดรวดเร็วทำให้การรักษารวดเร็วขึ้น ซึ่งในโรงพยาบาลรัฐใช้เวลายาวนาน มีคนไข้รอผ่าตัดจำนวนมาก

“รู้ว่าเป็ น (มะเร็ง) เดือนกุมภาพันธ์ จะไปผ่า (ผ่าตัด) โรงพยาบาลรัฐ เป็ ล (แพทย์) กะว่าคิวที่นั่นผมเยอะนะ มิถุนายนนั่นแหละ ก็เลยขอให้หมอไปผ่าที่โรงพยาบาลเอกชน ก็เลยได้ผ่า”

หมอ...กลัวโดนดู

ผู้หญิงที่เป็นมะเร็งหลายรายบอกว่าแพทย์มักพูดสั้น ๆ ห้วน ๆ พูดตรง ไม่ถนอมน้ำใจหรือบางครั้งดูมาก ทำให้ส่วนใหญ่หมกกลัวแพทย์ กลัวโดนดู ทำให้ไม่กล้าถามและทำตามแพทย์บอก เช่น มาตามแพทย์นัด เพราะกลัวโดนดู

“ก็กลัวเขา ก็หมอเขานัดงะก็ต้องไปตรวจ ก็มีเขาดู เขากถาม ป้าวันนั้นทำไมไม่มาตรงเวลา คนอื่นนะ เราไม่เคยโดน เพราะเรามาตรงตามนัด”

ทั้งนี้การที่แพทย์ดูมากนั้น ผู้ให้ข้อมูลคิดว่าเป็นสิ่งที่หมออยากให้ทุกคนทราบและปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการเป็นมะเร็ง ผู้หญิงที่มารักษาส่วนใหญ่มั่นใจแพทย์ที่ให้การรักษาและการรักษาที่ได้รับว่าจะทำให้ตนเองหายจากโรคได้ การที่หมอดูมากทำให้ผู้หญิงพยายามปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ และมีผลต่อความคิดของผู้หญิงรายหนึ่งที่ตั้งใจตั้งแต่ออกจากบ้านว่า ไปพบหมอกครั้งนี้จะบอกหมอว่าจะไม่รักษาต่อแล้วเพราะทรมาน แต่พอได้ยินหมอผู้หญิงอีกคนเรื่องการไม่ปฏิบัติตัวตามที่แนะนำจะทำให้เกิดผลเสียตามมา ก็เปลี่ยนใจเป็นยินยอมรักษาตามแผนการรักษาต่อไป โดยที่ไม่มีคำถามใด ๆ

“หมอ ดูมาก หมอบอกว่าถ้าเธอไม่มาหาหมอต่ อเนื่องนะ เธอก็ตาย ถ้าไม่มานะรับรองตายทุกคน พูดไม่เพราะด้วย อันที่จริงนะ พี่คิดงี้ บางทีเขาอยากให้เรารู้ว่าถ้าไม่มารักษาจะตายได้ หมอบอก”

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นภาวะวิกฤตอย่างหนึ่งของชีวิตของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม ทำให้เกิดความเครียด และกลัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงต้องการกำลังใจจากหมอ ซึ่งกำลังใจที่ผู้หญิงต้องการเป็นสิ่งที่เล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น ใบหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส คำพูดดี ๆ ผู้หญิงบางส่วนที่ไปรับยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลมีความประทับใจพยาบาลที่ให้การดูแล ช่วยเป็นที่ปรึกษา พยาบาลให้เบอร์โทรศัพท์ส่วนตัวที่สามารถโทรศัพท์ปรึกษาได้ตลอดเวลา ผู้หญิงรายหนึ่งบอกว่า พยาบาลเคยโทรศัพท์มาหาและเรียกชื่อตนเองได้ถูกต้อง ทำให้ตนเองรู้สึกว่าได้มีการเอาใจใส่ดี

“หมอ (หมายถึงพยาบาล) สนใจดี ให้กำลังใจดี หมอให้เบอร์โทรศัพท์ไว้ติดต่อ เรามีอะไรก็โทรถามเค้า ให้เราโทรได้ตลอด มีอยู่ครั้งนึงโทรหาแล้วเค้าไม่รับ เค้าคงยุ่ง พอเค้าว่างเค้าก็โทรกลับมาหา เค้าเรียกชื่อเราด้วย ถ้าหมอดีคุยดีให้กำลังใจดี เรามีกำลังใจ”

การบอกข่าวกับผู้หญิงเกี่ยวกับผลการตรวจชิ้นเนื้อเป็นสิ่งที่ผู้หญิงทุกคนใจจดใจจ่ออยากทราบว่าตนเองเป็นเนื้อร้ายหรือไม่ ในการบอกผลนั้นส่วนใหญ่แพทย์มักจะอธิบายโดยตรงต่อผู้หญิง มีผู้หญิงบางส่วนจะได้รับการบอกโดยอ้อม เพราะกลัวว่าผู้หญิงจะเสียใจ แตกต่างจากแพทย์อีกแห่งที่บอกว่าเป็นมะเร็งระยะใด ทำให้ผู้หญิงบางรายรู้สึกตกใจ

“บอกตัวเองว่ารับได้ ตอนแรกเค้าไม่ยอมบอก เค้าจะคุยอ้อม ๆ เข้าไปฟังพร้อมกันหมด กว่าเค้าจะบอกนานเป็นชั่วโมง เขาอธิบายให้ว่าถ้าเป็นขั้นแรกจะผ่าได้นะ ไม่เป็นอันตรายไม่ร้ายแรงอะไร เขาอธิบายทุกอย่างให้เรารับให้ได้ เราก็ตอบว่ารับได้อย่างเดียว แต่เค้ายังไม่ยอมบอกนะ หวานล่อมเราพักหนึ่ง ถึงจะบอกว่าเป็นมะเร็ง”

“หมอบอกว่าเป็นมะเร็งเต้านม ระยะที่...แล้ว ตกใจมาก ฟังหมอพุดไม่รู้เรื่อง...ใจหวิว ๆ”

เชื่อหมอแล้วดี ไม่เชื่อแล้วแย่

มีบางรายไม่ทำตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล ทำให้มีภาวะแทรกซ้อน เช่น มะเร็งลูกกลม ผิวน้ำ
ไหม้เกรียม อาการทรุดลง ต้องเข้าพักรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

“เชื่อหมอลี โรคมะเร็งไม่ใช่เล่นๆนะ คุณข้างบ้านเราเนาะ ป้าสุขแย่นะเป็นโรอะไรไม่รู้มันขึ้นคอ ก็เค้านินท
เลย ไก่กินไม่ได้มันเป็นฮอโรโมน ฉันทินแต่ยาตลอด หมอเขาให้กิน 5 ปีไม่เคยจะทิ้งซักเม็ด นี่เขากินดไปเจาะ
เลือด ไปฉายเอ็กซเรย์ก็ไม่เคยเจอ ไม่เป็นไร ฉายเอกซเรย์แล้วปกติ”

ผู้หญิงรายหนึ่งบอกว่าการที่แพทย์พยาบาลให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว ตนเองจะเชื่อและปฏิบัติตามเพราะ
หากไม่เข้าใจให้สอบถาม จะทำให้หายจากมะเร็ง และต้องมีความอดทน

“มีอะไรถามหมอหมด เรื่องเพศ เรื่องการกินอยู่ถ้า(ผ่า)ตัดแล้วเป็นอย่างไร ทำอย่างไรบ้าง เลยหายมาถึง
ทุกวันนี้ ต้องอดทนในการรักษา แล้วทำตามทีหมอบอก มีวินัยในการรักษาตัวเราเอง ”

ไม่กล้าถามหมอ

ผู้หญิงรายหนึ่งไปพบแพทย์แต่ไม่กล้าถามผลที่เกิดว่าเป็นอย่างไร และควรจะทำอย่างไรเพราะ
กลัวโดนดู และเงินอายุที่จะถามต่อหน้าผู้คนจำนวนมากโดยเฉพาะเรื่องเพศสัมพันธ์

“...ที่สำคัญเรื่องนอนกะแพนน้องบ่กล้าถามใครน้องกะบ่ท้อแพนนอนด้วยน้องกลัว น้องกะบ่กล้าถาม
หมอ พยาบาลอยู่นั้นกะหลายคนอายุเขากบ่กล้าถาม”

นอกจากนี้ผู้หญิงบางรายที่กลัวว่าหากถามแพทย์ไปแล้ว จะทำให้แพทย์พยาบาลอารมณ์ไม่ดี เพราะมี
คนใช้รอตรวจจำนวนมาก

“บางครั้งจะถามหมออารมณ์เปล่งจะจิตีเพราะว่าคนไข้กะนัก เปล่งกะอู้บ่ม่วนใส่เฮา วันวานลุงนั้นกะนั้น
หมอในห้องคิโมเปล่งจะเครียด”

ข้อมูลที่ไต่ยังไม่เพียงพอ

กลุ่มตัวอย่างทุกรายคลำพบก้อนโดยบังเอิญ จึงให้สามีหรือเพื่อนช่วยคลำ หรือไปตรวจที่โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือคลินิก บางรายไปตรวจซ้ำที่คลินิกอื่น บางรายไม่กล้าบอกใคร แต่คิดว่าตนเองน่าจะเป็น
มะเร็งเพราะเคยอ่านพบในเอกสารที่สถานีอนามัย บางรายสอบถามคนข้างบ้าน ญาติหรือคนที่เคยเป็นมาก่อน มี
หนึ่งรายไม่เคยทราบมาก่อนว่าการพบก้อนที่เต้านมอาจเป็นมะเร็งได้

“ตอนแรกมีอาการเจ็บที่นมตอนรถตกหลุม เลยคลำเจอก้อนปูดขึ้นมา ไม่ตกใจ แต่ก็คิดว่ามันเป็นอะไร
เอาให้เขาจับบ้าง (สามี) หมูที่ไปทำงานด้วยกันบ้าง ไม่เคยรู้ว่าถ้าเขามีก้อนที่นมมันจะเป็นมะเร็ง...ก็ถามๆคนอื่น”

ผู้หญิงรายหนึ่งบอกว่าหลังผ่าตัดตนเองไม่ได้ปฏิบัติตามที่แพทย์พยาบาลสอนโดยเฉพาะเรื่องการออก
กำลังกาย ทำให้แขนบวม ยกแขนไม่ขึ้น หลังจากที่ได้รับคำแนะนำซ้ำอีกรอบ ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ทำให้
อาการบวมหายไป

“เรามีสมุดแล้วก็มีคู่มือการปฏิบัติตัวด้วย พยาบาลเปิดทำแล้วหมอก็ให้มา คู่มือปฏิบัติตัวที่ว่าเวลาตอน
หลังผ่าตัดทำอะไรได้ แล้วก็ทำกายบริหาร ...หลังผ่าตัดบ่ค่อยได้บริหาร ทำน้อยเดียว บ่ได้ทำทุกวันชะล่าใจ ยก
แขนขึ้นบ่ได้ แขนบวม พอหมอบอกซ้ำเฮาก็เลยเข้าใจ พอทำตามแขนก็เลยยุบววม”

แหล่งที่มาของความรู้

การให้เคมีบำบัดนั้นผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า โรงพยาบาลบางแห่งจะมีเภสัชกรอธิบายรายละเอียดพร้อมสมุด
คู่มือการบันทึกอาการแทรกซ้อน แต่บางแห่งไม่มีการเตรียม ไม่มีผู้ให้คำแนะนำ บางรายไม่ทราบว่าตนเองได้รับ
การรักษาด้วยยาอะไร ควรปฏิบัติตัวอย่างไร มีเพศสัมพันธ์ได้หรือไม่ จึงแสวงหาความรู้จาก พยาบาล ผู้ป่วย
อินเทอร์เน็ต หนังสือ และจากการฟังที่ผู้ป่วยด้วยกันพูดคุยกัน

“เรื่องอาหารการกินก็บ่ฮู้ว่าจะกินอะหยั่ง ถามคนนั้นคนนี้ ...บางทีกะถามพยาบาลที่เขาทำงานนั้น เฮา
กะถามเขาว่าเป็นแบบนี้กินจะได้ได้ฟ่อง ฟังเปลื่อกันพร่องเวลารอตรวจ”

“มีบางอย่างที่เฮาส่งสัยอย่างมีพื้นฐานก่าคันเนื้อคันตัวกำมันเป็นปกติหรือว่าผิดปกติแกละบอกวามันผิดปกติอยู่แล้วที่เธอเป็นมันก็ผิดปกติอยู่แล้ว ก็เลยลองเสิร์จดูว่าอาการมันเป็นหยิ่งอั้นอ้อมันเป็นผลข้างเคียงของยาซิโม”

ความรู้และข้อมูลที่ยากได้รับจากหมอ

เป็นมะเร็งหรือไม่

เมื่อตรวจพบก้อนที่เต้านม ตัดสินใจไปพบหมอ หมอบางรายอธิบายให้ความรู้ช่วยให้ปรับจิตใจยอมรับกับโรคที่เป็น แต่บางรายไม่ได้รับการอธิบายบอกเฉพาะว่าเป็นมะเร็งต้องผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยบางคนเกิดความวิตกกังวล กลัว บางรายรู้สึกลัวหมออย่าบอกข้อมูลไม่หมด

“ตอนที่หมอตรวจเจอว่าเป็นมะเร็ง อยู่ในห้องตรวจสองคน หมอเขาบอก ป้า ป้าเป็นมะเร็งนะ ต้องผ่าตัดทั้งให้หมด กะอิงไป หมอถามอีก สูงเท่าไร หนักเท่าไร ไม่ได้ตอบเขา หมอว่าต้องพูด ก็ไม่ยอมพูด คิดอะไรไม่ออก”

“ตอนหมอบอกก็ตกใจ แนะนำให้แกละแนะนำพื้นฐานทั่วไปแต่เฮาจะศึกษาเองฟองปรึกษาพี่คนที่เคยเป็น หมอน่าจะบอกบางอย่างแกละบอยากบอกคนไข้โดยตรงแกละจะกลัวเฮารับไม่ได้เลยบอ”

ยาเคมีบำบัดสิ่งที่อยากรู้

ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่าข้อมูลที่ยากรู้คือ ยาเคมีบำบัด การจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การรับประทานอาหาร การรับประทานยาเสริมอื่น ๆ อยากรู้รายละเอียดทั้งหมด ผู้ป่วยที่มีอายุไม่มากและมีอาชีพเช่นข้าราชการจะค้นหาความรู้เพิ่มจากอินเทอร์เน็ต

“ถามหมุ่เภสัชที่เขาสมาหื้อเปลื่ลกะบอกว่าผลข้างเคียงของยาเป็นจะได เฮาจะศึกษามันกะมีการรักษาแบบแพทย์ทางเลือกกับแพทย์แผนปัจจุบัน คนนั้นก็มาแนะนำคนนี้ก็มาแนะนำมีตัวยามาแนะนำมีอาหารเสริมมาแนะนำเยะเยะ ตัดสินใจไม่ถูก”

“ก่อนไปทำอะไรก็ศึกษาดูก่อนจากอินเทอร์เน็ต ก็ดูว่าซิโมเป็นอย่างไร มีคนบอกว่าเป็นน้ำยาขาวน้ำยาแดง น้ำยาแดงจะแรงนิดนึง ในเน็ตจะบอกอาการเป็นอย่างไร มีอาเจียนเวียนหัวแล้วเขาก็บอกว่ามีเรื่องอาการแพ้แพ้มาก แพ้น้อย”

อะไรบ้างที่ควรและไม่ควรรับประทาน

ความรู้จากแพทย์พยาบาลยังคงเป็นสิ่งที่ต้องการ เพราะอาจไม่สามารถหาได้จากอินเทอร์เน็ต เช่นการป้องกันหรือแก้ไขภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัดหรือการฉายแสง การรับประทานอาหาร โดยเฉพาะที่มีการโฆษณาหรือได้รับการบอกต่อกันในกลุ่มมะเร็ง หลายรายจึงมักมีคาบอกว่าจะรับประทานอะไรต้องถามหมอก่อน เพราะไม่มีบอกไว้ในคู่มือหรือไม่ได้ให้คำแนะนำไว้

“เขาเอาทุเรียนเทศมาให้ ต้องมาถามหมอสินก่อนว่ากินได้หรือป่าว หมอเป็นที่ปรึกษา หมอเขายังไง”

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมในเขตภาคเหนือเมื่อคลำพบก้อนที่เต้านม พยายามค้นหาความรู้ว่าตนเองเป็นโรคอะไร โดยสอบถามจากญาติ เพื่อนบ้าน ผู้ที่เคยเป็นมะเร็งเต้านมมาก่อน ไม่พบแม้แต่รายเดียวที่บอกว่าการคลำเต้านมอย่างสม่ำเสมอแล้วพบก้อน สิ่งเหล่านี้บ่งบอกถึงการที่ประชาชนยังขาดความรู้ การเข้าถึงข้อมูลความรู้ (Krigel, Mayers, Befort, Krebill, & Klemp, 2014) ซึ่งการขาดความรู้มักทำให้ผู้หญิงเหล่านี้มักทำให้อำนาจในการต่อรองกับบุคลากรทางด้านสุขภาพน้อย มีความเชื่อมั่นในตัวแพทย์ที่ให้การรักษา จึงทำให้ผู้หญิงเหล่านี้เชื่อและปฏิบัติตามที่แพทย์หรือพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่อื่นๆให้คำแนะนำไว้ (Low & Tumbarello, 2012; Pothidara, Dumrongpakapakorn, Panput, Phoomphij & Nakbun, 2014) เช่นเดียวกับที่ Liamputtong, & Kitisriworaphan, (2014) ศึกษาพบว่า ผู้หญิงตั้งครรภ์มีความเชื่อเกี่ยวกับความรู้ความสามารถของแพทย์แผนปัจจุบันมากกว่าความรู้หรือประสบการณ์ของตนเอง โดยเชื่อว่าความรู้ที่แพทย์ให้คำแนะนำเป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับลูกของตนเอง

การที่ผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมเชื่อถือในตัวแพทย์ พยาบาลเนื่องจากมีความเชื่อว่าบุคคลเหล่านี้เป็นผู้ทรงความรู้ ได้รับการเรียนรู้มาจากสถาบันการศึกษา ทำให้มีความรู้มากกว่าตนเอง ทั้งนี้อาจเกิดจากผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่เป็นผู้อาศัยในชนบท ประกอบอาชีพรับจ้าง เกษตรกรรม สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความแตกต่างทางสถานภาพทางสังคมที่ในสังคมไทยยังถือว่าเป็นผู้ที่ไม่มีอำนาจ ทำให้กลุ่มคนเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะเชื่อถือแพทย์พยาบาลได้ง่าย (Jordan, 1997; Low, & Tumbarello, 2012) การศึกษาครั้งนี้พบว่าแม้ผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมจะมีการศึกษาสูง ประกอบอาชีพเป็นข้าราชการทุกคนให้ความเชื่อถือความรู้จากแพทย์แผนปัจจุบันทั้งสิ้น ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าสังคมไทยที่ผ่านมาให้ความสำคัญกับกลุ่มแพทย์ว่าเป็นบุคคลที่มีความรู้ (Pothidara, Dumrongpakapakorn, Panput, Phoomphij, & Nakbun, 2014)

การศึกษานี้พบว่าผู้หญิงที่อยู่ในภาคเหนือบางส่วนยังคงมีความเชื่อในวัฒนธรรมพื้นบ้านของตนเองอยู่ เพราะส่วนใหญ่ยังอยู่ในครอบครัว และสังคม จึงพบว่าผู้หญิงเหล่านี้ใช้ทางเลือกอื่น ๆ ที่เป็นความรู้หรือวิถีปฏิบัติเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีขึ้น ได้แก่ การใช้สมุนไพรต่าง ๆ เช่น ใบย่านาง คาวตอง หยอดน้ำค่าง ทุเรียนเทศ หล่ำปากกิ้ง ทั้งนี้ความเชื่อในวัฒนธรรมจะยังคงพบว่ามีเฉพาะที่ไม่ได้อยู่ในช่วงวิกฤต เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความเชื่อในความรู้ของแพทย์แผนปัจจุบัน สำหรับผู้หญิงบางคนจะปฏิบัติตามที่แพทย์อย่างเคร่งครัด ปฏิเสธความรู้ทางวัฒนธรรมพื้นบ้านโดยสิ้นเชิง เนื่องจากเชื่อว่าการปฏิบัติตามแพทย์จะทำให้หายจากโรคที่เป็นอยู่ และกลัวการถูกบุคลากรทางสุขภาพที่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ และกลัวที่จะไม่ได้รับการดูแลที่ดี (Low & Tumbarello, 2012; McCoyd, 2010; Pothidara, Dumrongpakapakorn, Panput, Phoomphij & Nakbun, 2014)

การที่ผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมมีความเชื่อฟังความรู้ คำแนะนำของบุคลากรทางด้านสุขภาพแต่จากการที่ไปใช้บริการพบว่ามีความประหลาดใจที่สำคัญ คือ ผู้หญิงเหล่านี้มักรู้สึกกลัวที่จะพูดคุยปรึกษาแพทย์ พยาบาลเพราะมักจะถูกลงโทษหากเรื่องที่จะปรึกษานั้นไม่ใช่สิ่งที่การแพทย์สมัยปัจจุบันยอมรับ รวมทั้งการปฏิบัติตามไม่ได้ตามที่แพทย์พยาบาลคาดหวัง ว่าผู้ป่วยน่าจะปฏิบัติตามได้ โดยที่ไม่ได้ให้โอกาสผู้ป่วยอธิบาย ผู้หญิงหลายรายจึงขาดโอกาสในการเลือกสิ่งที่ตนเองต้องการ ส่วนใหญ่หากแพทย์พยาบาลพิจารณาว่าดีแล้วจะดีกับทุกคนมักใช้มาตรฐานเดียวกันในการปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยไม่คำนึงถึงความต้องการ วัฒนธรรม (Mosher, Johnson, Dickler, Norton, Massie, & DuHamel, 2013) ซึ่งผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมเหล่านี้ไม่กล้าพอที่จะต่อรองหรือบอกเล่าสิ่งที่ตนเองต้องหรือปฏิบัติอยู่ สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความอึดอัด คับข้องใจตามมา รวมทั้งเชื่อในคำแนะนำของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมด้วยกัน หรือการแสวงหาการรักษาอื่น ๆ ที่ช่วยบรรเทาอาการของตนเอง ทั้งนี้อาจส่งผลต่อการรักษาตามมา (Low, & Tumbarello, 2012)

การศึกษานี้พบว่าผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมหลังจากที่ได้คลำพบก้อนแล้ว มักจะรอเวลาที่จะไปตรวจเนื่องจากมีความกังวลกลัวที่จะทราบผลการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้อร้าย (Demir, Donmez, Ozsaker, & Diramali, 2008) ภายหลังเข้ารับการรักษา มะเร็งเต้านมพบว่าการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการแตกต่างกัน ตั้งแต่การจัดให้มีคู่มือให้ความรู้การปฏิบัติตัวเมื่อได้รับการผ่าตัด การจัดกลุ่มผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน การให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล แต่พบว่าจำนวนไม่น้อยที่ไม่มีผู้ให้คำแนะนำอย่างชัดเจน คำแนะนำที่ได้รับจะมาจากแพทย์ที่ให้คำแนะนำชนิดการผ่าตัด ซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีคำอธิบายมากนัก มักจะบอกว่าการผ่าตัดมีกี่ชนิด คำแนะนำอื่น ๆ จะเป็นหน้าที่ของพยาบาลซึ่งโรงพยาบาลบางแห่งจัดให้มีห้องเฉพาะและมีพยาบาลประจำให้คำแนะนำแต่ละรายพร้อมให้เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถปรึกษาได้ตลอดเวลา ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมคิดว่าดี ช่วยให้สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง โรงพยาบาลอีกหลายแห่งไม่มีรูปแบบการให้คำแนะนำที่ชัดเจน

การนำผลงานวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางสุขภาพควรให้การดูแลผู้รับบริการโดยคำนึงถึงความต้องการ พื้นฐานทางสังคม วัฒนธรรม เพื่อที่จะทำความเข้าใจและนำมาวางแผนในการให้การดูแลที่เกิดจากความเข้าใจ สามารถช่วยให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. การจัดการบริการสำหรับให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการควรมีการให้ในรูปแบบที่เฉพาะเจาะจงแก่ผู้รับบริการเหล่านั้น รวมทั้งมีรูปแบบที่ชัดเจนว่าจะประกอบด้วยข้อมูลที่สำคัญที่ต้องรู้
3. ควรมีการศึกษาเรื่องการแพทย์ทางเลือกในวัฒนธรรมต่าง ๆ เพื่อที่จะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการ
4. บุคลากรทางสุขภาพควรทำความเข้าใจเพิ่มเติมเกี่ยวกับวัฒนธรรมพื้นบ้าน และไม่ดูผู้รับบริการ ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อที่จะไม่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานเพิ่มมากขึ้นในผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม เนื่องจากผู้รับบริการส่วนมากมีความกลัวบุคลากรสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในประเด็นของการใช้สมุนไพรที่มีผลต่อการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในหญิงที่ได้รับการรักษาทั้งการได้รับเคมีบำบัดหรือภายหลังการผ่าตัด
2. ศึกษาในกลุ่มหญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่มีการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นว่าความรู้ที่ทรงอำนาจมีผลอย่างไร กลุ่มคนเหล่านี้จัดการกับความรู้อย่างไร เพื่อที่จะนำมาวางแผนเสริมสร้างความรู้และสมรรถนะในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ที่ให้การสนับสนุนทุนการวิจัยครั้งนี้

References

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Buranaruangrote, S., Kasemkitwattana, S., Keerativitaynont, N., & Pongthavornkamol, K. (2006). Experience Self-Management for Fatigue in Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *Thai Journal of Nursing Council*, 21(2), 47-62.
- Demir, F., Donmez, Y. C., Ozsaker, E., & Diramali, A. (2008). Patients' Lived Experiences of Excisional Breast Biopsy: A Phenomenological Study. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 744–751.
- Foucault, M. (1980). *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings, 1972-1977*. New York: Pantheon Books.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Jordan, B. (1997). *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. (4th ed.). Prospect Heights, Illinois: Waveland Press Inc.
- Krigel, S., Mayers, J., Befort, C., Krebill, H., & Klemp, J. (2014). "Cancer Change Everything" Exploring the Lived Experiences of Woman with Metastatic Breast Cancer. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(7), 334-342.
- Liamputtong, P. (2013). *Qualitative Research Methods*. (4th ed.). South Melbourne, Vic.: Oxford University Press.
- Liamputtong, P., & Kitisriworaphan, S. (2014). Authoritative Knowledge, Folk Knowledge, and Antenatal Care in Contemporary Northern Thailand. In Liamputtong, P. (Ed.), *Contemporary Socio-Cultural and Political Perspectives in Thailand* (pp.465-486). Dordrecht: Springer



- Low, L. K. & Tumbarello, J. A. (2012). Falling Out: Authoritative Knowledge and Women's Experience with Pelvic Organ Prolapse. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57(5), 489-494.
- McCoyd, J. L. (2010). Authoritative Knowledge, the Technological Imperative and Women's Responses to Prenatal Diagnostic Technologies. *Culture Medicine Psychiatry*, 34(4), 591-614.
- Mortensen, G. L., Madsen, I. B., Krogsgaard, R., & Ejlersen, B. (2018). Quality of Life and Care Needs in Women with Estrogen Positive Metastatic Breast Cancer: A Qualitative Study. *Acta Oncologica*, 57(1), 146-151, DOI: 10.1080/0284186X.2017.1406141
- Mosher, C. E., Johnson, C., Dickler, M. Norton, L., Massie, M. J., & DuHamel, K. (2013). Living with Metastatic Breast Cancer: A Qualitative Analysis of Physical, Psychological, and Social Sequelae. *The Breast Journal*, 19(3), 285-292.
- Mott-Coles, S. (2014). Patients' Cultural Beliefs in Patient-Provider Communication with African American Women and Latinas Diagnosed with Breast Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(4), 443-448.
- National Cancer Institute. (2018). *Hospital-Based Cancer Registry 2016*. Bangkok: Pornsup Printing. (in Thai)
- Naewjumpa, C., Sanaha, C., Puwarawuttipanit, W. & Soparattanapaisarn, N. (2014). Symptom Experiences, Symptom Management Strategies, and Functional Status in Outpatient with Breast Cancer Stage IV Receiving Chemotherapy. *Thai Journal of Nursing Council*, 29(1), 15-28. (in Thai)
- Numsang, P., Kurat, S., Baothong, K., Somboonkit, D., Supanyabut, K., Pasaribut, R., & Boonmas, N. (2018). The Life Experiences of Breast Cancer Patients who Received Chemotherapy. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*, 35(2), 140-152. (in Thai)
- Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2017). *Public Health Statistics: A.D.2016*. Nonthaburi: Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Pothidara, Y, Dumrongpakapakorn, P., Panput, A., Phoomphij, C., & Nakbun, S. (2014). Health Care Providers' Authoritative Knowledge: Patients' Choices and Rights Perceived by Isan Woman Living with Breast Cancer. *Journal of Nursing and Health Care*, 32(3), 6-13. (in Thai)
- Silverman, D. (2010). *Doing Qualitative Research A Practical Handbook*. (3rd ed.). London: Sage Publications.
- Suwanklong, D. & Liamputtong, P. (2016). Breast Cancer Treatment: Experiences of Changes and Social Stigma Among Thai Women in Southern Thailand. *Cancer Nursing*, 39(3), 213-220.
- Uysal, N., Toprak, F. Ü., Kutlutsürkan, S., & Erenel, A. S. (2018). Symptoms Experienced and Information Needs of Women Receiving Chemotherapy. *Asia Pacific Journal of Oncology Nurses*, 5, 178-83.

ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดา ในผู้จะเป็นบิดาที่มีครรภ์เสี่ยงสูง

Expectant Fathers Having Wives with High-Risk Pregnancy: Father Involvement, Anxiety, and Social Support

ธิดารัตน์ สิงห์ศรี^{1*}, นันทพร แสนศิริพันธ์² และ ฉวี เบาทอง²

Thidarat Singsri^{1*}, Nantaporn Sansiriphun² and Chavee Baosoung²

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา^{1*}, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่²

Boromarajonani College of Nursing, Songkhla^{1*}, Faculty of Nursing, Chiang Mai University²

(Received: December 26, 2018; Revised: September 03, 2019; Accepted: September 03, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในผู้จะเป็นบิดาที่มีครรภ์เสี่ยงสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้จะเป็นบิดาที่มีครรภ์ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ทั้งทางด้านสูติกรรมและด้านอายุรกรรม และพารามาได้รับบริการที่แผนกฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 1,006 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 85 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาที่มีครรภ์เสี่ยงสูง 3) แบบสอบถามความ วิตกกังวลขณะเผชิญ และ 4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .92, .85, และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

1. การเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในผู้จะเป็นบิดาที่มีครรภ์เสี่ยงสูงอยู่ในระดับมาก ($M=124.34$, $SD=16.06$)

2. ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในผู้จะเป็นบิดาที่มีครรภ์เสี่ยงสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.282$, $p<.01$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในผู้จะเป็นบิดาที่มีครรภ์เสี่ยงสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.305$, $p<.01$)

ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้จะเป็นบิดาที่มีครรภ์เสี่ยงสูงทุกรายควรได้รับการประเมิน การเข้ามามีส่วนร่วมของบิดา พยาบาลผดุงครรภ์ควรมีกลยุทธ์ในการลดความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดา และการ สนับสนุนการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้จะเป็นบิดาที่มีครรภ์เสี่ยงสูง

คำสำคัญ: ความวิตกกังวล, การสนับสนุนทางสังคม, การเข้ามามีส่วนร่วมของบิดา, ผู้จะเป็นบิดา, ภรรยาตั้งครรภ์ เสี่ยงสูง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: thidaratpeaw@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 086-9698375)

Abstract

High-risk pregnancy impacts the health of pregnant women and the fetus. Therefore, expectant fathers should be more involved during the high-risk pregnancy of their wives. The purpose of this descriptive correlational research was to study the correlation of anxiety, social support, and father involvement among expectant fathers whose wives have high-risk pregnancy. Participants were selected following the inclusion criteria and consisted of 85 expectant fathers whose wives have high-risk pregnancy and brought their wives to the antenatal clinic at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital from February to April 2018. The research instruments consisted of 1) Demographic data questionnaire 2) the Modified Father Involvement among Expectant Fathers Whose Wives Have High-risk Pregnancy questionnaire 3) State-Trait Anxiety Inventory [STAI] form Y-1 and 4) the Social Support questionnaire. The modified father involvement questionnaire was validated by 3 experts, yielding a CVI score of 1.0. And Cronbach's alpha coefficient were tested for reliability of Questioners' number 2 to 4, yielding Cronbach's alpha coefficient values of .92, .85, and .84, respectively. Descriptive statistics and Pearson's product moment correlation were used to analyze the data.

Results of the study revealed that: 1) Father involvement among expectant fathers whose wives have high-risk pregnancy mean score was in a high level ($M = 124.34$, $SD = 16.06$). 2) Anxiety had a negative correlation with father involvement among expectant fathers whose wives have high-risk pregnancy ($r = -.282$, $p < .01$) and social support had a positive correlation with father involvement among expectant fathers whose wives have high-risk pregnancy ($r = .305$, $p < .01$).

These finding suggest that expectant fathers whose wives have high-risk pregnancy should be assessed for father involvement. Midwives should reduce anxiety of expectant fathers and support the expectant fathers to be more involved with their wives who have high-risk pregnancy.

Keywords: Anxiety, Social Support, Father Involvement, Expectant Fathers, High-Risk Pregnancy

บทนำ

บิดา เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในครอบครัว (Ketman, 2010) เมื่อภรรยาตั้งครรภ์ ผู้จะเป็นบิดาจึงถูกคาดหวัง และจำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลภรรยา และบุตร รวมทั้งช่วยเหลือภาระงานในบ้านมากขึ้น (Intarasakthi, 1997) โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นนั้นได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะตั้งครรภ์เสี่ยงสูง (High Risk Pregnancy) ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้ (McCain, & Deatrick, 1994) และมีรายงานการศึกษาแสดงให้เห็นว่า อัตราการเสียชีวิตของทารกเพิ่มจำนวนสูงขึ้นจากการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง คิดเป็นร้อยละ 10-13 โดยมีสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญมาจากการตกเลือดขณะตั้งครรภ์ การติดเชื้อ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด และภาวะเส้นเลือดอุดตัน (Berg, Callaghan, Syverson, & Henderson, 2010)

การตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ส่งผลกระทบต่อสตรีมีครรภ์ ทารกในครรภ์ ครอบครัวและตัวของผู้จะเป็นบิดา สำหรับสตรีมีครรภ์และทารกในครรภ์ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การขาดความสมดุล ตามความรุนแรงของโรคและพยาธิสภาพของโรค อาจคุกคามต่อภาวะสุขภาพของสตรีมีครรภ์และทารกในครรภ์ได้ (Tongsong, 2012) ด้านครอบครัว การตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (Naewchalee,

2007) และสมาชิกในครอบครัวอาจต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ และสำหรับผู้จะเป็นบิดา ต้องมีการปรับตัว และทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือสนับสนุนภรรยาที่ตั้งครรภ์เสี่ยงสูงมากขึ้น (Fenwick, Bayes, & Johnansson, 2012) ทำให้การดำเนินชีวิตของผู้ที่จะเป็นบิดาเปลี่ยนแปลงไป ต้องมีความรับผิดชอบต่อครอบครัวเพิ่มมากขึ้น ต้องทำงานมากขึ้นเพื่อเตรียมความพร้อมในด้านการเงินสำหรับการดูแลภรรยาและบุตรในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด (Mckee, & O'Brien, 1982) เพื่อให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปได้อย่างมีคุณภาพ ช่วยลดภาวะความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์เสี่ยงสูงผู้จะเป็นบิดาจึงต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือมากยิ่งขึ้น

การเข้ามามีส่วนร่วมของบิดา (Father Involvement) ตามแนวคิดของแลมป์ (Lamb, 2000) มีนักวิจัยนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับบิดาอย่างกว้างขวาง สำหรับทางด้านมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ การเข้ามามีส่วนร่วมของผู้จะเป็นบิดาทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้ามามีปฏิสัมพันธ์ (Engagement) หมายถึง การเข้าร่วมปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้จะเป็นบิดากับภรรยาขณะตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ เช่น การพาภรรยามาฝากครรภ์ การเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ การกระตุ้นพัฒนาการทารกในครรภ์ เป็นต้น (Alio, Lewis, Scarborough, Harris, & Fiscella, 2013) 2) การเอื้อให้สามารถเข้าถึงผู้จะเป็นบิดาได้ตามความต้องการ (accessibility) หมายถึง การที่ผู้จะเป็นบิดาใช้เวลา และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือกับภรรยาที่ตั้งครรภ์ เช่น กลับบ้านทันทีหลังเลิกงาน ลดกิจกรรมสังสรรค์กับเพื่อนนอกบ้าน ให้ความสนใจใส่ภรรยาที่ตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้น เป็นต้น (Sansiriphun, 2009) และ 3) การแสดงความรับผิดชอบ (Responsibility) หมายถึง การที่ผู้จะเป็นบิดาดูแลช่วยเหลือให้ภรรยาได้รับความสุขสบาย สนับสนุนทรัพยากร และช่วยให้มีความพร้อมในการดำเนินชีวิต เช่น การแสวงหาข้อมูลเพื่อการดูแลภรรยาที่ตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ การจัดหาอาหารที่มีประโยชน์ การป้องกันอุบัติเหตุ และภาวะเสี่ยงต่าง ๆ แก่ภรรยาที่ตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เป็นต้น (Lemonda, Kalman, & Yoshikawa, 2009)

ขณะที่ภรรยาตั้งครรภ์ ถึงแม้ว่าผู้จะเป็นบิดานั้นไม่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจากการตั้งครรภ์ของภรรยา แต่ความคาดหวังโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากภรรยา และความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้น รวมถึงการเปลี่ยนแปลงตนเอง ล้วนแต่เป็นความกดดัน และความท้าทายที่ผู้จะเป็นบิดาต้องเผชิญ ทำให้ผู้จะเป็นบิดาเกิดความวิตกกังวลได้ (Sansiriphun, 2009) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากภรรยาได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเสี่ยงสูงในขณะตั้งครรภ์ ผู้เป็นบิดาจำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุนผู้เป็นภรรยา ซึ่งการเข้ามามีส่วนร่วมจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ หลายประการ ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัย ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

การมีภาวะอารมณ์ที่เกิดจากตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้น ซึ่งอาจเกิดขึ้นจริงหรือเพียงการคาดเดาสถานการณ์ และพิจารณาว่าอาจเกิดอันตรายได้ ส่งผลกระทบต่อจิตใจ พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา โดยจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลตามการรับรู้และกระบวนการทางความคิด หมายถึง ความวิตกกังวล (Spielberger, 1976) เมื่อภรรยาได้รับการวินิจฉัยว่าการมีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง จึงเป็นสถานการณ์ที่กระตุ้น ให้ผู้จะเป็นบิดาคาดการณ์ถึงอันตรายต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับภรรยาและทารกในครรภ์ ส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดามีความวิตกกังวลขึ้นได้ ถึงแม้ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยตรง แต่มีรายงานการศึกษาที่พบว่า แม้ว่าภรรยาจะตั้งครรภ์ปกติ ผู้จะเป็นบิดาก็รู้สึกวิตกกังวล ดังการศึกษาของ Kanjanakeaw (2017) เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรก พบว่า ผู้จะเป็นบิดามีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.90 และจากการทบทวนวรรณกรรมพบเพียงการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลกับการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยาตั้งครรภ์ปกติ ดังรายงานการศึกษาของ Nuntapong (2015) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดา ในผู้จะเป็นบิดาครั้งแรก ในกลุ่มบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์ปกติ พบว่า ผู้จะเป็นบิดาที่มีความวิตกกังวลน้อยจะเข้ามามีส่วนร่วมมาก

การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีต่อกัน ทำให้เกิดความรัก ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่และการได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า และการสนับสนุนด้านทรัพยากร การได้รับการสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลเกิดความสามารถ และมีความพร้อมในการเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ หมายถึง การสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) ผู้จะเป็นบิดาควรได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มบุคคลสำคัญและมีความเกี่ยวข้องกับผู้จะเป็นบิดา จะช่วยให้ผู้จะเป็นบิดาสามารถเผชิญและจัดการกับการเปลี่ยนแปลงในระยะตั้งครรภ์ของภรรยา รวมถึงความกดดันต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (Letourneau, Duffett-Leger, Dennis, Stewart, & Tryphonopoulos, 2011) แม้ไม่พบการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยตรง แต่มีรายงานการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดา ดังการศึกษาในผู้จะเป็นบิดาชาวมุสลิมของ Chemama, Sansiripun, & Kantaruksa (2015) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในชาวมุสลิมที่กำลังจะเป็นบิดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.402, p<.01$) และการศึกษาของ Nuntapong (2015) ที่ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกที่ภรรยาตั้งครรภ์ปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.489, p<.01$) นอกจากนี้มีการศึกษาของ Maloni, Brezinski-Tomasi, & Johnson (2001) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยาได้รับการวินิจฉัยว่าตั้งครรภ์เสี่ยง และต้องนอนพักให้มากที่สุด ในระยะตั้งครรภ์ สามารถเผชิญกับความยากลำบากและปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว การดูแลบุตรและเกี่ยวกับการเงิน ซึ่งการสนับสนุนทางด้านทรัพยากรเป็นการสนับสนุนที่ผู้จะเป็นบิดาได้รับมากที่สุด และได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์อย่างเหมาะสมจะช่วยให้ผู้จะเป็นบิดา สามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในขณะที่ภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงได้ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมอาจจะมีความสัมพันธ์กับการเข้ามามีส่วนร่วมในการให้การดูแลภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

การทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง พบเพียงการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์ปกติ ซึ่งไม่ได้เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในผู้จะเป็นบิดาที่มีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลและการเข้ามามีส่วนร่วมมากกว่าภรรยาที่ตั้งครรภ์ปกติ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเข้ามามีส่วนร่วมของผู้จะเป็นบิดา มากหรือน้อยจะขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ซึ่งปัจจัยความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม อาจมีความสัมพันธ์กับการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดา โดยปัจจัยดังกล่าวสามารถจัดการกระทำได้ และนำไปสู่การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้จะเป็นบิดาเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง และทารกในครรภ์ได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งผลการศึกษครั้งนี้ คาดว่า จะทำให้ขยายองค์ความรู้เกี่ยวกับการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง และจะเป็นข้อมูลที่สำคัญทางการผดุงครรภ์ สามารถใช้สำหรับการจัดการกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง โดยใช้เป็นแนวทางในการดูแลสนับสนุนช่วยเหลือผู้จะเป็นบิดา และส่งเสริมการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงได้ รวมทั้งใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงานวิจัยในลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง โดยศึกษาการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดา ตามแนวคิดของแลมบ์ (Lamb, 2000) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้ามามีปฏิสัมพันธ์ 2) การเอื้อให้สามารถเข้าถึงผู้จะเป็นบิดาได้ตามความต้องการ 3) การแสดงความรับผิดชอบ จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ได้แก่ ความวิตกกังวล ตามแนวคิดของสปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983) และการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ เฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ซึ่งคาดว่าผู้จะเป็นบิดาที่มีความวิตกกังวลมากอาจเข้ามามีส่วนร่วมน้อย สำหรับผู้จะเป็นบิดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากอาจเข้ามามีส่วนร่วมมาก

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Correlation Descriptive Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้จะเป็นบิดา ที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงมารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาได้รับการวินิจฉัยว่ามีการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเปิดตารางประมาณค่า กลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (Power Analysis) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ให้อำนาจการทดสอบ (Level of Power) .80 และการประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect Size) ที่ .30 ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ที่สามารถใช้ประมาณขนาดอิทธิพลกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยทางการแพทย์ (Polit, 2010) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ของภรรยา ภาวะสุขภาพของบิดา ลักษณะครรภ์เสี่ยงสูงที่เกิดขึ้นกับภรรยาขณะตั้งครรภ์

2. แบบสอบถามการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาของ ปิยวรรณ นันทะพงษ์ (Nuntapong, 2015) ที่สร้างจากแนวคิด ของ แลมบ์ (Lamb, 2000) ประกอบด้วยข้อคำถามที่แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การเข้ามามีปฏิสัมพันธ์ การเอื้อให้สามารถเข้าถึงผู้จะเป็นบิดาได้ตามความต้องการ และการแสดงความรับผิดชอบของผู้จะเป็นบิดา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 39 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 39-156 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมมากแสดงว่าผู้จะเป็นบิดาเข้ามามีส่วนร่วมมาก และแบ่งคะแนนการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดา แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามอันตรภาคชั้นคือ ระดับน้อย ปานกลาง และมาก

3. แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI form Y-1) ของ สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1976) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยดาราพรรณ ต๊ะปิ่นตา (Thapinta, 1991) ซึ่งแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 20-80 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมมากแสดงว่าผู้จะเป็นบิดามีความวิตกกังวลมาก

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยง ของ อารีรัตน์ แนวชาลี (Naewchalee, A, 2007) ที่สร้างจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮ้าส์ (House, 1981) ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 39 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 20-100 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมมากแสดงว่า ผู้ที่จะเป็นบิดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง โดยผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการผดุงครรภ์ จำนวน 3 คน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รอบแรกได้มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .89 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุง ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 คน และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาซ้ำ ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1 สำหรับแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ผู้วิจัยไม่ได้ทำการหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือซ้ำ เนื่องจากไม่ได้ปรับปรุง ประยุกต์หรือเปลี่ยนแปลงใด

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง โดยไปทดลองใช้กับผู้จะเป็นบิดาที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ซึ่งแบบสอบถามการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดา ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน 2561 หลังจากได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าคลินิกฝากครรภ์ของโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการคัดเลือกผู้ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ ได้มีการแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งให้ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีการปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมการศึกษา เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์การเข้ามามีส่วนร่วมของบิดา ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม ในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation) กำหนดระดับความสัมพันธ์ (Wiersma, & Jurs, 2009) ดังนี้
ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.01 - 0.20 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก
ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.21 - 0.40 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.41 - 0.60 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.61 - 0.80 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง

ค่าสหสัมพันธ์ (r) มากกว่า 0.80 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก

ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ซึ่งได้ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วย สถิติโคลโมโกรอฟสเมียร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) พบว่าการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) โดยพบว่า การเข้ามามีส่วนร่วมของผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงความวิตกกังวลขณะเผชิญ และการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่า Sig=.374, .869, และ .991

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ (Research ID: NONE-2561-011; Code: 2561 -EXP005) และคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Research ID: 2589/ Study Code: NONE-2561-05289)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุระหว่าง 20-52 ปี ($M=32.67$ ปี, $SD=6.35$) กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาสูงสุดระดับ ปวส./อนุปริญญาตรีหรือเทียบเท่าปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 39.90 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 42.30 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 51.80 รายได้มีความเพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 50.60 มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 55.30 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-4 คน ร้อยละ 37.60 มีการวางแผนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 63.50 ช่วงอายุครรภ์ของภรรยาของกลุ่มตัวอย่างที่พบมากที่สุด อยู่ระหว่าง 15-28 สัปดาห์ 6 วัน ร้อยละ 43.60 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 91.75 ไม่มีโรคประจำตัว และลักษณะครรภ์เสี่ยงสูงที่เกิดขึ้นกับภรรยาขณะตั้งครรภ์ที่พบมากที่สุด คือ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 43.60 รองลงมา คือภาวะความดันโลหิตสูง และโรคไทรอยด์ คิดเป็นร้อยละ 10.60 และ 8.25 ตามลำดับ

2. การเข้ามามีส่วนร่วม ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม

ตาราง 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเข้ามามีส่วนร่วม ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 85$)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		M	SD
	แบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่าง		
การเข้ามามีส่วนร่วม	39 - 156	77 - 155	124.34	16.06
ความวิตกกังวล	20 - 80	20 - 57	38.90	6.83
การสนับสนุนทางสังคม	20 - 100	46 - 95	70.89	11.26

จากตาราง 1 พบว่าคะแนนการเข้ามามีส่วนร่วมอยู่ระหว่าง 77-155 คะแนน ($M=124.34$ คะแนน, $SD=16.06$) คะแนนความวิตกกังวล อยู่ระหว่าง 20-57 คะแนน ($M=38.90$ คะแนน, $SD=6.83$) และมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคม โดยรวมอยู่ระหว่าง 46-95 คะแนน ($M=70.89$ คะแนน, $SD=11.26$)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการเข้ามามีส่วนร่วม

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการเข้ามามีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	การเข้ามามีส่วนร่วม ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ความวิตกกังวล	-.282
การสนับสนุนทางสังคม	.305

จากตาราง 2 พบว่าความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.282, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .305, p < .01$)

อภิปรายผล

1. การเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการเข้ามามีส่วนร่วมอยู่ระหว่าง 77-155 คะแนน ($M = 124.34$ คะแนน, $SD = 16.06$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 72.90 มีการเข้ามามีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้จะเป็นบิดาส่วนใหญ่เข้ามามีส่วนร่วมในระดับมากนั้นเป็นเพราะภรรยาของตนได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ผู้เป็นบิดาเกิดความรู้สึกกังวลว่าภรรยาของตนและทารกในครรภ์จะมีอันตรายจึงพยายามเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เช่น พาภรรยามาฝากครรภ์ตามนัด ซึ่งค่อนข้างดีกว่าการตั้งครรภ์ปกติทั่วไป หาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลภรรยาที่มีการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ติดตามผลการตรวจครรภ์และสังเกตอาการผิดปกติที่จะเกิดขึ้นกับภรรยา เป็นต้น (Engagement) นอกจากนั้นยังลดการไปสังสรรค์กับเพื่อนมักจะกลับบ้านทันทีหลังเลิกงาน และพร้อมที่จะช่วยเหลือภรรยาตั้งครรภ์ได้ทุกเมื่อที่ภรรยาต้องการ (Accessibility) รวมทั้งมีความรับผิดชอบดูแลภรรยาโดยการจัดหาอาหารที่เหมาะสมกับภรรยา ดูแลความสะดวกสบาย ช่วยเหลืองานบ้าน จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับภรรยา เตรียมเงินและของใช้สำหรับในระยะคลอดและหลังคลอดบุตรของภรรยา (Responsibility) เป็นต้น ผลการศึกษายังพบว่าผู้จะเป็นบิดาในการศึกษาครั้งนี้ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ($M = 70.89$) ซึ่งสามารถช่วยลดความรุนแรงของความรู้สึกวิตกกังวลต่อการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงของภรรยาได้ ทำให้มีพลังในการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมและดูแลภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ภาวะเสี่ยงสูงขณะตั้งครรภ์ที่พบมากที่สุดในการศึกษาครั้งนี้ คือ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 43.60 ซึ่งทุกรายมีแผนการรักษาให้ควบคุมอาหาร (Diet Control) มีบางรายจำเป็นต้องได้รับยาฉีดอินซูลินร่วมด้วย รองลงมา คือ ภาวะความดันโลหิตสูง และโรคไทรอยด์ คิดเป็นร้อยละ 10.60 และ 8.25 ซึ่งต้องมาตรวจตามนัดถี่ขึ้นมากกว่าการตั้งครรภ์ปกติ ผู้จะเป็นบิดาส่วนใหญ่เมื่อทราบข้อมูลว่าภรรยามีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตของภรรยาและทารกในครรภ์ได้ ต้องได้รับการดูแลรักษา และติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ผู้เป็นบิดาจึงเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลภรรยาขณะตั้งครรภ์มากยิ่งขึ้น เพื่อให้ภรรยาและทารกในครรภ์ปลอดภัย จึงส่งผลให้คะแนนการเข้ามามีส่วนร่วมโดยเฉลี่ยสูงและส่วนใหญ่มีส่วนร่วมระดับมาก

2. การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุระหว่าง 20-52 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 32.67 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่มีความรับผิดชอบ จึงรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง และมีความรับผิดชอบมากกว่าวัยอื่น เป็นวัยที่รักอิสระ เป็นตัวของตัวเอง ขาดความรับผิดชอบและพึ่งพาผู้อื่น (Kaewkangwan, 2010) นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาสูงสุดระดับ ปวส./อนุปริญญาตรีหรือเทียบเท่าปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 39.90 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6/ปวช. ร้อยละ 31.80 ซึ่งเป็นระดับการศึกษาค่อนข้างสูง ทำให้มีการรับรู้ที่ดี สามารถสืบค้นหรือค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับการดูแล ช่วยเหลือภรรยาที่มีครรภ์เสี่ยงสูงและทารกในครรภ์ได้ ดังการศึกษาของ Intarasaksith (2007) ที่พบว่า สามที่มีมีการศึกษาสูงเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลภรรยาระหว่างตั้งครรภ์และการคลอดมาก และยิ่งไปกว่านั้น กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42.30 มีการประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด มากกว่าครึ่ง

คือร้อยละ 51.80 จึงมีรายได้ครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท และมีความเพียงพอในการใช้จ่าย การมีอาชีพที่มั่นคง มีรายได้ที่เพียงพอ ทำให้ผู้จะเป็นบิดามีความพร้อมสามารถช่วยเหลือจัดหาล้างต่าง ๆ มาดูแลภรรยา และทารกได้มาก (Hernandez, & Coley, 2007) ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Johnson (2001) ที่พบว่า ผู้จะเป็นบิดาที่มีรายได้ดี จะมีการสนับสนุนทางการเงินให้แก่ภรรยาและทารก รวมทั้งจะเข้ามามีส่วนร่วมใน ขณะที่ภรรยาตั้งครรภ์และคลอด ทั้งนี้เมื่อภรรยาได้รับการวินิจฉัยว่ามีครรภ์เสี่ยงสูง ยังมิผลทำให้เสียค่าใช้จ่าย เพิ่มขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายเพิ่มเติม และมีค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เพิ่มจากการรักษาพยาบาล (Naewchalee, 2007) ดังนั้นการมีรายได้เพียงพอ ซึ่งทำให้ผู้จะเป็นบิดาสามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลสนับสนุน ภรรยาได้มาก

อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 55.30 มีจำนวนสมาชิก ในครอบครัว 3-4 คน ร้อยละ 37.60 ซึ่งครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญและใกล้ชิด ทำให้ผู้จะเป็นบิดามีความพร้อมที่จะช่วยสนับสนุนดูแลช่วยเหลือภรรยาที่มีครรภ์เสี่ยงสูงและทารกในครรภ์ได้ คล้ายคลึงกับ ผลการศึกษาของ Nuntapong (2015) พบว่าผู้จะเป็นบิดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะเข้ามามีส่วน ร่วมมาก นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 63.50 มีการวางแผนการตั้งครรภ์ สำหรับคู่สมรสที่มีการวางแผนการ มีบุตร เมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นผู้จะเป็นบิดาจึงรู้สึกดีใจและภูมิใจ Sansiriphun (2010) ทำให้ผู้จะเป็นบิดามี ความพร้อมและยินดีเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนในขณะภรรยาตั้งครรภ์ และยังถ้าการ ตั้งครรภ์นั้นมีภาวะเสี่ยงร่วมด้วย ผู้จะเป็นบิดาก็จะยิ่งเข้ามาดูแล ช่วยเหลือมากขึ้น ซึ่งทำให้การเข้ามามีส่วนร่วม ของผู้จะเป็นบิดาในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในระดับมาก ซึ่งคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ Intarasaksith (2007) ที่ พบว่า บิดาที่มีความพร้อมในการมีบุตรจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลภรรยาระหว่างตั้งครรภ์และการคลอดมาก และนอกจากนั้นด้านภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนมาก ร้อยละ 91.75 พบว่า ไม่มีโรค ประจำตัว ซึ่งผู้จะเป็นบิดามีภาวะสุขภาพร่างกายแข็งแรง จะมีกำลังและความพร้อมในการช่วยเหลือภรรยาที่มี ครรภ์เสี่ยงสูงและทารกในครรภ์ได้อย่างเต็มที่

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยา ตั้งครรภ์เสี่ยงสูง การศึกษาครั้งนี้พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาใน ผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.282, p < .01$) หมายความว่า ผู้จะเป็นบิดาที่มีความวิตกกังวลน้อย จะมีการเข้ามามีส่วนร่วมมาก สามารถอธิบายได้ว่า ความวิตกกังวลในระดับ ต่ำนั้น ทำให้บุคคลมีการรับรู้มากขึ้น มีความตื่นตัว กระตือรือร้นและเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ดี (Peplau, 1989) ดังนั้น ผู้เป็นบิดาที่มีความวิตกกังวลไม่สูงมากจะรับรู้และเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับภรรยาขณะตั้งครรภ์ และ กระตือรือร้นที่จะดูแลและเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อให้ภรรยาของตนและทารกในครรภ์ปลอดภัย ดังการศึกษาของ Sansiriphun (2010) พบว่า ผู้จะเป็นบิดามีความวิตกกังวลเกิดขึ้น ตั้งแต่รู้ว่าภรรยาตั้งครรภ์จนกระทั่งเข้าสู่ระยะ คลอด แต่ผู้เป็นบิดาพยายามจัดการกับความวิตกกังวลของตนเองโดยเข้ามามีส่วนร่วม ได้แก่ พยายามแสวงหา ข้อมูล เช่น เรื่องอาหาร การดูแลต่าง ๆ เป็นต้น ทั้งการสอบถามและการสืบค้นทางอินเทอร์เน็ต เพื่อใช้ในการดูแล ภรรยาขณะตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง เช่น เลิกกิจกรรมสังสรรค์กับเพื่อน กลับ บ้านตรงเวลา เป็นต้น รวมทั้งสร้างสัมพันธ์ภาพกับทารกในครรภ์โดยการสัมผัส ลูบหน้าท้องภรรยาและพูดคุยกับ ทารกในครรภ์ และการศึกษาของ Nuntapong (2015) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ามามีส่วน ร่วมของบิดา ในกลุ่มบิดาทั่วไปที่ภรรยาตั้งครรภ์ปกติ พบว่า ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเข้ามามี ส่วนร่วมของบิดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.306, p < .01$)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในผู้จะเป็นบิดาที่มี ภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในผู้จะเป็นบิดาที่มี ภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .305, p < .01$) หมายความว่าผู้จะเป็นบิดาที่ได้รับ การสนับสนุนทางสังคมมากจะมีการเข้ามามีส่วนร่วมมาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนทาง

สังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านทรัพยากร จะทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี และสามารถปรับตัวได้ดีในสถานการณ์ต่าง ๆ (House, 1981) ดังนั้นผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาอยู่ในภาวะตั้งครรภ์เสี่ยงสูง เมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน จากบุคคลรอบข้างในระดับมาก จึงสามารถปรับตัวและมีความพร้อมที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนภรรยาขณะตั้งครรภ์เสี่ยงสูงมากเช่นกัน ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Chemama (2015) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในขบวนการที่มีกำลังจะเป็นบิดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.402, p<.01$) และการศึกษาของ Nuntapong (2015) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในสตรีตั้งครรภ์ปกติ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.489, p<.01$) จึงสามารถสรุปได้ว่า ผู้จะเป็นบิดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะเข้ามามีส่วนร่วมมาก

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลผดุงครรภ์ควรให้ความสำคัญกับการประเมินความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้จะเป็นบิดา เช่น การเข้าร่วมปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้จะเป็นบิดากับภรรยาขณะตั้งครรภ์ การกระตุ้นให้พารายามาฝากครรภ์ และเข้ารับฟังการให้ข้อมูลขณะภรรยารับการตรวจครรภ์ การเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ หรือให้การสนับสนุนผู้จะเป็นบิดาให้ครอบคลุมในด้านข้อมูลข่าวสารการให้บริการ การให้ข้อมูลย้อนกลับ และสนับสนุนด้านอารมณ์ให้เหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง และหาแนวทางเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงให้ครอบคลุมทุกระยะของวงจรการมีบุตร ได้แก่ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

2. ควรทำการศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเช่น อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ความเชื่อ เป็นต้น

References

- Alio, A. P., Lewis, C. A., Scarborough, K., Harris, K., & Fiscella, K. (2013). A Community Perspective on the Role of Fathers During Pregnancy: A Qualitative Study. *Biomedcentral Pregnancy and Childbirth*, 13(60), 1471-2393.
- Chemama, N., Sansiriphun, N., & Kantaruksa, K. (2015). Stress, Social Support, and Father Involvement among Muslim Expectant Fathers. *Nursing Journal*, 42(Supplement), 105-115. (in Thai).
- Fenwick, J., Bayes, S., & Johansson, M. (2012). A Qualitative Investigation into the Pregnancy Experiences and Childbirth Expectations of Australian Fathers-to-be. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(1), 3-9. doi: 10.1016/j.srhc.2011.11.001
- Hernandez, D. C., & Coley, R. L. (2007). Measuring Father Involvement Within Low-Income Families: Who is a Reliable and Valid Reporter? *Parenting*, 7(1), 69-97. Doi: 10.1080/15295190709336777
- House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.



- Intarasaksith, P. (2007). *Husbands' Participation in Maternal Care During Pregnancy and Delivery in Master*. (Thesis Submitted to the Faculty of Graduated Studies). Faculty of Demography, Chulalongkorn University. (in Thai).
- Johnson Jr, W. E. (2001). Paternal Involvement among Unwed Fathers. *Children and Youth Services Review*, 23(6), 513-536.
- Kaewkangwan, S. (2010). *Psychological Development of All Ages*. (9th ed.). Bangkok: Thammasat University Printing House. (in Thai).
- Kanjanakeaw, A. (2017). *Factors Related to Anxiety of First-Time Fathers*. (Thesis submitted to the Faculty of Graduated Studies). Faculty of nursing, Chiang Mai University. (in Thai).
- Ketman, P. (2010). The Role of Fatherhood. Retrieved from <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=279>. (in Thai).
- Lamb, M. E. (2000). The History of Research on Father Involvement. *Marriage & Family Review*, 29(2-3), 23-42.
- Lemonda, C. S. T., Kalman, R. K., & Yoshikawa, H. (2009). Father Involvement in Immigrant and Ethnically Diverse Families from the Prenatal Period to the Second year: Prediction and Mediating Mechanisms. *Springer Science & Business Media*, 60, 496-509. Doi: 10.1007/s11199-009-9593-3
- Letourneau, N., Duffett-Leger, L., Dennis, C. L., Stewart, M., & Tryphonopoulos, P. D. (2011). Identifying the Support Needs of Fathers Affected by Post-Partum Depression: A Pilot Study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(1), 41-47.
- Maloni, J. A., Brezinski-Tomasi, J. E. & Johnson, L. A. (2001). Antepartum Bed Rest: Effect Upon the Family. *Journal of obstrics, Gynecological and Neonatal Nursing*, 30(2), 165-173.
- McCain, G. C., & Deatrick, J. A. (1994). The Experience of High-Risk-Pregnancy. *Journal of Obstric, Gynecological and Neonatal Nursing*, 23(5), 421-427.
- Mckee, L., & O'Brien, M. (1982). *The Father Figure*. London: Tavistock.
- Naewchalee, A. (2007). *The Predictability of Personal Factors, Social Support and Uncertainty on Stress and Coping Behavior of First-Time Fathers from High Risk Pregnancy*. (Thesis Submitted to the Faculty of Graduated Studies) Faculty of nursing, Mahidol University. (in Thai).
- Nuntapong, P. (2015). *Factors Related to Father Involvement among First Time Expectant Fathers*. (Thesis Submitted to the Faculty of Graduated Studies). Faculty of nursing, Chiang Mai University. (in Thai).
- Peplau, H. E. (1989). *Interpersonal Theory in Nursing Practice: Selected works of Hildegard E. Peplau*: Springer Publishing Company.
- Polit, D. F. (2010). *Statistic and Data Analysis for Nursing Research* (2nd ed.). New Jersey: Pearson Education Inc.
- Sansiriphun, N. (2009). *Becoming a Firth Time Father among Thais* (Unpublished Doctor Dissertation). Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand.
- Sansiriphun, N., Kantaruksa, K., Klunklin, A., Baosuang, C., & Jordan, P. (2010). Thai Men Becoming a First-Time Father. *Nursing Health Sciences*, 12(4), 403-409. doi:10.1111/j.1442-2018.2010.00549.x



- Spielberger, C. D. (1976). The Nature and Measurement of Anxiety. In C. D. Spielberger, & R. Diaz-Guerrero (Eds), *Cross-Cultural Anxiety* (pp. 3-12). Washington: Hemisphere.
- Thapinta, D. (1991). *Reduction of Anxiety of Staff Nurses Working with AIDS Patients Through Cognitive Restructuring and Mindfulness Training*. (Thesis Submitted to the Faculty of Graduated Studies). Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok. (in Thai).
- Tongsong, T. (2012). *Obstetrics*. Bangkok: Luxmirung. (in Thai).
- Wiersma, W., & G. Jurs, S. (2009). *Research Method in Education an Introduction*. (9th ed). Massachusetts: Pearson.

ตัวแบบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุข A Care Model for Older Adults with Chronic Disease among Village Health Volunteers

รัถยานภิศ รัชตะวรรณ^{1*}, เบญจวรรณ ถนอมชัยธวัช¹, กาญจนานันท์ ทองเมืองธัญเทพ² และ ศิริมา วงศ์แหลมทอง³
Ratthayanaphit Phalasuek^{1*}, Benjawan Thanomchayathawatch¹, Kanjananat Tongmangtunyatap²
and Sirima Wonglamthong³

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช^{1*}, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนชัยนาท²,
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์³

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat^{1*}, Boromarajonani College of Nursing, Chai Nat²,
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Sawan³

(Received: May 24, 2019; Revised: September 05, 2019; Accepted: September 05, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและผู้ดูแล บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และสังเคราะห์ตัวแบบของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ผู้ให้ข้อมูลหลักเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยใช้เทคนิค Snow Ball ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง จำนวน 11 คน ผู้ดูแล จำนวน 11 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 14 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ภายใต้กระบวนการดำเนินการ มี 3 ขั้นตอน คือ 1) ค้นหาความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและผู้ดูแล 2) ค้นหาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และ 3) สังเคราะห์ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังต้องการการดูแลจาก อสม. ในการช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในการดูแลตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วยของตนเอง การรับประทานยา การบิบนวดเมื่อมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ การติดตามประเมินอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น รวมถึงการเป็นเพื่อนพูดคุยให้คำปรึกษา ส่วนผู้ดูแลต้องการเรียนรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุตามสภาพปัญหาในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การทำกายภาพบำบัด การดูแลด้านจิตใจของผู้สูงอายุ และการเตือนเรื่องเวลาไปพบแพทย์ตามนัด
2. อสม. มีการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเชิงระบบ โดยใช้กลไกการเยี่ยมบ้านในการดูแล นอกจากนี้ อสม. ยังใช้การถอดบทเรียนการดูแลผู้สูงอายุเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
3. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังของ อสม. เน้นกระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาและสร้างเครือข่ายในการดูแล ประกอบด้วย 3 A คือ Assessment-Analysis-Action in Participation

ผลการวิจัยพบว่ากระบวนการของ 3As Care Model มีผลกระทบเชิงบวกต่อการเรียนรู้การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วมของครอบครัวในการแก้ปัญหาและพึ่งตนเอง ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขของ รพ.สต.บ้านไม้แดง จึงควรนำตัวแบบนี้ ไปใช้ในการพัฒนาภาวะสุขภาพในมิติอื่น ๆ ในพื้นที่ให้ครอบคลุมการดูแลประชากรทุกกลุ่มวัย รวมถึงควรมีการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องและขยายไปยังชุมชนอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบ, ผู้สูงอายุ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, โรคเรื้อรัง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: rphalasuek@yahoo.com เบอร์โทรศัพท์ 093-6356351)

Abstract

This qualitative research aimed to synthesize what would be a care model for older people with chronic disease among village health volunteers. Participants were 11 older persons and 14 village health volunteers. Snow-ball sampling was applied. Data were collected using in-depth interview. The data were analyzed using content analysis. The three processes conducted were: 1) finding the needs of care among the older adults, 2) finding the best possible health village volunteers role in caring for the older adults, and 3) synthesis of a model for the older people care by village health volunteers. The results showed that the demands of older people with chronic disease from village health volunteers were 1) to advise on specific diet for daily living, as well as how to take the medicine safely, 2) to provide massage in case of muscle pain, 3) to give initial assessment on illness, and 4) to be friends. And the process of learning to develop and create a network for the elder care was the 3As model, consisting of Assessment-Analysis-Action in Participation.

This research suggests that the 3As Care Model has a positive impact on the learning development of care for the older adults who have to live with chronic diseases, as well as on family involvement in solving problems and self-reliance. Hence, the health personnel should adopt this model to develop health care system in other dimensions to cover the care of all age groups and should expand to other communities.

Keyword: Model, Older People, Health Volunteers, Chronic Disease

บทนำ

การสูงวัยของประชากรในทศวรรษนี้เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ใน พ.ศ. 2559 ประชากรทั้งหมดของโลกประมาณ 7,433 ล้านคนในจำนวนนี้เป็นประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 929 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.5 ของประชากรทั้งหมด เมื่อพิจารณาประชากรสูงอายุของประเทศไทยในปี 2560 พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 11.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.9 แสดงว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) แล้ว และเมื่อพิจารณาจากคำจำกัดความที่ว่าสังคมผู้สูงอายุคือสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 หรือมีประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ประเทศไทยก็เป็นสังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2548 เนื่องจากขณะนั้นประเทศไทยมีประชากรตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 10.4 และยังคงคาดการณ์ว่าในปี 2668 สังคมไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) โดยพิจารณาจากจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 หรือมีประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ 14 และคาดว่าในปี 2571 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเกิน 60 ปีร้อยละ 23.5 (Phromphat, 2013)

สถานการณ์ดังกล่าวย่อมมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันและอนาคต โดยสิ่งที่ควรตระหนัก คือ ความเปลี่ยนแปลงอย่างมากและรวดเร็วในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ที่จะส่งผลกระทบต่อดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นของสัดส่วนประชากรในกลุ่มอายุ 3 กลุ่มหลัก ๆ คือ วัยเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี วัยแรงงานอายุ 15-59 ปี และวัยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในระหว่างปี พ.ศ. 2553-2558 มีสัดส่วนของประชากรวัยเด็ก และวัยแรงงานมีลดลง ซึ่งในขณะที่สัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Foundation For Older Persons' Development, 2011) โดยสถานการณ์ดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อบทบาทและความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ

จากฐานข้อมูลผู้สูงอายุในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไม้แดง พ.ศ. 2560 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-74 ปี คิดเป็นร้อยละ 64 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 75-90 ปี

ร้อยละ 33 และอยู่ในช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไป มีจำนวนร้อยละ 17 สถานการณ์ด้านสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาโรคเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.2 และเบาหวาน ร้อยละ 11.6 ซึ่งผลกระทบจากโรคเรื้อรังเหล่านี้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานตามมา เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต และทำให้เกิดภาวะพึ่งพาตามมา (Phalasuek, & Thanomchayathawatch, 2017) โดยภาวะพึ่งพานั้นเกินกำลังของสมาชิกครอบครัวที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุเพียงลำพัง

สำหรับประเทศไทยมี อสม. เป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพในชุมชนตั้งแต่ปี 2521 สามารถสร้างคุณประโยชน์อย่างมากต่อการพัฒนาสาธารณสุขระดับชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านสุขภาพ สภาพแวดล้อมของชุมชน และประชาสัมพันธ์ข่าวสารสาธารณสุขให้ชุมชน (Fisher, Boothroyd, Coufal, Baumann, Mbanya, Rotheram-Borus, et al., 2012) การพัฒนา อสม. ให้มีความเชี่ยวชาญในการแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนจึงปรากฏอย่างแพร่หลาย ดังเช่นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพูกวาง อำเภอพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี โดยการดำเนินการ 5 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นวางแผน 2) ขั้นปฏิบัติการ 3) ขั้นสังเกต 4) ขั้นสะท้อนผล 5) ขั้นปรับปรุง ทำให้ศักยภาพของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 (Eamsamai, Mhuansit, & Thongmag, 2013)

ในบริบทของ รพ.สต.บ้านไม้แดง มีปัจจัยที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังคือ อสม. เป็นผู้ที่มีจิตอาสาในการดูแลสุขภาพของชุมชน เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์อันดีและได้รับความไว้วางใจจากคนในชุมชน ดังนั้นแนวคิดของการพัฒนาศักยภาพและความสามารถของชุมชนให้เป็นฐานในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการสังเคราะห์ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุข จึงมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งต่อการนำตัวแบบที่ได้ไปเป็นกลไกหนึ่งในการส่งเสริมและสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุในบริบทที่มีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของครอบครัว บุตรหลานย้ายไปทำงานต่างถิ่น ประกอบกับความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยและทุกข์ทรมานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อค้นหาความต้องการการดูแลจาก อสม. ของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและผู้ดูแล
2. เพื่อค้นหาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง
3. เพื่อสังเคราะห์ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุข

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจำนวน 11 คน ผู้ดูแลจำนวน 11 คน อาสาสมัครสาธารณสุขที่ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 14 คน ใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยใช้เทคนิค Snow Ball เกณฑ์คัดเข้าประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง มีอาการแสดงของโรค และต้องการการช่วยเหลือจากผู้ดูแล สามารถพูดและสื่อสารได้เข้าใจ และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย เกณฑ์คัดออกคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยตามลำพังและไม่สามารถดูแลตนเองได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง 2 ชุด ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและผู้ดูแล ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และส่วนที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับความต้องการการดูแลจาก อสม. ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์สำหรับ อสม. ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับบทบาทการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

2. เครื่องบันทึกเสียง

3. สมุดจดบันทึก สำหรับจดข้อมูล

4. เพิ่มข้อมูลของผู้วิจัย สำหรับเก็บข้อมูลที่ได้จากการจำแนก และจัดหมวดหมู่ของข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำประเด็นคำถามที่สร้างขึ้น ไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาเวชปฏิบัติชุมชน 1 คน พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 1 คน หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในประชากรที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย และนำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้ได้คำถามที่มีความเหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยหากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ผู้ดูแล และ อสม. จากพยาบาลเวชปฏิบัติ และสอบถามความสมัครใจในการให้ข้อมูลด้วยตนเอง เพื่อนัดหมาย การสัมภาษณ์ตามวัน เวลา สถานที่ให้ข้อมูลตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง มีการสร้างสัมพันธภาพ รวมทั้งให้ข้อมูลการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยแล้วผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2558 ถึง มกราคม พ.ศ.2559 สถานที่เก็บข้อมูล คือ บ้านของผู้สูงอายุ และ อสม. ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. สัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล (In-Depth Interview) สำหรับกลุ่มที่เป็นผู้สูงอายุ และ ผู้ดูแลหลักมีเป้าหมายให้ได้ข้อมูลอัตวิสัยเกี่ยวกับความต้องการการดูแลจาก อสม. ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็น อสม. สนทนาโดยมีเป้าหมายให้ได้ข้อมูลอัตวิสัยเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และความต้องการในการพัฒนาตนเองเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอย่างมีคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์โดยใช้คำถามปลายเปิด พูดคุยแบบไม่เป็นทางการตามแนวคำถามที่สร้างขึ้น และใช้การหยั่งลึก (Probe) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมลึกซึ้ง และอ้อมตัวในประเด็นที่ต้องการศึกษา มีการบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์ ในการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ใช้เวลา ในการสัมภาษณ์ 1 - 3 ครั้ง ขึ้นอยู่กับความอึดตัวของข้อมูล และความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง แต่ละครั้งใช้เวลานานประมาณ 30-45 นาที เมื่อสัมภาษณ์เสร็จในแต่ละครั้งผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ ความถูกต้อง จากนั้นนัดสัมภาษณ์ครั้งต่อไป หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำตามลำดับ

2. การบันทึกภาคสนาม (Field Note) ผู้วิจัยสังเกตปฏิกิริยา การแสดงทางอารมณ์ หรือพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลทั้งในช่วงก่อน ขณะ และหลังการสัมภาษณ์ และจะมีการจดบันทึกปฏิกิริยาเหล่านั้นหลังจากเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ทันที แต่จะไม่มีการจดบันทึกระหว่างการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลพร้อม ๆ กับการรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ทราบประเด็นที่ต้องสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป ในการวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้ (Miller, & Crabtree, 1992)

1. จัดแฟ้ม (Establishing Files) โดยการนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการสัมภาษณ์มาทบทวน แยกแยะ และจัดหมวดหมู่

2. ลงรหัสข้อมูล (Coding the Data) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาลงรหัสหมวดหมู่ของข้อมูล

3. จัดประเภทของข้อมูล (Identify Unit) โดยจัดประเภทของข้อมูลโดยพิจารณาจากรหัส นำรหัสของข้อมูลที่มีอยู่มารวบรวมในการจัดประเภท ข้อมูลที่มีรหัสคล้ายคลึงกันจะจัดอยู่ด้วยกัน

4. พัฒนาและการสร้างหมวดหมู่ (Developing Categories) โดยนำข้อมูลที่จัดประเภทมาแยกประเภทเป็นหัวข้อย่อย ๆ โดยแต่ละหัวข้อย่อยมีความสอดคล้องในเนื้อหา และมีการแจกแจงความถี่ของคำหรือข้อความปรากฏในเนื้อหา มีการตรวจสอบวิเคราะห์ข้อมูล แล้วนำมาวิเคราะห์และตีความเพื่อพัฒนา และสร้างหมวดหมู่ของข้อมูล

5. เชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ (Interpretively Determine Connections) โดยนำหมวดหมู่ของข้อมูลที่จัดได้มาหาความสัมพันธ์กัน

6. ตรวจสอบความถูกต้อง (Verify) นำข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วมาตรวจสอบซ้ำเพื่อให้เกิดความถูกต้องของข้อมูล

7. สรุปและเขียนรายงานการวิจัย (Report) ผู้วิจัยกำหนดแก่นสาระจากการตีความ (Thematic Analysis) โดยผู้วิจัย 2 คนอย่างอิสระในการหาข้อสรุปของประเด็นหลักและการให้ความหมาย สำหรับประเด็นที่ผู้วิจัยมีความเห็นไม่ตรงกัน จะนำมาวิเคราะห์เพื่อหาข้อตกลงร่วมกันอีกครั้งหนึ่ง ทำการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาเพื่อให้ได้ข้อสรุปของตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุข และนำเสนอผลการวิจัยเป็นลักษณะพรรณนา (Descriptive Explanation)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านกระบวนการพิจารณารับรองการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัย ในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช หมายเลขรับรอง BCNNST 06/2558 วันที่ 25 สิงหาคม 2558 ข้อความที่บันทึกเสียงถูกเก็บเป็นความลับ และทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การนำเสนอผลวิจัยนำเสนอในภาพรวม และไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง จำนวน 11 คน มีอายุอยู่ในช่วง 65-86 ปี อายุเฉลี่ย 76.36 ปี ($SD=7.76$) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 72.73 ($n=8$) อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร 7 คน อาศัยในรั้วบ้านเดียวกับบุตร 4 คน ระยะเวลาของการเป็นโรคเรื้อรังอยู่ในช่วง 8-26 ปี

ผู้ดูแล จำนวน 11 คน มีอายุอยู่ในช่วง 32-58 ปี อายุเฉลี่ย 46.36 ปี ($SD=8.76$) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ร้อยละ 63.67 ($n=7$) อาศัยในบ้านเดียวกับผู้สูงอายุ 7 คน อาศัยในบริเวณรั้วบ้านเดียวกับผู้สูงอายุ 4 คน

อสม. จำนวน 14 คน มีอายุอยู่ในช่วง 46-70 ปี อายุเฉลี่ย 50.64 ปี ($SD=4.23$) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับ ปวส. ร้อยละ 71.43 ($n=10$)

2. ความต้องการการดูแลจาก อสม. ในที่นี้คณะผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

2.1 ความต้องการการดูแลจาก อสม. ของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สืบเนื่องจากอาการและอาการแสดงของโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุเผชิญนั้นไม่คงที่ บางเวลาจะมีอาการของโรคชัดเจน เช่น ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ใจสั่น หน้ามืด เป็นลม บางเวลาก็ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ ทำให้ผู้สูงอายุตั้งตัวไม่ติดเมื่อมีอาการรุนแรง กระทั่งต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงต้องการการดูแลจาก อสม. ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1.1 ติดตาม ประเมินการเจ็บป่วยที่สามารถบ่งชี้สถานการณ์ของโรค เช่น ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ค่าดัชนีมวลกาย และแจ้งปัญหาสุขภาพเพื่อนำไปสู่การแก้ไข ดังตัวอย่างข้อมูล

“ป้าว่ามันร้ายนา โรคนี้ (เน้นน้ำเสียง สีหน้า ท่าทางจริงจัง) แรกกว่าบายอยู่ (เมื่อวานยังสบายดีอยู่) วันนี้หุ้อือเป็นลม (จะเป็นลม) ใจไหวสั่นหมด (ใจสั่น) ก็อยู่บ้านคนเดียว ลูกอยู่แค่ ๆ ปลายากนั้น (บ้านลูกอยู่ใกล้ ๆ ผังตรงข้าม) ถ้า อสม. มาช่วย มาดู ได้ตรวจเรา ความดันพันพริ้อ สูงมากมาย (ค่าความดันโลหิตเป็นอย่างไร สูงมากหรือไม่) เราพอรู้ตัวได้แก้ไขกันหลาว (ทราบข้อมูลจะได้แก้ไข)”

2.1.2 แนะนำวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมตามอาการของโรค เช่น การปฏิบัติตัวเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ ครอบคลุมเรื่องการเลือกอาหาร การรับประทานยา ดังตัวอย่างข้อมูล

“เหมือนว่าแหละ เราเองก็กิน อยู่ พันนี้แหละทุกวัน รู้แหละหมอห้ามไทรบาง พอเพลาก็กินอีกแหละ ของมันหรรย เออ แต่ถ้าว้า อสม. นั้นมาหลง มาแลก็ได้เตือนกัน เราทำได้คิดทลว พอเพล่า ๆ ของแหลงบ้าง (กิน อยู่แบบนี้ทุกวัน ทราบว่าหมอห้ามรับประทานอาหารอะไรบ้าง แต่ก็ผลอรับประทานเพราะอ่อย หากมี อสม.มาเยี่ยม มาคุย คอยเตือน ก็จะได้ควบคุมตัวเองได้บ้าง)”

“ยานั้นยายกินแหละ หลายหนานลูกแลเตะ (หีบถุกยามาให้ดู) กินไป กินไป หารู้มายดีไม่ตีพันพริอ เห็นต้องกินตลอด (ต้องรับประทานยาตลอด) ยายว่าถ้าหยุดแลตัวไหนหยุดได้บ้าง อสม. นำรู้หนาว่าพันพริอ หยุดได้มาย ลงที่ (บางที) ยายก็ไม่กินเหมือนแหละ แต่ก็ขลาด (กลัว) เคยได้ยินว่า ตา...(เอ่ยชื่อเพื่อนบ้าน) หยุดยาเอง เส้นเลือดแตก (ยายรับประทานยานะ มีหลายอย่าง ทานไปเรื่อย ๆ ไม่ทราบว่ามีผลดียังไง อยากลองบ้างว่ายาไหนหยุดทานได้ อสม. นำจะแนะนำได้ว่าหยุดได้บ้างหรือไม่ บางครั้งยายก็หยุดทานเองบ้าง แต่ก็กลัว เคยได้ข่าวเพื่อนบ้านหยุดยาเองแล้วต่อมาเส้นเลือดในสมองแตก)”

2.1.3 ในผู้สูงอายุที่มีความพิการต้องการให้ อสม. ทำกายภาพบำบัด และบิบนวด รวมทั้งต้องการให้ อสม. เป็นเพื่อนคุย

“มันเซ็ด มันเมื่อนี้ลูกเหอ ลูกนังที่ ๆ หยับขลาด อสม. ป้า...(เอ่ยชื่อ อสม.) มาเยี่ยม แกนวด เป็น ยังชั่ว หายเป็นฮาย ๆ (รู้สึกปวด เมื่อย ลูกนังลำบาก ทำให้ไม่อยากลุกเดิน มี อสม. มาเยี่ยมและนวดให้ทำให้อาการดีขึ้น)”

“แขน ขา ข้างนี้ ข้างซ้ายนี้แหละลูกที่เป็นอยู่นี้ ถ้าไม่ทำบำบัด ใช้การใช้ได้ นียังดีพอใช้ที่ยังเดินในบ้านได้ แต่ใช้ค่อยมีแรง ยกไหนก็ใช้หนัก ถ้าเบา ๆ เหมือนกินข้าว พอได้แหละ กินเอง แต่ทกบ้างแหละหนาวา อสม. บางทีก็ช่วยบำบัดได้ เขาทำเป็นคนที่เคยอบรมกับหมอแล้ว ช่วยได้แหละ ถ้าได้ทำบ่อย ๆ ดีจัง (แขน ขา ข้างซ้ายไม่ค่อยมีแรง ต้องทำกายภาพบำบัด เดินได้ในบ้านต้องใช้อุปกรณ์พยุง ป้อนข้าวได้แต่ไม่ถนัด บางครั้งอาหารทกบ้าง บางวันมี อสม.ที่อบรมการทำกายภาพบำบัดมาทำให้ ถ้ามาได้ทุกวันก็จะดี)”

“ปวดเมื่อยมันมีแหละลูกเหอ คนแก่หนิ อยากนวดและลูกเหอ ลูก ๆ อยู่ปลากโน้น ถ้าหาได้มีเวลามาบดให้ทุกวัน อสม.ที่เขามาบดให้ยายทุกครั้ง ดีแหละดีมาก หายเจ็บบด้วยได้คุยกันมั่ง ปรีกษาเรื่องไร ๆ ได้ (มีปวดเมื่อยตามปกติของคนแก่ ต้องการให้มีคนนวดให้ ลูกบ้านอยู่ฝั่งตรงข้ามก็ไม่มีเวลามาทำให้ทุกวัน การมีอสม.มาเยี่ยมบ้านตีมากจะช่วยบิบนวด และเป็นเพื่อนคุย ปรีกษาเรื่องต่าง ๆ ได้)”

2.1.4 เดือนเวลาพบแพทย์ตามนัด เนื่องจากผู้สูงอายุจำวันนัดไม่ได้ และลืมวันนัด รวมถึงการให้ข้อมูลกรณีผู้สูงอายุต้องการไปพบแพทย์ก่อนวันนัด

“เขาตินะ อสม. พอแคว้นนัดสักอาทิตย์มาแหละมาเตือน คนแก่ลืมนะลูก บ่อยแหละ แรกก่อนที่ไม่มีการมาเตือนบ่อยแหละที่ไม่ได้ไปตามหมอนัด (ดีมากที่ อสม.จะมาเตือน 1 สัปดาห์ก่อนถึงวันนัด เพราะคนแก่ลืมก่อนหน้านี้ที่ไม่มีการเตือนเรื่องนี้ ผิดนัดบ่อย)”

“ยายซีเป็นลม หิว ๆ ช่วงนี้ไม่รู้พริอเป็นบ่อย พอได้ไปหาหมอแรกอาทิตย์ก่อน ทำพริอนิยายอไปหาหมอหลว มันครุ่น ๆ พริอโซ อสม.นำรู้ว่ายายอไปได้มาย ต่อเดี๋ยวนั้นเขามายายถามแล (ช่วงนี้เป็นลม ใจสั่นบ่อย ๆ ไม่ทราบเป็นอย่างไร เพิ่งไปหาหมอเมื่อสัปดาห์ที่แล้ว ต้องการไปอีกครั้งตอนนี้จะได้หรือไม่ วันนี้ อสม.จะมาเยี่ยม ยายจะถามควาเรื่องนี้ต้องทำอะไรถ้าจะไปหาหมอช่วงนี้)”

2.2 ความต้องการการดูแลจาก อสม. ของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลหลัก เป็นบุตรของผู้สูงอายุ ทำหน้าที่ในการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ รวมถึงการดูแลด้านสุขภาพ และเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตหลายด้านตามสถานการณ์และความรุนแรงของโรค ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องมีการปรับตัวและเตรียมความพร้อมรับมือให้สอดคล้องกับอาการของผู้สูงอายุ กอปรกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแล ดังนั้น ผู้ดูแลจึงต้องการการดูแลจาก อสม. โดยต้องการเรียนรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุตามสภาพปัญหาในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การทำกายภาพบำบัด การดูแลด้านจิตใจของผู้สูงอายุ และการเตือนเรื่องเวลาไปพบแพทย์ตามนัด ดังตัวอย่างข้อมูล

“พยายามไม่ให้แกกินของหวานของมันมาก แต่ยายเนียแกชอบกินไข่เจียวจืดและ ถ้ามีไข่เจียวทั้งสามมือแกก็จะกินได้ทั้งสามมือแหละ แต่ถ้ามีไข่ไม่มีไข่เจียว แกก็จะถามหา และไม่ยอมกินข้าว จะทำพริอดี (จะทำยังดี) แต่เวลา อสม. มาเยี่ยม จะพูดอะไรแกเชื่อหมด”

“แม่แกเดินไม่ไหว แขน ขาซ้ายแกใช้มีแรง (แขน ขาซ้ายไม่มีแรง) มือแกสั่น กินข้าว กิน ๆ หก ๆ ลำบาก เลยตัดสินใจ ป้อนแกเลย ป้อนข้าวให้ ทำทุกอย่างแหละเคยเห็นหมอที่โรงพยาบาล (โรงพยาบาล) ทำบำบัดให้หลายท่า หัดเดินกับราวด้วย นี่ถ้า อสม. ทำเป็นและช่วยสอนน่าดีนะป้าว่า”

“แม่แกเอาแต่ใจมาก ใครก็เข้าหน้าไม่ติดเวลาแกเป็นขึ้นมา ทำยศ (ยศ) อีออกนอกบ้านทำเดี่ยว (จะออกนอกบ้านให้ได้) เดินก็ไม่ค่อยไหวอยู่ ตาก็ใช้โอเห็น (ตามองไม่เห็น) หกล้มใช้วังทัน (ระวังเรื่องการหกล้มไม่ทัน)”

“อีกอย่างนะเรื่องยามีปัญหา กินแกกินมั่ง ไม่กินมั่ง คุยกันยาก แกว่ายากแกเยอะกินพริอดี กินทุกวันช่วยหาย บางวันบาย ๆ ดี ถ้าต้องกิน แต่ถ้ามี อสม. มาหลงแกเชื่อ (เรื่องรับประทานยามีปัญหามาก แกกินบ้างไม่กินบ้าง แกว่ายากมากกินไม่ไหว กินทุกวันก็ไม่หาย บางวันสบายดีก็ต้องกิน แต่ถ้า อสม. มาคุยเรื่องยาแกเชื่อฟัง)”

“วันนัดบางที่ป้าก็ลืมนะ มันหลายเรื่องวัน ๆ ต้องทำมาหากิน ดูแลแม่ กับข้าวกับปลา งานบ้านอีกเลี้ยงหมูด้วย ไม่ทำก็อด (บางครั้งป้าก็ลืมวันนัด เนื่องจากมีหน้าที่หลายอย่างที่ ต้องทำมาหากิน ทำอาหาร รับประทาน งานบ้าน และอาชีพเลี้ยงหมู ไม่ทำงานก็จะอดตาย) อสม. มาเตือนล่วงหน้าก่อนถึงวันนัดทำให้เราไม่ลืม”

3. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีดังนี้

3.1 คัดกรองภาวะสุขภาพในกลุ่มโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยการซักประวัติ วัดค่าความดันโลหิต เจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อหาค่าน้ำตาลในกระแสเลือด ดังตัวอย่างข้อมูล

“ทำทุกปีกับการคัดกรองความดัน เบาหวาน เข้าเสื่อม ต้อกระจก ซึมเศร้า หมอ...(เอ่ยชื่อพยาบาลเวชปฏิบัติ) จะสอน อธิบายว่าทำยังไง แล้วให้ทดลองทำ แรก ๆ ก็ไปกับหมอก่อน จนเข้าใจทำได้ก็ไปเองได้ แต่พอไปเจอเรื่องยาก ๆ ที่ทำไม่ได้ก็ต้องให้หมอมารช่วย”

“เราต้องคัดกรองทุกโรคที่หมอแจ้งให้ทำ ผู้สูงอายุเยอะมาก บางคนมาไม่ได้ก็ต้องไปตามบ้าน ความดัน เบาหวานนี่พ่น ๆ เลย (ไม่ยุ่งยาก) ทำทุกปีจนไม่ยาก แล้วซึมเศร้า 2Q ที่ใช้ก็ทำได้ หมอเขาสอนให้ก่อนไปทำทุกครั้ง”

3.2 ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ช่วยเหลือตัวเองได้ โดยจะทำการประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ ซักประวัติ วัดความดันโลหิต วัดอุณหภูมิในกรณีที่มิใช่ เจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อหาค่าน้ำตาลในกระแสเลือด นำข้อมูลบันทึกในแฟ้มประวัติของผู้สูงอายุ กรณีที่พบความผิดปกติรายงานให้พยาบาลวิชาชีพทราบทันที เพื่อบริหารการดูแล ดังตัวอย่างข้อมูล

“เวลาเยี่ยมผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเราต้องประเมินและส่วนมากก็ค่าความดัน น้ำตาลว่าพ่นหรือบ้าง (เป็นอย่างไรบ้าง) เคยเจอเคสที่สูงมาก ๆ ต้องส่ง รพ.สต. ให้ส่งตัวไปโรงพยาบาล (โรงพยาบาล) แล้วก็ซักประวัติ”

“วัดความดันและในคนสูงอายุนั้น แต่ยาย...กับตา...(เอ่ยชื่อผู้สูงอายุ) ที่ดูแลเจาะเบาหวานด้วย”

3.3 ดูแลกิจวัตรประจำวันในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เต็มที่ วิเคราะห์ความต้องการการดูแล และให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละรายรวมถึงการติดตามผล ในด้านการได้รับสารอาหาร การได้รับยาตามแผนการรักษา กิจกรรมการเคลื่อนไหว การขับถ่าย สุขวิทยาส่วนบุคคล ดังตัวอย่างข้อมูล

“ยาย (เอ่ยชื่อผู้สูงอายุ) ป้อนข้าวเองได้ แต่ลูกไม่ให้ป้อน บอกว่ายายแกกินเองช้ำ แต่ละมื้อที่เขารับ ๆ ป้อน แกได้แต่อ้าปากเหมือนนกนั้นแหละ แล้วให้กินข้าวเปียก ๆ กับหมูหยอง ป้า(อสม.) พยายามคุยกับลูกเขาให้ยายป้อนเอง อาจจะช้าบ้างแต่จะกระตุ้นให้ยายได้ใช้ประสาทมือช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ลูกถึงยอมเพราะกลัวผู้สูงอายุจะเป็นอัมพาตแล้วยกแขนไม่ได้”

“ยาย (เอ่ยชื่อผู้สูงอายุ) ชอบกินข้าวกับไข่เจียว กินทั้งสามมื้อ มื้อไหนไม่มีไข่เจียว แกก็จะถามหา และไม่ยอมกินข้าว ป้ามากุ้ย แล้วเหน็บมันที่ไขทอดไข่ให้ผู้สูงอายุดูว่าเจียวแต่ละที ใช้น้ำมันมากแค่ไหน ถ้ากินไป ไขมันเกินมาก ๆ ความดันสูง เส้นเลือดตีแตก (เส้นเลือดจะแตก) ตายก็พิน อัมพาตเอามา (เป็นอัมพาต อยากเป็นหรือไม่) ที่นี้แหลงไอไร (จะพูดอะไร) แกเชื่อหมด หยัดกินไปหลายฮาย (หยุดกินไปหลายวัน)”

“เรื่องยากกับผู้สูงอายุบางคนเหมือนไม้เบื่อไม้เมา กินมั่ง หยัดมั่ง (กินบ้าง หยุดบ้าง) แหลงแต่ว่า (บอกว่า) ยามากเกิน บางคนก็ว่าบาย ๆ ดี (สบายดี) แล้วกินไทร (กินทำไม) รายนี้วิเคราะห์แล้วว่าแกไม่เข้าใจว่า กินมั่งหยัดมั่งมันมีผลเสียยังงี้ ป้าก็คุ้ยหลายครั้งแกก็ยังทำแบบนี้ ก็เลยยกตัวอย่างลุง...(เอ่ยชื่อผู้สูงอายุ) แกกินยาไม่ต่อเนื่อง คือว่าวันไหนมีนหัว (เวียนศีรษะ) ก็กิน วันไหนไม่มีนหัวก็ไม่กิน แล้วแกก็นอนดิ๊ก เพิ่งตายไป เพราะเส้นเลือดแตก บอกให้ยายแกเห็นชัด ๆ ไปเลย ก็เห็นลูกสาวแกว่าดีขึ้น ไม่หยัดยา (หยุดยา) เองมาเป็นเดือนแล้ว”

“ถามผู้สูงอายุว่า ไซเดินไม่ได้เดินละ กลัวหะ (ทำไมไม่เดินบ้าง กลัวหรือ) ยาย...(เอ่ยชื่อผู้สูงอายุ) แกบอกว่าเด็ก (ลูก) ไม่ให้เดินเดี๋ยวลีเป็นลม (ลูกไม่ให้เดิน กลัวจะเป็นลม) รายนี้ยายแกเดินได้นะ พี่ถามแกว่าอยากเดินม่าย (ต้องการเดินหรือมัย) แกบอกว่าเดิน เดินได้ พี่ลองคลอแกเดิน (ประคองให้เดิน) ในบ้าน ทำให้ลูกดู แล้วให้ลูกลองทำ เขาก็ทำได้นะ ตอนนียายแกได้เดินทุกวัน แต่ลูก ๆ ช่วยคลอ พี่ก็ย้ำว่าถ้าไม่เดินสักพักจะเดินไม่ได้เลย แล้วจะเหนื่อยกันทั้งบ้านแหละ บอกแรง ๆ แบบนี้เขากลับกันนะ วันก่อนพี่ไปเยี่ยม เห็นปล้ำพยายแกเดินอยู่ (พยายาประคองให้ยายเดิน) พอถามยายแกก็บอกว่า ลูกมันพาเดินทุกวัน อีวัง (จะวัง) ได้แล้ว”

“ยาย (เอ่ยชื่อผู้สูงอายุ) คือ แกเดินเองไม่หนัก (เดินเองไม่สะดวก) กินได้ แต่ว่าท้องผูกบ่อย แกท้องผูกแหละ ลูกไม่ได้พาเดินพาไหร คือแกพาเดินพาไหรก็ได้ (ลูกไม่ได้พาเดิน พาแกเดินก็ได้) แต่ไอพวกนี้ (ลูกหลาน) ไม่ทำให้แก การออกกำลังกาย เวทีไหนมีมือแกออกอยู่ (ยกขา ยกเท้า ยกมือทำได้) แต่แกไม่ทำ ป้าว่าแบบนี้ทำหรือดี (คิดว่าจะทำยังงี้ดี) คิดถึงลุง (เอ่ยชื่อผู้สูงอายุ) ที่ไม่ยอมเดิน เลยบอกว่าถ้าเดินไม่เดิน (ถ้าผู้สูงอายุไม่เดิน) จะเหมือนลุง (เอ่ยชื่อผู้สูงอายุ) เขาให้เดินไม่ยอมเดิน ตอนนีพริอเล่าเดินเองไม่ได้แล้ว (เห็นหรือไม่เดินไม่ได้แล้ว) หมอต้องมากายบำบัด ก็ให้เดินได้อีก (ก็ยังเดินไม่ได้) ให้เวลายายแกคิด ตัดสินใจ ป้าค่อย ๆ ยุงแกเดินวันทิด วันทิด (ช่วยพุงให้เดินวันละนิดวันละหน่อย) ให้แกหายกลัว พอหลายวันเข้าแกก็เดินคล่องขึ้น”

“เขาไม่อาบน้ำเหมือนที่บอกหมอบอกว่าอาบน้ำแล้ว กลัวเป็นลมไรพั่นนั้นแหละ เคสนี้พี่ลงมือพยายาแกไปอาบน้ำเอง พาเดินไปห้องน้ำ หาเก้าอี้ให้นั่งใกล้ ๆ ถึงน้ำใบใหญ่ ช่วยกันตักน้ำอาบ ให้ยายแกถูสบู่ ถูตัว สระผมด้วย แล้วถามแกว่าบายตัวม่าย (สบายหรือไม่) แกหยักหน้า (พยักหน้า) ชอบใจ อวยพรพี่ให้เจริญ ๆ พี่เลยคุยกับลูกแกว่าพาแกไปอาบน้ำได้ ให้นั่งเก้าอี้อาบเพื่อป้องกันยายหกล้ม อยู่ช่วยแก และกระตุ้นให้ยายอาบเองด้วย ญาติบอกจะลองแล (ลองทำ) จะเอาเก้าอี้อีกตัวมาวางคู่ ชันน้ำใกล้ ๆ ไปเยี่ยมครั้งหลังแกบอกไม่กลัวอาบน้ำแล้วตัวหอมทุกวัน”

“จะไปเยี่ยมบ้าน ไปแลดูว่าเขาอยู่พั่นพริอนี้แหละนะ (ไปดูแล้วเขาอยู่กันยังงี้) ดูบ้านว่าสะอาดม่าย (บ้านสะอาดหรือไม่) การกินการอยู่ของเขาทั้งเด็กคนแก่ ถึงไอไร (อะไร) ที่ขาดก็จะช่วยในจุดนั้น ป้าว่านะ ดูแลคนสูงอายุ อสม.ต้องรู้ข้อมูล เพราะแต่ละคนปัญหาต่างกัน จะช่วยเหลือยังงี้ เอาข้อมูลมาวิเคราะห์ แล้วจะทำอะไรให้ ต้องดูญาติด้วย ว่าทำแบบนี้เขาโอเคมัย จะคิดแต่เราไม่น่าดี เพราะเขาอาจจะทำแบบเราไม่ได้”

3.4 การดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว อสม. ให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว โดยการสำรวจสภาพและปัญหาในการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน ตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ และจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวตามกลุ่มศักยภาพ โดยใช้แบบคัดกรอง Barthel Activities of Daily Living ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อสม.จะเยี่ยมทุก 1 เดือน ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และติดเตียงจะเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาว โดยมีการจัดกลุ่ม อสม. ในโซนเดียวกัน ช่วยกันดูแลเป็นทีม ดังตัวอย่างข้อมูล

“หมอ (เอ่ยชื่อพยาบาลเวชปฏิบัติ) สอน อบรมหมู่เราเรื่องดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ที่ต้องดูแลตลอด ป้า (เอ่ยชื่อหัวหน้า อสม.) ก็ชวนว่าถ้าเราดูแลสวน (คนเดียว) อิทันเหอ (ไม่ทัน) แกเลยชวนกันจัดกลุ่ม อส

ม. โชนเดียวกันช่วยกันแล ช่วยกันพรีนลูกเหอ เหมือนยาย...(เอ่ยชื่อผู้สูงอายุ) แกอยู่คนเดียว แล้วเป็นทุกโรค เดินก้า(กั)ลำบาก เห็นดู บางที่ต้องมานอนเป็นเพื่อน”

“เราหาทำได้มาย (ทำไม่ได้) โอที่มาดูแลอาทิตย์หน สองอาทิตย์หน (มาดูแลสัปดาห์ละครั้ง สองสัปดาห์ครั้ง) แกอยู่พรีอ (อยู่อย่างไร) คนเดียว กินพรีอ นอนพรีอ อาบน้ำก้าไม่รอด (กินอย่างไร นอนอย่างไร อาบน้ำเองก็ไม่ได้)”

“อสม. ต้องรู้ลูกเหอ (อสม.ต้องทราบ) ทำได้ เหมือนที่หมอ...กับหมอ...(เอ่ยชื่อพยาบาลเวชปฏิบัติ 2 คน) สอน พาทำกับผู้ป่วยจริง ๆ อสม. ต้องทำให้ได้เรื่องแบ่งกลุ่ม ให้คะแนน เดินได้ไม่ได้ ทำไหรเองได้บ้าง 10 หัวข้อนั้น (10 กว่าข้อ)”

3.5 ในกรณีผู้สูงอายุที่ต้องการกายอุปกรณ์ เติงนอนป้องกันแผลกดทับ อสม.จะประสานงานกับ องค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ดังตัวอย่างข้อมูล

“เอ็นดูแหละผู้สูงอายุที่แกอยู่คนเดียว อสม.เราไม่ทิ้ง อย่างยาย...(เอ่ยชื่อผู้สูงอายุ) แกช่วยตัวเองได้ดี ยังแข็งแรง น่ว่าแข็งแรงหาเรา (อาจจะแข็งแรงกว่าเรา) ไปวัดทุกวันพระ งานบ้านใครมีไหร ไปเพ (บ้านเพื่อน บ้านมีงานอะไร ก็จะไปช่วย)”

“ของป้ามีผู้สูงอายุติดบ้าน 2 คน ยาย...และลุง...(เอ่ยชื่อผู้สูงอายุ 2 คน) เป็นเบาหวาน ความดัน เส้นเลือดตีบและ แขน ขา ซิกนิง (ซิกหนึ่ง) ที่อ่อนแรง ทำไหรเองได้ไม่มาก กินเองได้แหละ แต่ต้องเอาอาหารมาให้ เดินได้ในบ้าน แกพยาม (พยายาม)เดิน ใช้ที่เดินช่วย ทั้ง 2 คน เข้าโครงการระยะยาว ป้าเยี่ยมตามที่หมอวางแผน ช่วยทั้งผู้สูงอายุ ทั้งครอบครัว”

“ยาย (เอ่ยชื่อผู้สูงอายุ) แกฝึกเดิน แรก ๆ หมอ (เอ่ยชื่อนักกายภาพบำบัด) แกมาหัดให้ คราวนี้ (ปัจจุบัน) ลูกช่วยยุง (พุง) เดิน ทำทุกวัน ป้าก็ประสานไปที่ อบต.ว่าคนแก่เขาต้องใช้ที่หัดเดิน ให้ญาติไปทำเรื่อง ตอนนียายแกเดินเก่ง ใช้อุปกรณ์ที่ อบต.ให้มา”

4. ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุข ผลการสังเคราะห์ตัวแบบการดูแล ผู้สูงอายุ สามารถนำบทบาทของการดูแลมาถอดเป็นตัวแบบเชิงระบบในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง คือ 3As Care Model ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการการดูแล (Assessment: A) เนื่องด้วยสถานะทางสุขภาพของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเผชิญกับอาการของโรคเรื้อรังขึ้นอยู่กับพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บริบทด้านสังคม และจิตสังคม ซึ่งส่งผลต่อการดูแล ดังนั้น อสม. จำเป็นต้องมีความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จิตสังคม การเจ็บป่วยในอดีต สถานการณ์การเจ็บป่วยในปัจจุบัน ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและผู้ดูแล รวมถึงผลของการให้การดูแลที่ผ่านมา ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกของการกระบวนการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ และวางแผนต่อไป

4.2 ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก (Analysis: A) ขั้นตอนนี้ดำเนินการต่อเนื่องจากขั้นตอนที่ 1 โดยการแยกแยะ ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ในการพิจารณาความต้องการนั้น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กัน เพื่อทำความเข้าใจแต่ละส่วนให้ชัดเจนถึงความต้องการที่แท้จริง อันเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจในการให้การดูแลที่เหมาะสมทั้งต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแล

4.3 ขั้นตอนที่ 3 การให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วม (Action in Participate: A) ขั้นตอนนี้เป็นการวางแผนและปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแล โดยสามารถแบ่งขอบเขตของการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแลของครอบครัว ดังนี้

4.3.1 ด้านความต้องการในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นการตอบสนองความต้องการพื้นฐานที่ อสม. สามารถให้การดูแลได้ เช่น ดูแลกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การนวด ผ่อนคลาย การเป็นเพื่อนพูดคุย การดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อสม. ยึดหลักการดูแล อย่างมีส่วนร่วมกับผู้ดูแลหลัก โดยนำข้อมูลที่ประเมิน และวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 1 และ 2 มาร่วมวางแผนกับผู้ดูแล

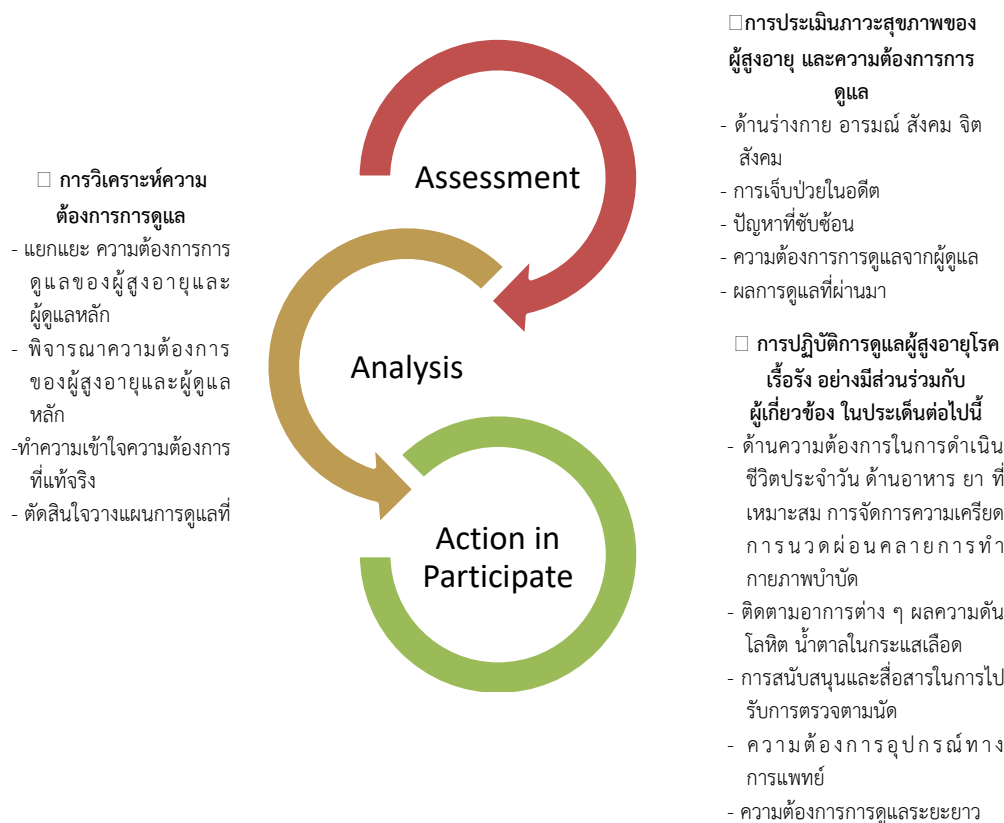
ถึงผลของแนวทางที่ผ่านมาและร่วมวางแผนแนวทางในการดูแลต่อไป เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุในการบรรเทาอาการ แก้ไขปัญหาความเจ็บป่วย ป้องกันการลุกลามของอาการ ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการเป็นที่ให้การปรึกษา พุดคุย

4.3.2 ด้านปัญหาที่ซับซ้อน อสม. ทำการคัดกรองโรคเรื้อรัง เมื่อมีความผิดปกติจะส่งต่อไปยัง พยาบาลเวชปฏิบัติ สำหรับผู้ที่มีโรคเรื้อรังแล้ว อสม. จะทำการประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น โดยการวัดความดันโลหิต วัดค่าน้ำตาลในกระแสเลือด รวมถึงประเมินความต้องการการดูแลเป็นระยะ ๆ ข้อมูลจากการประเมิน ภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแล และการวิเคราะห์ไปยังบุคลากรทางสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

4.3.3 กรณีผู้สูงอายุต้องการอุปกรณ์ทางการแพทย์ อสม. ประสานงานไปยังองค์การบริหาร ส่วนตำบล

4.3.4 กรณีเป็นความต้องการการดูแลระยะยาว อสม. นำข้อมูลสู่การดูแลรายกรณี โดย ประสานงานกับพยาบาลเวชปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จากตัวแบบ 3As Model ที่ได้จากการสังเคราะห์บทบาทของ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง สามารถนำมาอธิบายเป็นแผนภูมิความเชื่อมโยงของตัวแบบของ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ดังแผนภาพ ข้างล่าง



ภาพ 1 3As Care Model ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุข

อภิปรายผล

จากการศึกษาตัวแบบของการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ คณะผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยในประเด็นแนวปฏิบัติของ 3As Care Model ดังนี้

1. บทบาทของ อสม. ในการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่ได้รับการรักษา การเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุ การส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตาม

สถานะหรือกลุ่มสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทั้งกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง รวมถึงสนับสนุนครอบครัวให้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้เหมาะสมกับสภาพและปัญหาในแต่ละบุคคล การบันทึกข้อมูล การปฏิบัติงาน และนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุร่วมกับครอบครัว ความสามารถในการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รพ.สต. และองค์กรปกครองท้องถิ่นเพื่อส่งต่อผู้สูงอายุ หรือให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมตามสภาพปัญหาที่พบ

แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของ อสม. ในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอย่างบูรณาการแบบครบวงจร ที่จะนำเอาองค์กรทั้งในระดับครอบครัว และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมอย่างต่อเนื่อง ศักยภาพดังกล่าวเป็นผลจากสถานการณ์ด้านสุขภาพผู้สูงอายุในเขตความรับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านไม้แดงมีภาวะความดันโลหิตสูง และเบาหวานถึงร้อยละ 46.8 และการมีภาวะแทรกซ้อน ส่งผลกระทบให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เกิดทุพพลภาพตามมา เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต ทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงการดูแลที่เกินกำลังของสมาชิกครอบครัวที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุโดยลำพัง ประกอบกับการได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพประชาชน การเยี่ยมบ้าน การคัดกรองโรคต่าง ๆ ในผู้สูงอายุ จนเป็นที่ยอมรับของชุมชน ทำให้ อสม. ต้องใช้ความรู้ ความสามารถ แก้ปัญหาตามสถานการณ์ของผู้สูงอายุ และผู้ดูแล จึงเป็นโอกาสในการพัฒนาทักษะในระดับที่สามารถดำเนินการประเมิน และตัดสินใจได้ว่าควรให้การดูแลการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างไรให้เหมาะสม

2. การดูแลเชิงบูรณาการเป็นองค์รวมต่อเนื่องของ อสม. เป็นผลจากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และความต้องการการดูแลทั้งจากของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ในขั้นตอนที่ 1 ของรูปแบบ 3As Care Model ทำให้ อสม. มีข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการการดูแลด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จิตสังคม การเจ็บป่วยในอดีต ปัญหาที่ซับซ้อน ความต้องการการดูแลจากผู้ดูแล รวมถึงผลการดูแลที่ผ่านมา ข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและความต้องการการดูแลนี้ เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญของผู้สูงอายุรายบุคคลที่จะนำไปสู่กระบวนการ ในขั้นตอนที่ 2 และ 3 ของ 3As Care Model คือการวิเคราะห์ความต้องการการดูแล และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง

สามารถอธิบายได้ว่าการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและความต้องการการดูแลของ อสม. ในระยะที่ 1 นี้เป็นฐานให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการนำทรัพยากรจากชุมชนมาแก้ปัญหาคาดการณ์ผู้สูงอายุของชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่สามารถพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้สามารถคิดและแก้ปัญหาของชุมชนได้อย่างยั่งยืน (Phuphaibul, Watanasak, Jitramontree, Apanuntikul, Youngpradith, Sinsuksai, et al. (2012); Putjorn, Veranavin, Kheovichai, & Unaromlert (2016); Khorphon, Pankeaw, Sarobol, Sitthisongkram, Chaisrisawat, Chaisrisawat, et al. (2014); Phalasuek, Thanomchayathawatch, & Thonglert (2017)

3. การวิเคราะห์ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุ ในขั้นตอนที่ 2 ของ 3As Care Model สามารถอธิบายได้ว่าเป็นการทำความเข้าใจเพื่อแยกแยะความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก เพื่อการตัดสินใจวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมตามบริบทของผู้สูงอายุเองและผู้ดูแล ของ อสม. อันเป็นการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยค้นหาเหตุผลอันเป็นที่มาของพฤติกรรมของผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่ อสม. ประเมินผลการให้การดูแลที่ผ่านมา ความสามารถและอุปสรรคของผู้ดูแลหลักทำให้มีผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ดังเช่นข้อมูลจากผู้ดูแลหลักเปลี่ยนความคิดลดความวิตกกังวล และกลัวผลกระทบที่รุนแรงจากการหกล้ม หลังจากการได้รับคำปรึกษาจาก อสม. จึงเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเดินเองเป็นการแสดงถึงความใส่ใจ การเห็นความสำคัญของความคิด ปัญหา อุปสรรค ในการดูแลตามบริบทของผู้สูงอายุและผู้ดูแลของ อสม. ที่ครอบคลุมด้านจิตสังคม การแก้ปัญหาด้านจิตสังคมในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จึงแสดงให้เห็นถึงจุดเน้นของการดูแลที่เป็นองค์รวมที่ไม่มุ่งเน้นเฉพาะด้านชีวภาพ หรือสาเหตุและอาการของโรคอันส่งผลให้ผู้สูงอายุและครอบครัวตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลจนลดปัญหาลงได้

การให้ความสำคัญกับสาเหตุของปัญหาในด้านจิตสังคมนี้ แสดงถึงการเคารพในสิทธิและความแตกต่างของบุคคล ทำให้ อสม. แก้ปัญหาได้ตรงจุด จะส่งผลให้ผลการดูแลดีขึ้น สอดคล้องกับการสรุปแนวคิดของการดูแลสุขภาพว่าการดูแลสุขภาพของมนุษย์นั้นต้องดูแลแบบเป็นองค์รวมที่ครอบคลุมและเชื่อมโยง ทั้งการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญาของผู้ใช้บริการ มิใช่มุ่งเน้นแต่การดูแลทางด้านร่างกายหรือดูแล “โรค” และ “ความพิการ” อย่างเดียวเท่านั้น และมุมมองของผู้ใช้บริการให้ความหมายของการดูแลอย่างเท่าเทียม ด้วยการยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล ว่าเป็นการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีต่อผู้ใช้บริการ (Wisawatapnimit, & Turner, 2017)

4. การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วมกับผู้เกี่ยวข้องของ อสม. ในขั้นตอนที่ 3 ของ 3As Care Model เป็นการตอบสนองความต้องการในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ด้านการรับประทานอาหาร การได้รับยาที่เหมาะสม การจัดการความเครียด การนอนหลับพักผ่อน การทำกายภาพบำบัด การติดตามอาการต่าง ๆ ได้แก่ ค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด การสนับสนุนและสื่อสารการไปรับการตรวจตามนัด ความต้องการอุปกรณ์ทางการแพทย์ และความต้องการการดูแลระยะยาว แสดงถึงความสามารถของ อสม. ในการสนับสนุนการจัดการโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง โดยการทำหน้าที่ที่สำคัญ ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม อารมณ์ และจิตสังคมให้เชื่อมโยงไปยังการจัดการทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรค อันเป็นการจัดการความเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ เพื่อเลือกทางเลือกในการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพให้เหมาะสม สามารถป้องกันความรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนของโรค สอดคล้องกับสอดคล้องกับผลการศึกษาการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเทศบาลเมืองรังสิต อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง (Yamsri, 2010) พบว่า บทบาทอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน คือการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ให้คำแนะนำและให้กำลังใจด้านสังคมคือให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมตามความเหมาะสม ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ด้านเศรษฐกิจ เกื้อหนุนเรื่องสิ่งของอุปโภคบริโภค ปัญหาความต้องการดูแลของผู้สูงอายุ คือด้านร่างกายไม่แข็งแรง เจ็บป่วยง่าย ไม่คล่องตัว เคลื่อนไหวร่างกายไม่สะดวก ด้านจิตใจรู้สึกถูกทอดทิ้ง ขาดคนเอาใจใส่ดูแล วิตกกังวล เครียดเรื่องสุขภาพ

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนตำบลบางชะแยง อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี พบว่า ผลของระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีเป้าหมายเพื่อป้องกันผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งระบบนี้มีระบบการดูแลตนเอง ระบบการส่งต่อ การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ เป็นองค์ประกอบย่อย (Winitorn, Tangchitmeti, Yuenyong, & Panbun, 2015) และสอดคล้องกับผลการศึกษาตัวแบบของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ตัวแบบเชิงระบบในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ซึ่งพบว่า ตัวแบบที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ ต้องประกอบด้วย การค้นหาความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุ การประเมินความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ การจัดการ และการประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุ (Phalasuek, & Thanomchayathawatch, 2017)

นอกจากนี้ การที่ อสม. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เป็นการส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวให้เกิดความตระหนัก และเรียนรู้การแก้ปัญหาคาดการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ส่งผลให้มีผู้ดูแลมีความรอบรู้ทางสุขภาพ สามารถจัดการปัญหาสุขภาพในครอบครัวได้ สอดคล้องกับการศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่า การเปิดโอกาสให้ชุมชนวิเคราะห์ปัญหา และแนวทางในการแก้ปัญหา รวมถึงการร่วมกันพิจารณา แนวทางในการแก้ปัญหา เป็นการสร้างพลังอำนาจและเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม การขับเคลื่อน ความตระหนักในการพัฒนาเพื่อการบรรลุเป้าหมายที่ดีขึ้นในการ ดำรงชีวิตให้เกิดความสมดุลและความเข้มแข็งของวิถีตนเองในที่สุด (Phalasuek, Thanomchayathawatch, & Thonglert, 2017)

5. การดำเนินการตามบทบาทหลักของ อสม. ในตัวแบบ 3As Care Model ประกอบ การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการประเมินภาวะสุขภาพ การวิเคราะห์สภาพปัญหา การให้การดูแลแบบบูรณาการครบวงจรอย่างเป็นองค์รวม การให้คำแนะนำ การบันทึกผลการปฏิบัติงาน การประสานงาน การสร้างพลังอำนาจ การเฝ้าระวังการ

พิทักษ์สิทธิ์ สอดคล้องกับการศึกษาบทบาทของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในกระบวนการจัดการดูแลผู้สูงอายุรายแบบรายกรณี: กรณีศึกษา ต.บางสีทอง จ.นนทบุรี (Meankerd, 2017) พบว่าอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุทำการดูแลผู้สูงอายุแบบรายกรณี มีบทบาทในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์สภาพปัญหา การให้การดูแล การให้ความรู้และคำแนะนำ การประสานงาน การเสริมพลังอำนาจ การพิทักษ์สิทธิ์ แต่มีความแตกต่างกันที่การศึกษาบทบาทอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุแบบรายกรณี: กรณีศึกษา ต.บางสีทอง จ.นนทบุรี ไม่ครอบคลุมการดูแลทางสังคม โดยบริบททางสังคมส่งผลต่อการค้นหาเครือข่ายที่สนับสนุนและส่งเสริมการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

6. ผลของ 3As Care Model ทำให้ผู้ดูแลหลัก มีความเข้าใจความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ เป็นการส่งเสริมความเข้มแข็งของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และสามารถทำให้เกิดต้นแบบของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อไปได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาระบบการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพพอเพียงในชุมชน (Phuphaibul, Watanasak, Jitramontree, Apanuntikul, Youngpradith, Sinsuksai, et al. (2012) พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน สร้างความเข้าใจความต้องการของชุมชน ทำให้เกิด ความมั่นใจ กล้าคิด กล้าทำ และจะนำไปสู่ความเข้มแข็งของชุมชนในอนาคต สามารถยับยั้งการสร้างต้นแบบในการพัฒนาชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

การนำผลวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยพบว่า ตัวแบบ 3As Care Model ทำให้ อสม. สามารถดูแลผู้สูงอายุเป็นองค์รวมแบบบูรณาการครบวงจร ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ บุคลากรสาธารณสุข จึงควรนำตัวแบบนี้ไปใช้เป็นแนวทางการเรียนรู้เพื่อยกระดับความสามารถของ อสม. ครอบครัวและแกนนำหมู่บ้านการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

2. อสม. ควรได้รับการพัฒนาทักษะ 3As Care Model ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและครอบครัว รวมถึงการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วมกับผู้เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง

3. ผลการวิจัยพบว่ากระบวนการของ 3As Care Model มีผลกระทบเชิงบวกต่อการเรียนรู้การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วมของครอบครัวในการแก้ปัญหาและพึ่งตนเอง ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขของ รพ.สต.บ้านไม้แดง จึงควรนำตัวแบบนี้ ไปใช้ในการพัฒนาภาวะสุขภาพในมิติอื่น ๆ ในพื้นที่ให้ครอบคลุมการดูแลประชากรทุกกลุ่มวัย รวมถึงควรมีการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง และขยายไปยังชุมชนอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำตัวแบบ 3As Care Model ไปปฏิบัติและทำการศึกษาเชิงปริมาณ เกี่ยวกับประสิทธิผล ที่เกิดขึ้นจากการของตัวแบบนี้ และค้นหาปัจจัยที่อิทธิพลต่อการนำต้นแบบ 3As Care Model ไปใช้

References

- Amsamai, S., Mhuansit, R. & Thongmag, J. (2013). An Elderly Care Model among Caregiving Volunteers at Phukrang Municipality, Amphur Praputthabat, Saraburi Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 22(3), 77-87. (in Thai)
- Fisher, E., Boothroyd, R., Coufal, M., Baumann, L., Mbanya, J., Rotheram-Borus, M., et al. (2012). *Peer Support for Self-Management of Diabetes Improved Outcomes in International Settings*. Retrieved August 13, 2017 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22232103>.

- Khorphon, S., Pankeaw, J., Sarobol, T., Sitthisongkram, S., Chaisrisawat, S., Chaisrisawat, et al. (2014). Use of Participatory Action Research (PAR) in Preventing and Solving Problems Caused by Alcohol Consumption in the Community of Nong Toa Kammai Village, Pa Phai Sub-District, San Sai District, Chiang Mai Province. *Journal of Community Development and Life Quality*, 2(3), 313-324. (in Thai)
- Meankerd, W. (2017). Role of the Elderly Care Volunteer in Elderly Care Process for Case Management: A Case Study of Bang Si Thong Sub-district, Nonthaburi Province. *Journal of Graduate Volunteer Centre*, 14(1), 38-76. (in Thai)
- Miller, W. L., & Crabtree, B. F., (1992). Primary Care Research: A Multimethod Typology and Qualitative Road Map. In B. F. Crabtree & W. L., Miller (Eds.), *Doing Qualitative Research* 3-28. Newbury Park: SAGE.
- Phalasuek, R. & Thanomchayathawatch, B. (2017). A Family Model for Older People Care. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(3), 135-150. (in Thai).
- Phalasuek, R., Thanomchayathawatch, B., & Thonglert, D. (2017). A Community Participation Process in Teenage Pregnancy Prevention. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(2), 256-267. (in Thai)
- Phromphat, C. (2013). *Aging Society in Thailand*. Retrieved August 15, 2017 from http://library.senate.go.th/document/Ext6078/6078440_0002.PDF/.
- Phuphaibul, R., Watanasak, S., Jitramontree, N., Apanuntikul, M., Youngpradith, A., Sinsuksai, N., et al. (2012). Development Process for Sufficiency Health in Community. *Journal of Nursing Science & Health*, 35(1), 28-37. (in Thai)
- Putjorn, T., Veranavin, L., Kheovichai, K. & Unaromlert, T. (2016). Participatory Action Research in Community-Based Tourism Management for Sustainable Community Development at Salakkhok, Trat Province. *Journal of Liberal Arts, Prince of Songkla University*, 5(2), 102-117. (in Thai)
- Winitorn, N., Tangchitmeti, P., Yuenyong, N., & Panbun, S. (2015). The Development of Chronic Care Model for Urban Older Adults by Community Participation: A Case Study of Bangkhayaeng Community, *Journal of Nursing and Education*, 8(3), 14-32. (in Thai)
- Wisawatapnimit, P & Turner, K. (2017). Holistic and Humanized Health Care: A Case Study of HIV/AIDS Patients at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. *Journal of Health Systems Research*, 11(3), 401-413. (in Thai).
- Yamsri, R. (2010). *The Public Health Volunteer Development in Rangsit Municipality, Thanyaburi District Pathum-Thani Province In Caring for Elderly People with Chronic Diseases*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Master of Public Administration Faculty of Public Management, Khonkaen: Khonkaen University. (in Thai)

ประสิทธิผลของโปรแกรม CHIRP FAST ต่อความรู้ การรับรู้ ความคาดหวัง
และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
The Effectiveness of CHIRP FAST Program on Knowledge, Perception,
Efficacy and Protective Behavior of Cerebrovascular Disease
in Village Health Volunteers

พรพิมล อมรวาทีน¹, บุปผา รักษานาม^{2*}, นงนารถ สุขลิ้ม² และ สุขุมภรณ์ ศรีวิศิษฐ์²
Pornpimol Amornwathin¹, Buppha Raksanam^{2*}, Nongnart Sooklim² and Sukhumaphorn Sriwisit²
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาล้าน¹, วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง^{2*}
Khao Lan Health Promoting Hospital¹, Sirindhorn College of Public Health, Trang^{2*}

(Received: April 23, 2019; Revised: September 06, 2019; Accepted: September 09, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม CHIRP FAST ต่อความรู้ การรับรู้ ความคาดหวัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลคลองชีล้อม อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อสม. ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองชีล้อม จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มทดลอง และ อสม. ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางหมาก จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มควบคุม ดำเนินโปรแกรม CHIRP FAST โดยเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนกันยายน ถึงพฤศจิกายน 2561 ใช้เครื่องมือในการวิจัย 2 ชุด ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ สมุดให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และโปรแกรม CHIRP FAST จำนวน 1 ชุด และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ การรับรู้ ความคาดหวัง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Paired t-test, Wilcoxon signed rank test, Independent t-test, Mann-Whitney U test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า

หลังการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ($p < 0.001$) การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ($p = 0.012$) และพฤติกรรมการป้องกันโรค ($p = 0.028$) และคะแนนเฉลี่ยด้านที่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความคาดหวังในการป้องกันโรค ($p = 0.463$) และผลการศึกษาในกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมทุกด้านไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ($p = 0.245$) การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ($p = 0.280$) ความคาดหวังในการป้องกันโรค ($p = 0.787$) และพฤติกรรมการป้องกันโรค ($p = 0.501$)

ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรม CHIRP FAST ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ การรับรู้ ความคาดหวัง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในทางที่ดีขึ้น สามารถนำโปรแกรมนี้ไปพัฒนาเพื่อประยุกต์ใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือสถานบริการสุขภาพอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: ผลของโปรแกรม CHIRP FAST, โรคหลอดเลือดสมอง, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Buppha@scphtrang.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 075-291-540-2 ต่อ 221)

Abstract

The objective of this quasi-experimental research was to study the effectiveness of CHIRP FAST program on knowledge, perception, efficacy and protective behavior on cerebrovascular disease in village health volunteers. Study was conducted in Khlongchilom community, Kantang, Trang Province, between September and November 2018. Thirty health volunteers from Khlongchilom community (study group) and 30 health volunteers from Bangmark community (control group) were randomly recruited with support from community leaders. The research instruments were: 1) the CHIRP FAST program, 2) knowledge questionnaire, 3) perception questionnaire, 4) efficacy questionnaire, and 5) protective behavior of cerebrovascular disease questionnaire. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, Paired T-test, Wilcoxon signed rank test, Independent T-test, and Mann-Whitney U test.

Results revealed that after 4 weeks of CHIRP FAST Program, there were significant improvements in the scores on knowledge ($p < 0.001$), perception ($p = 0.012$) and protective behavior ($p = 0.028$). The participants in the study group had significantly higher scores in knowledge, perception, efficacy, and protective behavior of cerebrovascular disease after receiving the intervention. While the mean scores in the control group between the pretest and post-test showed no significant improvements ($P < 0.05$). There were significant differences in all scores between study group and control group ($p < 0.05$). These findings indicated that a CHIRP FAST program could improve to knowledge, perception, efficacy and protective behavior of cerebrovascular disease in these village health volunteers. This program can be developed to be applied to other target groups with a risk of cerebrovascular disease or any other health care facilities. However, the program can be expected to vary across regions due to differences in origin and cultural diversity.

Keywords: CHIRP FAST Program, Cerebrovascular Disease, Village Health Volunteers

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทุกประเทศ พบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก ใน ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 17 ล้านคน (World Stroke Organization, 2017) ผู้ที่มีชีวิตรอดจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากได้รับผลกระทบทั้งทางด้านสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม ในประเทศไทยมีอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมของประเทศไทย ในปี 2555-2559 เท่ากับ 31.7, 36.13, 38.66, 43.28 และ 48.7 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, 2560) นอกจากนี้การเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการตายสูงที่สุดใน 5 โรคไม่ติดต่อสำคัญ ทั้งนี้พบวาระหว่างปี 2555 – 2559 อัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 31.7 ต่อแสนประชากรในปี 2555 เป็น 48.7 ต่อแสนประชากรในปี 2559 ซึ่งอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงการเสียชีวิตสูงที่สุดอยู่ภายในเขตสุขภาพที่ 12 (Center for the Study of Department of Disease Control, 2017) ในจังหวัดตรัง อัตราการตายของประชาชนด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับที่ 3 ของสาเหตุการเสียชีวิตรองลงมาจากโรคมะเร็งและหัวใจขาดเลือด และมีแนวโน้มสูงขึ้นเนื่องมาจากการเข้ารับบริการหลังเกิดอาการของโรคดังกล่าวล่าช้าไม่ทันการทำให้เกิดการเสียชีวิตและพิการเพิ่มขึ้น โดยอำเภอที่มีสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับที่ 3 คืออำเภอกันตัง 1 ต่อพันประชากร (Trang Provincial Public Health Office, 2016) รองลงมาจากอำเภอย่านตาขาวและอำเภอหาด

สำราญ แต่เมื่อเปรียบเทียบอุบัติใหม่ของโรคหลอดเลือดสมองพบว่า อำเภอกันตังมีอุบัติใหม่ของโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า โดยเพิ่มขึ้นจาก 11.55 ต่อแสนประชากรในปี 2558 เป็น 59.13 ต่อแสนประชากรในปี 2559 และภายในอำเภอกันตัง ตำบลที่มีสถิติการเจ็บป่วย ด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงที่สุดคือ ตำบลคลองชีล้อม 4 ต่อพันประชากร ประชากร (Trang Provincial Public Health Office, 2016)

โรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทตามลักษณะที่เกิด คือ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน และโรคหลอดเลือดสมองแตก โดยปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง ภาวะอ้วน การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ คือ อายุ พันธุกรรม ชาติพันธุ์ ประวัติญาติสายตรงเคยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Prasansorn, & Pearkao, 2013) สำหรับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เกิดขึ้นประมาณ 5-10 นาทีและหายเป็นปกติได้ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งแบ่งอาการเตือนเป็น 5 อาการดังนี้ คือ 1) อาการชาและอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขา ในร่างกายซีกใดซีกหนึ่งอย่างทันทีทันใด 2) อาการสับสน พูดลำบากหรือพูดไม่รู้เรื่องอย่างทันทีทันใด 3) อาการตาพร่ามัว 1 หรือ 2 ข้างอย่างทันทีทันใด 4) อาการเดินเซ เดินลำบาก หรือสูญเสียความสามารถในการทรงตัวและการทำงานประสานกันของแขนขาอย่างทันทีทันใด และ 5) อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุอย่างทันทีทันใด (Kumpangkaew, Somboontanont, & Leelahakul, 2015) พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและป้องกันโรคหลอดเลือดซึ่งประกอบด้วย 1) การควบคุมน้ำหนัก 2) การรับประทานอาหาร 3) การออกกำลังกาย 4) การลดความเครียด 5) การงดหรือลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 6) การงดสูบบุหรี่หรืออยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ 7) การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และ 8) การตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ (Kumpangkaew, Somboontanont, & Leelahakul, 2015)

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Dunn & Rogers (1986) ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติ และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง กล่าวถึงการที่บุคคลประเมินข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้หรือประสบการณ์ทางสุขภาพและให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคาม การรับรู้ความรุนแรงของโรคทำให้เกิดความกลัวต่อการที่เป็นโรคนั้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคทำให้เกิดความเชื่อหรือรู้สึกว่าการที่กำลังตกอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายส่งผลต่อขบวนการของบุคคลเพื่อใช้คิดแก้ปัญหาในสิ่งที่กำลังคุกคามอยู่ โดยสร้างความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเป็นการแสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง หลีกเลี่ยงอันตรายที่กำลังคุกคามสุขภาพ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคทำให้เกิดการตัดสินใจความสามารถของตนเองของการจัดการและแสดงพฤติกรรมของบุคคลเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ (Dunn & Rogers, 1986)

ตามนโยบายด้านสุขภาพของประเทศไทยที่เน้นให้ประชาชนทั้งกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยการที่ประชาชนจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมได้นั้นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ใส่ใจสุขภาพของตนเองก่อน ด้วยกลวิธีที่เน้นการให้ความรู้ทางสุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับการแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยและความพิการของสาเหตุโรคหลอดเลือดสมองได้นั้นต้องอาศัยความสามารถทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุขที่ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยการอาศัยระบบสุขภาพเชิงรุกในยุครังพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาศัยประชาชนเป็นศูนย์กลาง ในการทำงานเชิงรุกบุคคลเป็นสิ่งสำคัญที่สุด จัดเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะการให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ที่มาจากประชาชนภายในตำบลที่อาศัยอยู่ โดย อสม.เป็นผู้มีความสำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย เป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพ และเป็นแกนนำในการสร้างสุขภาพ

คนในครอบครัวและชุมชน โดยการสื่อสาร สร้างสุขภาพ พร้อมกับเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในชุมชน (Department of Health Service Support, 2013)

จากปัญหาดังกล่าว อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในตำบลคลองชีล้อม ยังมีความจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบโปรแกรมทั้งทางด้านความรู้ การรับรู้ ความคาดหวัง และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านสามารถเป็นได้ทั้งประชาชนกลุ่มสุขภาพดีและกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบกับยังไม่มีเคยมีใครศึกษาประเด็นดังกล่าวในชุมชนแห่งนี้มาก่อน การสร้างรูปแบบความรู้เพื่อสร้างพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงมีความจำเป็นอย่างมากที่ต้องเร่งแก้ปัญหาในพื้นที่นี้

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงศึกษาผลของโปรแกรม CHIRP FAST ต่อความรู้ การรับรู้ ความคาดหวัง และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลคลองชีล้อม อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ตามแนวคิดของ Dunn, & Rogers (1986) ชื่อของโปรแกรม CHIRP FAST ได้แนวคิดมาจากชื่อของโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease) ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง (Hemorrhagic Stroke และ Ischemic Stroke) ปัจจัยเสี่ยง (Risk) วิธีการป้องกันโรค (Prevention) และอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง (FAST: FACE, ARM, SPEECH, TIME) ซึ่งโปรแกรม ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 4 สัปดาห์ คือ 1) สร้างสัมพันธภาพ โรคหลอดเลือดสมองคืออะไร 2) ป้ายคำบอกใบ้ ปัจจัยเสี่ยง ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3) กายบริหารด้วยผ้า ห้างไกลโรค อสม.ต้องทำได้ และ 4) อสม.ต้นแบบในการดูแลสุขภาพ ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้ การรับรู้ ความคาดหวัง และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนในพื้นที่ ซึ่งจะช่วยส่งผลดีต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยรวมต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

1.1 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม CHIRP FAST ต่อความรู้ การรับรู้ ความคาดหวัง และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลคลองชีล้อม อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม CHIRP FAST

2.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม CHIRP FAST

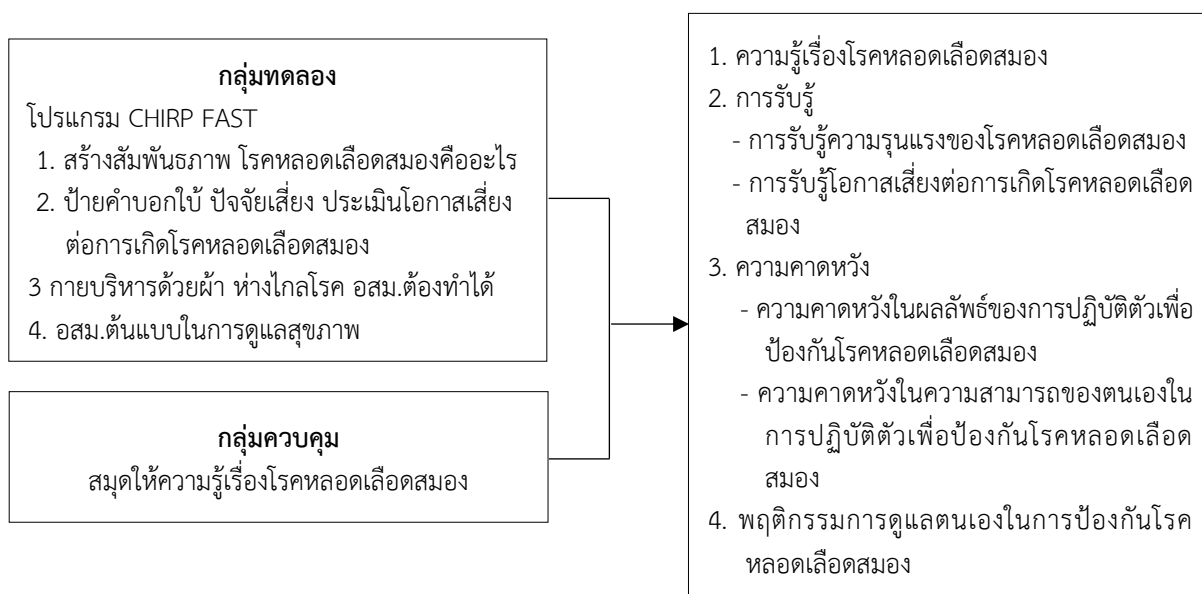
สมมติฐานวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกับก่อนได้รับโปรแกรม

2. คะแนนเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกับกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Dunn & Rogers, 1986) ได้แนวคิดมาจากชื่อของโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease) ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง (Hemorrhagic stroke และ Ischemic stroke) ปัจจัยเสี่ยง (Risk) วิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Prevention) อาการเตือน (FAST: FACE, ARM, SPEECH, TIME) ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลัง (Two Group Pretest-Posttest Quasi-Experimental Research) เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ เดือนกันยายน - พฤศจิกายน 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือ อสม.ตำบลคลองชีล้อม และ อสม. ตำบลบางหมาก อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง รวมทั้งหมด จำนวน 203 คน โดยเป็น อสม. ตำบลคลองชีล้อม อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง จำนวน 111 คน และ เป็น อสม. ตำบลบางหมาก อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง จำนวน 92 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ อสม.ตำบลคลองชีล้อม และ อสม. ตำบลบางหมาก อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง รวมทั้งหมด 60 คน โดย กลุ่มทดลอง ได้แก่ อสม. ของรพ.สต. คลองชีล้อม จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม ได้แก่ อสม. ของรพ.สต. บางหมาก จำนวน 30 คน เลือก รพ.สต. ด้วยวิธีคัดเลือกแบบจำเพาะจง และสุ่มกลุ่มตัวอย่าง อสม.เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยกลุ่มตัวอย่างต้องเป็น อสม. ในพื้นที่อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง อายุ 18-60 ปี ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความยินดีในการเข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ สมุดให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และ 2) โปรแกรม CHIRP FAST จำนวน 1 ชุด 4 สัปดาห์ ครั้งละ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ โรคหลอดเลือดสมองคืออะไร และการสอนด้วยวิดีโอเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ครั้งที่ 2 กิจกรรมป้ายคำบอกใบ้ ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง และประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของตนเอง

ครั้งที่ 3 กายบริหารด้วยผ้า ห้างไกลโรคหลอดเลือดสมอง และ 3อ.2ส. อสม. ต้องทำได้

ครั้งที่ 4 กิจกรรม อสม.ต้นแบบในการดูแลสุขภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 3) แบบสอบถามการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงของโรค 4) แบบสอบถามความคาดหวังในการป้องกันโรค และ 5) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำ ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว โรคประจำตัว ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 16 ข้อ ลักษณะแบบเลือกตอบถูก ผิด และไม่แน่ใจ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด และไม่แน่ใจให้ 0 คะแนน การแปลผลแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1968) ได้แก่ คะแนนร้อยละ ≥ 80 (≥ 13 คะแนน) ระดับสูง คะแนนร้อยละ 60-79 (10-12 คะแนน) ระดับปานกลาง และคะแนนร้อยละ < 60 (น้อยกว่า 10 คะแนน) ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนการประมาณค่า ข้อคำถามมีทั้งด้านบวก และด้านลบ แบบเลือกตอบ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ การแปลผล แบ่งระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เป็น 5 ระดับ (Best, 1977) คือ คะแนน 4.21 - 5.00, 3.41 - 4.20, 2.61 - 3.40, 1.81 - 2.60 และ 1.00 - 1.80 ตามลำดับ หมายถึงการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับดีมาก ดี ปานกลาง น้อย และน้อยมาก ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 18 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนการประมาณค่า ข้อคำถามมีทั้งด้านบวก และด้านลบ มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ การแปลผล แบ่งระดับความคาดหวังในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็น 5 ระดับ (Best, 1977) คือ คะแนน 4.21 - 5.00, 3.41 - 4.20, 2.61 - 3.40, 1.81 - 2.60 และ 1.00 - 1.80 ตามลำดับ หมายถึงระดับความคาดหวังในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 18 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนการประมาณค่า เพียงคำตอบเดียว คือปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นส่วนมาก บางครั้ง ส่วนน้อย และไม่เคยปฏิบัติเลย การแปลผลความหมายของคะแนน (Best, 1977) ดังนี้ คือ คะแนน 4.21 - 5.00, 3.41 - 4.20, 2.61 - 3.40, 1.81 - 2.60 และ 1.00 - 1.80 ตามลำดับ หมายถึงระดับคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ และสาธารณสุขศาสตร์ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของโปรแกรม แบบทดสอบ และแบบสอบถาม คำนวณค่า IOC โดยค่าเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือด

เลือดสมอง เท่ากับ 0.98 ด้านการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงของโรค เท่ากับ 0.80 ด้านความคาดหวังในการป้องกันโรค เท่ากับ 1.00 และด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 1.00 จากนั้นนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับ อสม. ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรังจำนวน 20 คน ได้ผลดังนี้ แบบทดสอบด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.86 แบบสอบถามด้านการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงของโรค เท่ากับ 0.89 แบบสอบถามด้านความคาดหวังในการป้องกันโรค เท่ากับ 0.94 และแบบสอบถามด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.71

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ เดือนกันยายน - พฤศจิกายน 2561 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ก่อนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ประชุมวางแผนและการฝึกอบรมผู้ช่วยผู้วิจัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างราบรื่น หลังจากนั้น ทีมนักวิจัยเข้าพบ กลุ่มตัวอย่าง อสม. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย และนัดหมายวันเวลาในการดำเนินการวิจัย
2. การดำเนินโปรแกรม โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม Pre-test ในสัปดาห์ที่ 1 และ Post-test ในสัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามครั้งละ 20 นาที ดำเนินโปรแกรม CHIRP FAST ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละประมาณ 2 ชั่วโมง
3. สำหรับกลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลก่อนเริ่มการศึกษาโดยทำแบบสอบถาม Pre-test ในสัปดาห์ที่ 1 และ Post-test ในสัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามครั้งละ 20 นาที และแจกสมุดให้ความรู้ เรื่องโรคหลอดเลือดสมองในสัปดาห์ที่ 1 และเก็บข้อมูลอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ภายในกลุ่มทดลอง ด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired T-test ด้านการรับรู้ ความคาดหวัง และพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank test สำหรับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยสถิติ Paired T-test วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ และความคาดหวังในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank test
3. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ด้านความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test ด้านความคาดหวัง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม วิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test ด้านการรับรู้ ความคาดหวัง และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test การศึกษานี้ทดสอบกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test

จริยธรรมวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เลขที่จริยธรรมวิจัย 034/2561 ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ในการศึกษาเท่านั้น และข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.70 อายุเฉลี่ย 52.07 ปี ($SD=8.96$) น้ำหนักเฉลี่ย 63.82 กิโลกรัม ($SD=10.46$) ส่วนสูงเฉลี่ย 158.83 เซนติเมตร ($SD=5.86$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 86.70 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 73.30 และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 66.70

ในกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.30 อายุเฉลี่ย 52.97 ปี ($SD=9.76$) น้ำหนักเฉลี่ย 62.53 กิโลกรัม ($SD=10.25$) ส่วนสูงเฉลี่ย 158.27 เซนติเมตร ($SD=8.37$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 43.30 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 86.70 และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.00

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ ความคาดหวัง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ระดับคะแนน	คะแนนเต็ม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		p
		M	SD	M	SD	
กลุ่มทดลอง						
ความรู้	16	10.53	2.06	13.20	1.42	$<0.001^a$
การรับรู้	5	4.03	0.48	4.33	0.51	0.012^b
ความคาดหวัง	5	4.14	0.41	4.21	0.37	0.463^b
พฤติกรรมการป้องกันโรค	5	3.83	0.68	4.21	0.59	0.028^b
กลุ่มควบคุม						
ความรู้	16	11.13	2.21	11.67	2.43	0.245^a
การรับรู้	5	3.94	0.41	3.82	0.49	0.280^b
ความคาดหวัง	5	4.17	0.39	4.14	0.36	0.787^b
พฤติกรรมการป้องกันโรค	5	4.03	0.58	3.96	0.61	0.501^a

หมายเหตุ: ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ^aPaired T-test, ^bWilcoxon Signed rRank test

จากตาราง 1 พบว่า ในกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ($p<0.001$) การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ($p=0.012$) และพฤติกรรมการป้องกันโรค ($p=0.028$) และด้านที่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความคาดหวังในการป้องกันโรค ($p=0.463$) ในกลุ่มควบคุมพบว่าทุกด้านไม่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ($p=0.245$) การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ($p=0.280$) ความคาดหวังในการป้องกันโรค ($p=0.787$) และพฤติกรรมการป้องกันโรค ($p=0.501$)

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ ความคาดหวัง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ระดับคะแนน	คะแนน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p
	เต็ม	M	SD	M	SD	
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม						
ความรู้	16	10.53	2.06	11.13	2.21	0.281 ^a
การรับรู้	5	4.03	0.48	3.94	0.41	0.424 ^a
ความคาดหวัง	5	4.14	0.41	4.17	0.39	0.614 ^b
พฤติกรรมการป้องกันโรค	5	3.83	0.68	4.03	0.58	0.221 ^a
หลังเข้าร่วมโปรแกรม						
ความรู้	16	13.20	1.42	11.67	2.43	0.004 ^a
การรับรู้	5	4.33	0.51	3.82	0.49	<0.001 ^b
ความคาดหวัง	5	4.21	0.37	4.14	0.36	0.512 ^b
พฤติกรรมการป้องกันโรค	5	4.21	0.59	3.96	0.61	0.112 ^b

หมายเหตุ: ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ^aPaired T-test, ^bWilcoxon Signed Rank test

จากตาราง 2 พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยทุกด้านไม่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ($p = 0.281$) การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ($p=0.424$) ความคาดหวังในการป้องกันโรค ($p = 0.614$) และพฤติกรรมการป้องกันโรค ($p=0.221$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ($p=0.004$) และการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ($p<0.001$) และด้านที่ไม่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ ความคาดหวังในการป้องกันโรค ($p=0.512$) และพฤติกรรมการป้องกันโรค ($p=0.112$)

อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม CHIRP FAST คะแนนเฉลี่ยด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ โปรแกรม CHIRP FAST ประกอบไปด้วยกิจกรรมที่มีแนวคิดมาจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ตามแนวคิดของ Dunn, & Rogers (1986) ร่วมทำกิจกรรมด้วยกระบวนการจัดการเรียนรู้ เมื่อ อสม.ได้เรียนรู้ร่วมกันผ่านกิจกรรมรูปแบบต่าง ๆ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกันอภิปราย และได้ลงมือปฏิบัติร่วมกัน ควบคู่ไปกับการดูสื่อวีดิทัศน์ประกอบสามารถเชื่อมโยงสิ่งที่ได้เรียนรู้เข้ากับชีวิตของตนเอง มีการแจ่มชัดให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองที่มีควอาร์โค้ดสามารถสแกนข้อมูลเก็บไว้ทำให้สามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลาตามที่ อสม.ต้องการ ด้านการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ผู้วิจัยได้ให้ อสม.แบ่งเป็นกลุ่มเพื่อเล่นเกมส่ายคำบอกใบ้ ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพื่อร่วมกันระดมความคิดในการแยกปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ และปัจจัยที่ไม่สามารถป้องกันได้ ให้ อสม.ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของตนเองในระยะ 10 ปีข้างหน้าจากสมุดให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองทำให้ อสม. สามารถประเมินข้อมูลที่และให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคาม และด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้นำวิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้วย 3อ.2ส. มาประยุกต์ใช้โดยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้การฝึกกายบริหารผ้า แล้วให้ตัวแทน อสม.ออกมานำฝึกกายบริหารผ้า พร้อมให้รางวัลกับผู้ที่ทำท่ากายบริหารถูกต้อง อีกทั้งยังมีการเชิญ อสม.ดีเด่นด้านการส่งเสริมสุขภาพ ปี 2561 เป็นต้นแบบในด้านการดูแลสุขภาพมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการทำน้ำผักผลไม้เพื่อสุขภาพและให้ อสม.ร่วมทำน้ำผลไม้ปั่นเพื่อสุขภาพร่วมกัน เมื่อ อสม.ได้รับความรู้ ประสบการณ์ ร่วมลงมือทำและให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคทำให้

เกิดความกลัวต่อการที่เป็นโรคนั้น พร้อมทั้งสร้างความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคทำให้เกิดการตัดสินใจความสามารถของตนเองของการจัดการและแสดงพฤติกรรมของบุคคลเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pattanaporkrattan (2015); Sompol, Rawiworakul, & Kirdmongkol, (2017); Noktajun (2016)

ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม CHIRP FAST คะแนนเฉลี่ยด้านความคาดหวังไม่มีความแตกต่างกัน อาจเนื่องมาจาก อสม. ยังไม่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ถึงแม้ อสม. จะมีความเชื่อว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำจาก อสม. ต้นแบบจะทำให้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อยลง แต่ถ้าขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติก็จะไม่สามารถช่วยให้เขากระทำได้ ดังนั้นการเผยแพร่ข่าวสารข้อมูลจึงไม่ใช่เพียงขึ้นอยู่กับความชัดเจนของสื่อที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามเท่านั้น แต่ต้องให้อสม. เกิดว่าความคาดหวังว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้ด้วย นอกจากนี้ อาจเป็นเพราะกิจกรรมที่ให้ไปยังไม่มีผลกระทบด้านบวกกับอสม. มากเพียงพอที่จะทำให้ อสม. เกิดความคาดหวังที่เพิ่มขึ้น ควรจะพัฒนากิจกรรมให้มีความน่าสนใจกว่านี้ เช่น การให้ดูต้นแบบหลายต้นแบบ การกระตุ้นเตือน การชมเชย การให้กำลังใจ และการให้คำปรึกษา เป็นต้น

ในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนด้านความรู้ การรับรู้ ความคาดหวัง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มควบคุมได้รับเฉพาะสื่อสมุดให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งไม่มีการสอนอย่างมีส่วนร่วม ไม่มีจัดกิจกรรมกลุ่ม ไม่มีการแลกเปลี่ยนความคิด ประสพการณ์ ไม่ได้ร่วมกันอภิปราย และไม่ได้ลงมือปฏิบัติร่วมกัน เมื่อ อสม. ไม่ได้เรียนรู้ร่วมกันผ่านกิจกรรมรูปแบบต่าง ๆ อสม. ซึ่งทำให้ ไม่ได้รับรู้ถึงความรุนแรงและโอกาสของโรคหลอดเลือดสมองอย่างแท้จริง และไม่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้หรือไม่

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม CHIRP FAST ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยตัวแปรทุกด้านไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งทำให้เปรียบเทียบผลหลังการทดลองได้ชัดเจน หลังเข้าร่วมโปรแกรม CHIRP FAST ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม ได้แก่ ความรู้ และการรับรู้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง อสม. ได้แลกเปลี่ยนประสพการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองควบคู่ไปกับการดูสื่อวีดิทัศน์ มีการแจกสมุดความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองประกอบการใช้สื่อรูปภาพอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองมาใช้ในการถามตอบ ซึ่งบ่งบอกถึงประสิทธิภาพของโปรแกรม CHIRP FAST อย่างชัดในด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านที่ไม่มีความแตกต่างกัน หลังเข้าร่วมโปรแกรม CHIRP FAST ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่ ความคาดหวังในการป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยในด้านของความคาดหวังในการป้องกันโรค เมื่อดูจากคะแนนเฉลี่ยพบว่าคะแนนของทั้งสองกลุ่มมีระดับความคาดหวังในการป้องกันโรคอยู่ที่ระดับมากและมากที่สุด ซึ่งเป็นคะแนนที่สูงอยู่แล้วทำให้ยากต่อการเพิ่มคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองให้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผู้วิจัยได้ให้โปรแกรม CHIRP FAST กับกลุ่มทดลองทำให้คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อศึกษาบริบทของกลุ่มควบคุมนั้นพบว่าอสม. ของกลุ่มควบคุมเป็นแกนนำในการออกกำลังกายของหมู่บ้าน แตกต่างกับกลุ่มทดลองที่ไม่มีอสม. ที่เป็นแกนนำในการออกกำลังกาย อีกทั้งพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้นอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล ถึงแม้ว่ามีความรู้ การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงของโรคและความคาดหวังในการป้องกันโรคแต่ยังไม่มีพฤติกรรมที่ดีขึ้นอาจต้องใช้ระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่นานกว่านี้ เช่น 6-12 เดือน

จะเห็นได้ว่าโปรแกรม CHIRP FAST ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ การรับรู้ ความคาดหวัง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในทางที่ดีขึ้น ดังนั้น ทีมผู้วิจัยจะนำโปรแกรม CHIRP FAST ไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มควบคุม คือ อสม. ของรพ.สต. บางหมาก หรือพื้นที่อื่น ๆ เพื่อให้กลุ่ม อสม. มีความรู้ การรับรู้ ความคาดหวัง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดีขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำโปรแกรม CHIRP FAST ไปประยุกต์ใช้เป็นสื่อการเสริมสร้างความรู้ การรับรู้ ความคาดหวัง และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในการจัดกิจกรรมแก่กลุ่มเป้าหมายที่ต้องการ นอกเหนือจากการบรรยายหรือการใช้เอกสารให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นลักษณะของสื่อการสอนแบบเดิม เพื่อเป็นการกระตุ้นความสนใจของผู้ที่สนใจ การสแกนคิวอาร์โค้ดทำให้สามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลาที่ต้องการ ซึ่งเป็นการเพิ่มพื้นที่การเรียนรู้ทุกมิติแบบองค์รวม
2. ควรจะพัฒนากิจกรรมในด้านความคาดหวังในการป้องกันโรคให้มีความน่าสนใจกว่านี้ เช่น การให้ดูต้นแบบหลายต้นแบบ การกระตุ้นเตือน การชมเชย การให้กำลังใจ และการให้คำปรึกษา เป็นต้น
3. ควรจะพัฒนากิจกรรมในด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคให้มีความหลากหลาย น่าสนใจ สามารถทำได้ง่าย และสะดวก เช่น การประยุกต์นวัตกรรมใหม่ ๆ เพื่อใช้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดในสมอง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเพิ่มกิจกรรมและระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมให้นานขึ้น เช่น 6-12 เดือน โดยเฉพาะในด้านความคาดหวังในการป้องกันโรค และด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรค เพื่อพัฒนาโปรแกรม CHIRP FAST ให้มีกิจกรรมที่หลากหลาย และช่วยเพิ่มผลของโปรแกรมมากขึ้น
2. ควรมีการเพิ่มขนาดของกลุ่มทดลอง เพื่อยืนยันผลของโปรแกรม CHIRP FAST และควรทำการทดลองซ้ำหลายครั้ง เช่น การทดลองซ้ำในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกับพื้นที่วิจัย และมีการวัดซ้ำ เช่น การวัดผลก่อน ระหว่าง และหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม จะทำให้เห็นผลการทดลองที่ชัดเจนยิ่งขึ้น
3. ควรมีการขยายผลการศึกษาผลของโปรแกรมในกลุ่มเป้าหมายอื่นที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงไขมันในเลือดผิดปกติ เป็นต้น เพื่อยืนยันผลของโปรแกรม CHIRP FAST และเพื่อให้เกิดความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถใช้ผลของโปรแกรม CHIRP FAST ในการจัดกิจกรรมต่อไป

References

- Best, & John, W. (1977). *Research in Education*. (3rd ed.). New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Bloom, B. S. (1968). Learning for Mastery. *UCLA Evaluation Comment*, 1(2), 1-8.
- Center for the Study of Department of Disease Control. (2017). *Annual Report 2017*. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publication Limited Partnership. (in Thai).
- Department of Health Service Support. (2013). *Manual: Community Health Management for Village Health Volunteers*. Instruction Promgrame. University of California at Los Angeles.
- Kumpangkaew, K., Somboontanont, W., & Leelahakul, V. (2015). Relationships Between Perceived Risk, Perceived Warning Signs and Self-Care Behavior in Older Adults at Risk of Cerebrovascular Disease. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 25(2), 40-56. (in Thai)
- Noktajun, R. (2016). The Effects of Protection Motivation Theory Application Program for Hypertension Prevention Behaviors of the Population at Risk. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 27(2), 16-28. (in Thai)
- Pattanaporkrattan, W. (2015). Effectiveness of Behavioral Reformative Program for Stroke Prevention among Hypertensive Patients in Koh Phangan Hospital, Suratthani. *Region 11 Medical Journal*, 29(1), 145-153. (in Thai)



- Prasanson, T., & Pearkao, P. (2013). The Correlation Between Perception of Risk and Prevention Behaviors among Persons at Risk of Acute Stroke. *Journal of Nursing and Health Care*, 31(2), 36-43. (in Thai)
- Sompol, Ch., Rawiworakul, T., & Kirdmongkol, P. (2017). Effects of a Stroke Prevention Program for Older Adults with Hypertension. *Journal of Public Health Nursing*, 31, 58-74. (in Thai)
- Trang Provincial Public Health Office. (2016). *HDC Annual Report 2016*. Retrieved July 25, 2018 from: <http://www.tro.moph.go.th/>. (in Thai)
- World Stroke Organization. (2017). *World Stroke Organization Annual Report 2017*. Awareness and Advocacy: A Global Voice for Stroke.

ความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ Stress among Women with Gestational Diabetes and Nurse-Midwife Role

กัญฐพร พงษ์แพทย์^{1*}, ดวงหทัย ศรีสุจริต¹ และ เนตรนภิศ จินดากอร์¹
Kantaporn Phongpat^{1*}, Duanghathai Srisujarit¹ and Natenaphit Jindakorn¹
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี^{1*}
Boromarajonani College of Nursing Suratthani^{1*}

(Received: November 09, 2018; Revised: April 23, 2019; Accepted: April 24, 2019)

บทคัดย่อ

เบาหวานขณะตั้งครรภ์นับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับความต้องการและแรงกดดันตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงตลอดการตั้งครรภ์ ทั้งการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร รวมถึงการได้รับการดูแลรักษาที่มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ปกติ จากความต้องการและแรงกดดันดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่นำไปสู่การเกิดความเครียดได้ จะเห็นได้ว่าความเครียดจากการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นปัญหาสำคัญที่พยาบาลผดุงครรภ์ต้องให้การดูแลอย่างเหมาะสม เนื่องจากความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นจะส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ บทความวิชาการฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอระดับความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการจัดการความเครียดสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ซึ่งพยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญในการวางแผนให้การดูแลและป้องกันการเกิดความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ไม่ว่าจะเป็นการประเมินระดับความรุนแรงและอาการของความเครียด รวมไปถึงการส่งเสริมความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ และการฝึกผ่อนคลาย เพื่อลดการเกิดความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

คำสำคัญ: ความเครียด, สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์, บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kantaporn@bcnsurat.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 086-6861963)

Abstract

Diabetes mellitus is a complication that occurs in pregnant women around the world and the trend continues to increase. Gestational diabetic women have to cope with the need of being diagnosed throughout pregnancy, then the pressure to modify their eating behavior and to receive more care than normal pregnant women. Pregnancy risk perception and stress affect the mental state of gestational diabetic women. The stress of gestational diabetes is an important issue that nurse-midwife has to provide proper care for, because it affects both the pregnant woman and her fetus. The purpose of this article was to present stress among gestational diabetic women and nurse-midwife roles in the planning and prevention of stress among gestational diabetes women. Assessment of the level of stress and symptoms of stress, including promotes self-esteem and educating about the risk of pregnancy to reduce stress among gestational diabetic women is essential.

Keywords: Stress, Gestational Diabetic, Nurse-Midwife Role

บทนำ

เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus [GDM]) วินิจฉัยได้ครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ และการดำเนินของโรคจะหายได้เองภายหลังคลอด เป็นความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ไขมันและโปรตีน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เป็นผลมาจากความไม่สมดุลในการสร้าง หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองอย่างรวมกัน (American Diabetes Association [ADA], 2014) โดยปกติในช่วงปลายไตรมาสที่สองไปจนถึง ไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ รกจะผลิตฮอร์โมน ฮิวแมนพลาเซนทอลแลคโตเจน (Human Placental Lactogen) เอสโตรเจน (Estrogen) โปรเจสเตอโรน (Progesterone) โปรแลคติน (Prolactin) และอินซูลินเนส (Insulinase) นอกจากนั้นต่อมหมวกไตของทารกยังผลิตฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) (Vargas, Repke, & Ural, 2010) ซึ่งฮอร์โมนดังกล่าวมีฤทธิ์ต้านต่อการลงของอินซูลิน ทำให้ความสามารถการทำงานของอินซูลินลดลง และเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์จึงสูงขึ้น (Cashion, 2012) ส่งผลให้สตรีเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Al-Noaemi, & Faris, Shalayer, 2011) หากสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะส่งผลกระทบต่อทารกทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

เมื่อสตรีตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ทำให้ต้องเผชิญกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยตนเองตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงตลอดการตั้งครรภ์ ทั้งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ที่รุนแรงมากขึ้น หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ปกติได้รับการรักษามากกว่าสตรีตั้งครรภ์ปกติ พบแพทย์บ่อยครั้งกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะเสี่ยง มีการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองที่บ้านตลอดการตั้งครรภ์และทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ มีการติดตามสุขภาพของทารกในครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Diabetes Association of Thailand, 2014) รวมถึงการปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัดไม่ว่าจะเป็นกำกัดทั้งปริมาณและชนิดของอาหาร มีวินัยในการออกกำลังกาย บางรายอาจได้รับการรักษาด้วยการฉีดยาอินซูลินร่วมด้วย เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ปกติหรือใกล้เคียงตลอดการตั้งครรภ์จากสถานการณ์ดังกล่าวที่เกิดขึ้น หากสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงของการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีความรู้สึกไม่แน่นอนจากระดับน้ำตาลที่ไม่คงที่ อาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงบ่อย ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ได้ (Jittrapirom, Chareonsanti, & Sriraporn, 2014) ขาดความอดทนในการปรับตัวต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ไม่ได้รับการสนับสนุน การดูแลช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ (Phrommasen, 2015) มีการประเมินตัดสินว่าตนไม่มีคุณค่า

ไม่มีความสามารถ ขาดความเชื่อมั่นที่จะเผชิญกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Phongpate, 2016) ขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และขาดการดูแลแบบองค์รวม (Hjelm, Bard, Nyberg, & Apelqvist, 2007) ทำให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเมื่อเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ไม่เหมาะสม จะส่งผลให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีรับรู้ถึงความต้องการและแรงกดดันที่ทำให้เกิดความเครียด หากสตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถจัดการกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่เป็นสิ่งเร้าสร้างความกดดันนี้ได้ (Hui, Sevenhuysen, Harvey, & Salamon, 2014) จะเห็นได้ว่าสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดความกลัว มีภาวะซึมเศร้า มีความวิตกกังวล และเกิดความเครียดที่เป็นผลจากการดูแลรักษาที่มีการใช้หัตถการที่แปลกใหม่ การปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด และรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต่อสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ (Lawson & Rajaram, 1994) สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีความวิตกกังวลและความเครียดตั้งแต่รับรู้ว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Suzie, Brin, Warren, Keith, Julie-Anne, & Robert, 2003) สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดที่หนึ่งมีความเครียด เพราะการควบคุมระดับน้ำตาลที่ดี่นั้นต้องมีการปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัดด้วยตนเอง ทั้งการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม (Hui, Sevenhuysen, Harvey, & Salamon, 2014) และสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดที่หนึ่งที่มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน (Jittrapirom, Chareonsanti, & Sriraporn, 2014) มีความเข้มแข็งอดทนน้อยไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Phrommasen, 2015) จะมีความเครียดอยู่ในระดับสูง

ดังนั้นบทความวิชาการฉบับนี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อนำเสนอความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการวางแผนให้การพยาบาลและการจัดการความเครียด และลดภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนต่อสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

ความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ความเครียด เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกายทางสรีรวิทยาและจิตวิทยาต่อสิ่งที่มากระตุ้นคุกคามหรือกดดัน โดยระบบต่อมไร้ท่อและระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ตามทฤษฎีชีวภาพพฤติกรรมของความเครียด (A Biobehavioral Model of Stress) อธิบายว่าความเครียดเป็นปฏิกิริยาความตึงเครียดของร่างกายที่เกิดจากการตอบสนองของความต้องการและแรงกดดันจากภายนอกและภายในร่างกายบุคคล บุคคลจะเกิดความเครียดก็ต่อเมื่อมีการรับรู้ และแปลความหมายต่อความต้องการและแรงกดดันที่เข้ามาในทางลบ ในขณะที่เดียวกันบุคคลจะพยายามปรับตัวเพื่อรับมือกับความเครียดส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและเกิดการตอบสนองทางร่างกาย ทั้งนี้ความต้องการและแรงกดดันจากภายนอก เป็นสภาพทางกายภาพแวดล้อม และด้านจิตสังคมของบุคคล เช่น สภาพสิ่งแวดล้อม ครอบครัว เศรษฐกิจ การทำงาน การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ขณะที่ความต้องการและแรงกดดันภายใน เป็นสภาพที่เกิดขึ้นในร่างกายและความคิดของบุคคล เช่น มุมมองที่มีต่อตนเอง ความคาดหวังต่อตนเอง การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ เป็นต้น บุคคลจะตอบสนองต่อความกดดันและความต้องการแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับว่ารู้สึกต่อสถานการณ์ที่ทำให้เครียดนั้นอย่างไร ปริมาณหรือที่มาของความเครียด ความรู้สึก ความประมาท หรือความไวต่อสถานการณ์ที่ทำให้เครียด เป็นอย่างไร ไม่ใช่ขึ้นอยู่กับตัวสถานการณ์ (susceptibility to stress) (Miller, Smith, & Rothstein, 1993)

เมื่อสตรีตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ทำให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้ถึงภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์จากข้อมูลภาวะเสี่ยงทางการแพทย์เกี่ยวกับการดำเนินการของโรคต้องเผชิญกับความรู้สึกและทัศนคติเชิงลบเกิดประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ไม่ว่าจะเป็นความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและสุขภาพของทารกในครรภ์ (Suzie, Brin, Warren, Keith, Julie-Anne, & Robert, 2003) ซึ่งผลกระทบเหล่านี้เป็นผลกระทบระยะสั้นที่อาจเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อาจเกิดการแท้งบุตร มีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ เกิดการคลอดก่อนกำหนด ได้รับบาดเจ็บจากการคลอดที่เกิดจากการคลอดติดไหล่ และตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากทารกตัวโต

(Mitanchez, 2010) ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อความพิการแต่กำเนิด เจริญเติบโตช้า และเสียชีวิตในครรภ์ (Cunningham, Leveno, Bloom, Spong, Dashe, Hoffman et al., 2014)

เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไม่สามารถทำนายเหตุการณ์หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ เนื่องจากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีอาการและอาการแสดงรวมถึงพยาธิสภาพเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามไตรมาสของการตั้งครรภ์ ซึ่งในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อาจมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้ เนื่องจากไตรมาสนี้ความรู้สึกอยากรับประทานอาหารลดลง รับประทานอาหารได้น้อยแต่ทารกในครรภ์ยังคงต้องใช้กลูโคสในการเจริญเติบโต (American Diabetes Association, 2014) ส่งผลให้ร่างกายสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีการหลั่งอินซูลินเพิ่มขึ้นเกิดอาการใจสั่น ตัวสั่น เหงื่อออก หรืออาจเกิดอาการสับสน ง่วงซึม อ่อนแรงครึ่งซีก หมดสติ และชักได้ (Lowdermilk, Perry, & Cashion, 2014) เมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่สองและไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นและอาจเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของคีโตน เนื่องจากฮอร์โมนที่สร้างจากรกที่มีฤทธิ์การต้านการทำงานของอินซูลินยังคงมีระดับสูงขึ้นเรื่อยๆ (Cunningham et al., 2014) เป็นผลให้ท้ายปัสสาวะบ่อยขึ้น กระหายน้ำ อ่อนเพลีย ริมฝีปากและเยื่อช่องปากแห้ง ผิวหนังเหี่ยวย่น ความดันเลือดต่ำ และช็อกในรายที่เป็นรุนแรง (Singh, & Rastogi, 2008) ดังนั้นเมื่อสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีการประเมินว่าตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอน มีการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์นั้นในลักษณะเชิงลบว่าเป็นภาวะเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อทั้งตนเองและทารกในครรภ์อย่างมาก สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จะมีความเครียดได้สูง (jitrapirom, Chareonsanti, & Sriraporn, 2014, Phongpate, 2016)

นอกจากนี้ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เกิดจากแรงกดดันจากการดูแลรักษาที่หลากหลายและการปฏิบัติตนที่เคร่งครัด เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ให้ใกล้เคียงเกณฑ์ปกติมากที่สุด โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งการควบคุมการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการที่กำหนดปริมาณของอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน และอาหารที่มีค่าน้ำตาลต่ำที่ร่างกายต้องการตามสัดส่วนพลังงานที่ได้รับในแต่ละวัน (Diabetes Association of Thailand, 2014) ต้องออกกำลังกายสม่ำเสมอโดยการออกกำลังกายแบบแอโรบิก 3 วัน/สัปดาห์ เป็นเวลาอย่างน้อย 30 นาที บางรายอาจได้รับการรักษาด้วยการฉีดอินซูลินร่วมด้วย ได้รับการติดตามประเมินระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองจากการเจาะบริเวณหลอดเลือดฝอยปลายนิ้ววันละ 2-4 ครั้ง ได้รับการตรวจครรภ์ตามนัดฝากครรภ์ที่บ่อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ปกติ (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2006) เพื่อติดตามประเมินภาวะแทรกซ้อนและสุขภาพทารกในครรภ์ ทำให้ให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีการประเมินตนเองด้านลบถึงความสามารถของตนเองไม่พอใจ ไม่ยอมรับ และขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ที่จะทำใหตนเองและทารกในครรภ์ปลอดภัยซึ่งการสูญเสียพลังอำนาจในตนเองทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเองลดลง มีผลทำให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดความเครียด (Phongpate, 2016)

ความเครียดที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ โดยความเครียดที่เกิดขึ้นจะไปกระตุ้นการทำงานของไฮโปทาลามัส ให้มีการหลั่งของคอร์ติโคโทรปิน รีลีสซิงฮอร์โมน (Corticotrophin Releasing Hormone) ทำให้ต่อมใต้สมองส่วนหน้าหลั่งฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ติโคโทรปิก (Adrenocorticotrophic) ไปกระตุ้นการทำงานของต่อมหมวกไตส่วนนอกให้สร้างฮอร์โมนคอร์ติซอล ซึ่งฮอร์โมนคอร์ติซอลที่หลั่งออกมามีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเบต้าเซลล์ของตับอ่อนในการสร้างและการหลั่งอินซูลินระดับน้ำตาลในเลือดจึงเพิ่มสูงขึ้นเป็นผลให้สตรีที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ (Kyrou, & Tsigos, 2009) นอกจากนี้ยังพบว่าความเครียดที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การแท้งเองตามธรรมชาติ จากฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoid) และสารแคทีโคลามีน (Catecholamines) ที่หลั่งออกมาเมื่อเกิดความเครียด จะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไปสู่รกและทารกลดลง ทำให้ทารกน้ำหนักตัวน้อย เกิด

การคลอดก่อนกำหนด และมีความพิการแต่กำเนิด (Mulder, Robles, Huizink, Van Den Bergh, Buitelaar, & Visser, 2002)

เพราะฉะนั้นการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จึงเป็นสิ่งที่สร้างความกดดันทำให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดความเครียดได้ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงตลอดการตั้งครรภ์ จากการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง รู้สึกไม่แน่นอนกับภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดการตั้งครรภ์ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงในด้านความสามารถ ความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์กลายเป็นความเครียดเรื้อรังที่สะสมมาเป็นระยะเวลายาวนานที่อาจส่งผลกระทบต่อร่างกาย และจิตใจของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นความต้องการและแรงกดดันภายในที่เกิดขึ้นในร่างกายและความคิดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ทั้งนี้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จะมีความเครียดอยู่ในระดับใด ขึ้นอยู่กับการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์มีมากเพียงใด เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อภาวะเจ็บป่วย ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นเมื่อพบว่าเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ก็จะส่งผลให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดได้ง่ายขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ก่อให้เกิดผลกระทบที่ส่งผลต่อสตรีตั้งครรภ์ รวมถึงทารกในครรภ์ และทารกแรกเกิด ซึ่งสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อาจต้องเผชิญกับผลกระทบดังกล่าวตลอดการตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ฉะนั้นการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จึงเป็นสิ่งที่สร้างความกดดัน ทำให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดความเครียดได้ โดยปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่เป็นความต้องการและแรงกดดันจากภายนอกในร่างกายด้านจิตสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยความต้องการและแรงกดดันจากภายในร่างกายด้านจิตวิทยา คือ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกไม่แน่นอน และความเข้มแข็งอดทน

1. การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) การได้รับการช่วยเหลือ การสนับสนุน และกำลังใจจากบุคคลในครอบครัว สังคม และบุคลากรทางการแพทย์ เกี่ยวกับการให้ความรัก ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในเรื่องของการดำเนินของโรค ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรค แนวทางในดูแลรักษาและการปฏิบัติตัว จะช่วยให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีการรับรู้และมั่นใจในตนเองมากขึ้น สามารถปรับตัว และเผชิญกับสถานการณ์ได้ดี แต่หากขาดการสนับสนุน หรือไม่ได้รับการช่วยเหลือ จะทำให้เกิดความเครียดได้ (Phrommasen, 2015)

2. การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ (risk perception) สตรีตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์จะมีความเครียดสูง (Roy-Matton, Moutquin, Brown, Carrier, & Bell, 2011) ดังนั้นหากสตรีตั้งครรภ์มีการเผชิญกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยตนเองตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงตลอดการตั้งครรภ์ ทั้งการเพิ่มขึ้นของระดับน้ำตาลในเลือด การปรับตัวจากการตั้งครรภ์ปกติ มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวานตลอดชีวิต (Heaman, & Gupton, 2009) ได้รับการถ่ายทอดจากผู้มีประสบการณ์ที่เคยเผชิญกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มาก่อน การได้รับข้อมูลภาวะเสี่ยงทางการแพทย์เกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ทั้งการดำเนินของโรค ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นต่อทั้งตนเองและทารกในครรภ์ หรือมีประสบการณ์ไม่ดีในการเผชิญกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จากการประเินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในทางลบ เช่น ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ พบภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อทั้งตนเองและทารกในครรภ์ (Jittrapirom, Chareonsanti, & Sriraporn, 2014) สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ดังกล่าวจะกลายเป็นแรงกดดันที่ทำให้เกิดความเครียดได้ (Phongpate, 2016)

3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self Esteem) สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต้องเจอกับความกดดันต่างๆ ทั้งการดูแลรักษาที่หลากหลายและแปลกใหม่ การปฏิบัติตนที่เคร่งครัด และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เกิดความรู้สึกทางลบ ไม่ว่าจะเป็นความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ เกิดประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในระหว่างที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Stark, & Brinkley, 2007) ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีการประเมินสะท้อนกลับรับรู้ถึงคุณค่าในตนเองลดลง จากการประเมินค่าและตัดสินใจว่าตนไม่มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ รู้สึกไม่พอใจ ไม่ยอมรับ และขาดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะทำให้ตนเองและทารกในครรภ์ปลอดภัยได้ ความรู้สึกดังกล่าวจึงเป็นความต้องการและแรงกดดันภายในร่างกาย มีผลทำให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดความเครียด (Phongpate, 2016)

4. ความรู้สึกไม่แน่นอน (Uncertainty) สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อาจมีความรู้สึกไม่แน่นอน กับภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เนื่องจากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความซับซ้อนในการดูแลรักษา ไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นได้ในขณะตั้งครรภ์ และการเป็นเบาหวานในอนาคต ทำให้สตรีตั้งครรภ์ประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตราย เพราะในสถานการณ์ที่มีความคลุมเครือ ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้น ดังนั้นเมื่อสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ทำให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดความวิตกกังวล ไม่สบายใจ เป็นแรงกดดันภายในจิตใจทำให้เกิดความเครียดได้ (Jittrapirom, Chareonsanti, & Sriraporn, 2014)

5. ความเข้มแข็งอดทน (Hardiness) เป็นบุคลิกภาพภายในของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ทั้งการได้รับการตรวจวินิจฉัยภาวะของโรค การดูแลรักษา การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด รวมถึงการเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้นในขณะที่เผชิญกับภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ทำให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต้องมีความอดทน มีการควบคุมตนเองและมุ่งมั่นมีเป้าหมายต่อสิ่งที่ต้องการควบคุม แต่หากสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ไม่มีความเข้มแข็งอดทนต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ จนกลายเป็นความกดดันที่ก่อให้เกิดความเครียดตามมาได้ (Phrommasen, 2015)

บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลและป้องกันการเกิดความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

การประเมินระดับความรุนแรงและอาการของความเครียด รวมไปถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์และการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะช่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อลดการเกิดความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพราะฉะนั้นพยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญในการวางแผนให้การดูแลและป้องกันการเกิดความเครียดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ดังต่อไปนี้

1. การประเมินด้านจิตสังคม

1.1 การประเมินความเครียดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พยาบาลผดุงครรภ์ควรใช้แบบวัดความเครียดซึ่งแบบวัดอาการของความเครียด (Symptom of Stress [Symp-60]) เป็นการวัดพฤติกรรมและอารมณ์จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เฉพาะส่วนที่ 3 แบบวัดอาการของความเครียด (Symp-60) ที่แสดงออกมาทางระบบต่างๆ ของร่างกายทั้ง 7 ระบบ ซึ่งเป็นผลมาจากที่บุคคลมีรับรู้ถึงความต้องการและแรงกดดันจากภายนอกและภายในร่างกาย หรือมีความไวต่อความเครียดมากเกินไป ข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ 5 คะแนน หมายถึง เครียดมากที่สุด 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยเกิดขึ้น โดยแบ่งความเครียดโดยรวมและแต่ละระบบ ดังนี้ (Mahatnirunkul, Pumpaisanchai, & Tapanya, 1997)

0-17	คะแนน	หมายถึง	ความเครียดระดับต่ำ
18-36	คะแนน	หมายถึง	ความเครียดระดับปานกลาง
37-57	คะแนน	หมายถึง	ความเครียดระดับสูง

มากกว่า 57 คะแนน หมายถึง ความเครียดระดับรุนแรง

เมื่อสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดความเครียดที่เป็นผลมาจากความต้องการและแรงกดดันภายใน จะส่งผลให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกายที่แสดงออกทางระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูก ระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเทติก (Sympathetic Nervous System) ระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก (Parasympathetic Nervous System) ระบบต่อมไร้ท่อและระบบภูมิคุ้มกันด้านจิตใจและด้านอารมณ์ แสดงออกทางระบบลิมฟิกและระบบความคิด ความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นจะรุนแรงในระดับใด ขึ้นอยู่กับบุคคลว่าจะประเมินและแปลความหมายของสถานการณ์หรือความต้องการและแรงกดดันที่เข้ามาคุกคามต่อบุคคลนั้นอย่างไร ดังนี้ (Miller, Smith, & Rothstein, 1993)

ความเครียดระดับต่ำ (Mild Stress) เป็นความเครียดเล็กน้อยที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน เกิดขึ้นในระยะเวลาสั้นๆ ไม่มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ เป็นภาวะที่ร่างกายผ่อนคลาย และบุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดได้อัตโนมัติด้วยความเคยชิน

ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate Stress) เป็นความเครียดที่เกิดจากการมีสิ่งเร้าเข้ามาคุกคามหรือเผชิญกับสถานการณ์ที่สำคัญ บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองแสดงออกมาในลักษณะของความวิตกกังวล ความกลัว เป็นความเครียดที่กระตุ้นทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น ไม่ก่อให้เกิดอันตราย และรุนแรงต่อร่างกายและจิตใจ ซึ่งความเครียดระดับนี้ สามารถจัดการได้โดยการใช้เทคนิคควบคุมตนเอง (Self-Regulation) ทำครั้งละ 15-30 นาที ใช้เวลาประมาณ 8-12 สัปดาห์ ด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การควบคุมลมหายใจ และการทำจิตใจให้สงบ

ความเครียดระดับสูง (High Stress) เป็นความเครียดที่ถือว่าอยู่ในเขตอันตราย หากบุคคลไม่สามารถปรับตัว และจัดการความเครียดในระยะเวลาอันสั้น อาจนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง และเกิดโรคต่างๆ ภายหลังได้ การรักษาความเครียดชนิดนี้จะต้องรักษาตามลำดับขั้นตอนโดยผู้เชี่ยวชาญ และอาจใช้เวลาในการรักษาเป็นระยะเวลานานหลายเดือน

ความเครียดระดับรุนแรง (Severe Stress) เป็นความเครียดระดับสูงที่สะสมมาเป็นระยะเวลานาน ทำให้บุคคลเกิดความล้มเหลวในการปรับตัวอย่างต่อเนื่อง จนเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หดแรงแง ควบคุมตัวเองไม่ได้ เกิดอาการทางกายหรือโรคภัยต่างๆ ตามมาได้ง่าย การรักษาความเครียดระดับนี้อาจจำเป็นต้องมีการร่วมมือกันระหว่างบุคคลากรทางการแพทย์และนักบำบัด รวมถึงการรักษาพฤติกรรมการบำบัดในการฟื้นฟูสภาพทางจิตใจในระยะยาว และการจัดการความเครียด เช่น การสวดมนต์ การหัวเราะ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ความรัก

ดังนั้น การประเมินความเครียดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อนำข้อมูลเหล่านี้ไปวางแผนการดูแล ให้คำแนะนำในการจัดการความเครียดแก่สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสมและลดผลกระทบต่อตนเองและทารกในครรภ์ (Boonyaporn, & Saetan, 2017)

1.2 การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พยาบาลผดุงครรภ์ควรใช้แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg Self-Esteem Scale [RSE]) ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นข้อคำถามทางด้านบวกจำนวน 5 ข้อ (ข้อ 1, 3, 4, 7 และ 10) คะแนนด้านบวก 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน หมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และข้อคำถามทางด้านลบจำนวน 5 ข้อ (ข้อ 2, 5, 6, 8, และ 9) คะแนนด้านบวก 4 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมที่มากแสดงถึง บุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง (Rosenberg, 1965) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกที่บุคคลประเมินความมีคุณค่าและความมีประโยชน์ในตนเอง เพื่อผลักดันให้บุคคลประสบความสำเร็จ หรือผ่านพ้นกับสถานการณ์ที่มีผลในทางลบ ดังนั้นการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จะเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมสร้างความรู้สึกลึกซึ้งทางบวกให้กับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่สูงขึ้น เกิดแรงจูงใจในการปรับตัวที่เหมาะสมกับภาวะของโรค เผชิญกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และช่วยลดความเครียดลงได้ (Chunpradub, 1955; Phongpatte, 2016)

1.3 การประเมินการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พยาบาลผดุงครรภ์ควรใช้แบบประเมินการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ (Pregnancy Perception of Risk Questionnaire [PPRQ]) มีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ เป็นข้อคำถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ต่อสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 2, 5, 6, 7, 8) และการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ด้านทารก จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 1, 3, 4, 9) ลักษณะคำตอบเป็นการประเมินโดยการใช้ Visual Analog Scale (VAS) มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร มีค่าคะแนน 0-100 ตั้งแต่รับรู้ว่ามีภาวะเสี่ยงเลย จนถึงรับรู้ว่ามีภาวะเสี่ยงสูงอย่างยิ่ง (Heaman, & Guptun, 2009) โดยแบ่งการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ดังนี้ (Jittrapirom, Chareonsanti, & Sriraporn, 2014)

0-300	คะแนน	หมายถึง	มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ระดับต่ำ
301-600	คะแนน	หมายถึง	มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ระดับปานกลาง
601-900	คะแนน	หมายถึง	มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ระดับสูง

เนื่องจากการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยความต้องการและแรงกดดันภายในร่างกายด้านจิตวิทยาอีกปัจจัยหนึ่ง ที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะจิตใจในด้านลบ ซึ่งอาจมีผลทำให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดความเครียดได้ หากสตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ว่าเป็นอันตราย และส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจต่อสตรีตั้งครรภ์ รวมถึงภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ ดังนั้นการประเมินการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์จึงเป็นกิจกรรมอย่างหนึ่ง ที่จะช่วยให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ลดความเครียดลงได้ (Jittrapirom, Chareonsanti, & Sriraporn, 2014; Phongpat, 2016)

2. บทบาทพยาบาลในการป้องกันและลดความเครียด

2.1 การให้ความรู้ที่เหมาะสมและถูกต้องเกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พยาบาลผดุงครรภ์ควรให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับความหมาย ประเภท ปัจจัยเสี่ยงและกลไกการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การตรวจคัดกรองโรค การตรวจวินิจฉัย ผลกระทบของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและแนวทางการดูแลรักษาทั้งการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดที่ปกติและสูงกว่าปกติ แนวปฏิบัติในการฉีดอินซูลิน การนัดตรวจครรภ์และการติดตามประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ที่บ่งชี้ขึ้น จะช่วยให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวล ความเครียดลงได้ (Soannoi, 2000) เสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพเกิดความสามารถดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายได้ถูกต้อง ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงค่าปกติ (Rojnawaseree, 2018) ฉะนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ควรเน้นการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการเรียนรู้ และฝึกฝนทักษะให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละประมาณ 2-4 คน ครั้งละ 15-20 นาที อย่างน้อย 3 ครั้ง (Jittrapirom, & Chareonsanti, 2015) เพื่อให้สมาชิกทุกคนสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ร่วมกันคิดวิเคราะห์ ช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้อย่างทั่วถึง ซึ่งกระบวนการกลุ่มย่อยแบบนี้จะช่วยให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความหลากหลายทางความคิด และวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมและถูกต้องในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ตามเป้าหมายของการรักษา เกิดการเรียนรู้สูงสุดและยั่งยืน สามารถแก้ไขปัญหาหรือเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Mapakdee, 2008) ซึ่งข้อมูลความรู้เหล่านี้ส่งผลให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ลดน้อยลง เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ลดลง ความวิตกกังวล และความเครียดก็จะลดลงตามไปด้วย (Jittrapirom, & Chareonsanti, 2015)

2.2 การฝึกให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการหายใจเป็นการผ่อนคลายความเครียดวิธีหนึ่ง เป็นการลดปฏิกิริยาของร่างกายและจิตใจที่เกิดจากความเครียดที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยจะช่วยควบคุมการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติลดการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลและอะดรีนาลีนในร่างกาย เมตา

บอลลีซิมของสารอาหารการตื่นตัวและอารมณ์กลับสู่ภาวะปกติ ทำให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีระดับความเครียดลดลง (Jittrapirom, & Chareonsanti, 2015) ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ควรฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์นำไปปฏิบัติที่บ้านวันละ 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 15-20 นาที โดยการฝึกผ่อนคลายของกล้ามเนื้อของร่างกายทีละส่วนโดยการเกร็งให้เต็มที่ก่อนแล้วคลายออก ร่วมกับการฝึกการหายใจเข้าออกให้เป็นจังหวะช้าๆ (Slow Rhythmic Breathing) วิธีการหายใจที่ถูกต้องเป็นการใช้หน้าท้องและกระบังลม การหายใจลงไปถึงส่วนล่างสุดของปอดทำให้กระบังลมดันท้องให้พองออกเวลาหายใจเข้าและยุบเวลาหายใจออก (Srisawad, & Panyapinijugoon, 2016) ซึ่งเทคนิคการผ่อนคลายโดยการหายใจ เป็นการฝึกหรือการกระทำที่ทำให้กล้ามเนื้อมีการคลายตัวจากความตึงเครียดและการเกร็ง ส่งผลให้ร่างกายและจิตใจอยู่ในภาวะสงบ ปราศจากความเครียดได้ (Soannoi, 2000)

2.3 การส่งเสริมความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นการประเมินตัดสินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองว่าสามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ และสามารถปรับตัวต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ รวมถึงให้การดูแลตนเองและทารกในครรภ์ได้ถูกต้องเหมาะสมกับสภาวะของโรค ให้การยอมรับกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น เกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นที่จะทำให้ตนเองและทารกในครรภ์ปลอดภัย โดยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่เกิดขึ้นจะส่งผลให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับความต้องการและแรงกดดันที่ผ่านเข้ามาประสบความสำเร็จในการปรับตัวและเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดจากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้น้อยกว่าสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ (Phongpate, 2016) แต่หากสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีการประเมินตนเองด้านลบถึงความสามารถของตน ส่งผลให้ขาดความเชื่อมั่นและความภาคภูมิใจ ซึ่งการสูญเสียพลังอำนาจในตนเอง มีผลทำให้ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคลลดลง (Rosenberg, 1965) ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์จึงควรฝึกทักษะในการเลือกชนิดอาหารแลกเปลี่ยนในแต่ละกลุ่มและการเลือกอาหารที่มีค่าน้ำตาลต่ำตามหลักโภชนาบำบัด เพื่อให้ได้พลังงานตามความต้องการในแต่ละวันจากกลุ่มคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน หลักการออกกำลังกาย การเจาะเลือดเพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง รวมถึงหลักการฉีดยาอินซูลินในรายที่ต้องได้รับการฉีดยาอินซูลินร่วมด้วย (Rojnawaseree, 2018) การฝึกทักษะเหล่านี้จะช่วยให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ประเมินตัดสินคุณค่าที่มีต่อตนเองทางด้านบวก เกิดความเชื่อมั่น รับรู้ถึงความสามารถของตนว่าตนมีความสามารถ และมีความมั่นใจที่จะให้การดูแลตนเองและทารกในครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นช่วยเสริมแรง ช่วยปรับอารมณ์ ความรู้สึกขณะประสบปัญหาหรือเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเครียดได้ (Wongchantara, Uthaseri, Panncharoenworakul, & Serisathien, 2001)

ดังนั้น หากสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้รับการประเมินระดับความเครียดและได้รับการรักษาโดยการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ได้รับการเสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจากพยาบาลผดุงครรภ์ตั้งแต่ระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จะช่วยให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความรู้ส่งผลให้เกิดการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นเป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อยไม่ได้ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและทารกในครรภ์ อีกทั้งสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นจากการฝึกทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ช่วยผ่อนคลายความเครียดที่เกิดขึ้นได้

สรุป

การปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลผดุงครรภ์ควรเริ่มตั้งแต่ประเมินระดับความรุนแรงของความเครียด เพื่อเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการให้การพยาบาลที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์แต่ละราย กิจกรรมการให้การพยาบาลควรมีทั้งการให้ความรู้ การสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และควรให้การสนับสนุนทางสังคมโดยให้สามีหรือบุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสตรีที่

เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ลดลง ไม่เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของ ตน ที่ จะ พาด ตน เอง และ ทาร ก ใน ครรภ์ ก้าว ผ่าน ความ เสี่ยง และ ลด ภาวะ แทรกซ้อน ที่ เกิด จาก ทั้ง ภาวะ เบา หวาน ขณะ ตั้ง ครรภ์ และ ความ เครียด ที่ เกิด จาก ภาวะ เบา หวาน ขณะ ตั้ง ครรภ์

References

- Al-Noaemi, M. C., & FarisShalayel, M. H. (2011). *Pathophysiology of Gestational Diabetes Mellitus: The Past, the Present and the Future*. Retrieved from <http://cdn.intechopen.com/pdfs-wm/23177.pdf>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2006). Exercise in pregnancy. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, 4, 1-7.
- American Diabetes Association. (2014). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 37(1), 81-90.
- Boonyaporn, T., & Saetan, C. (2017). Nursing Role: Stress Management of Pregnant Teenage. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(3), 271-281. (in Thai)
- Cashion, K. (2012). Endocrine and Metabolic Disorders in Pregnancy. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, M. Cashion, & K. Alden (Eds.), *Maternity and Women's Health care* (10th ed., pp.688-707). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Chunpradub, P. (1995). *The Relationship Between Self-Esteem, Social Support and Coping Behavior in High-Risk Pregnant Women*, (Master of Nursing Science Maternal and Child Nursing). Graduate School, Mahidol University. (in Thai)
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, et al. (2014). *Williams Obstetric* (24th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Diabetes Association of Thailand Under the Patronage of Her Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn. (2014). *Clinical Practice Guideline for Diabetes*. Retrieved from <http://203.157.39.7/imrta/images/cpg20141120.pdf>
- Heaman, M. I., & Gupton, A. L. (2009). Psychometric Testing of the Perception of Pregnancy Risk Questionnaire. *Research in Nursing & Health*, 32(5), 493-503.
- Hjelm, K., Bard, K., Nyberg, P., & Apelqvist, J. (2007). Management of Gestational Diabetes from the Patient's Perspective a Comparison of Swedish and Middle-Eastern born women. *Journal of Clinical Nursing*, 16(1), 168-178.
- Hui, A. L., Sevenhuysen, G., Harvey, D., & Salamon, E. (2014). Stress and Anxiety in Women with Gestational Diabetes During Dietary Management. *The Diabetes Educator*, 40(5), 668-677. doi: 10.1177/0145721714535991
- Jittrapirom, A., & Chareonsanti, J. (2015). Effectiveness of Education Provision and Relaxation Training Program on Self-Care Behaviors, Blood Sugar Levels, and Stress among Gestational Diabetic Women. *Nursing Journal*, 42(4), 133-145. (in Thai)
- jittrapirom, A., Chareonsanti, J., & Sriraporn, P. (2014). Pregnancy Risk Perception, Uncertainty, and Stress Among Gestational Diabetic Women. *Nursing Journal*, 41(1), 50-61. (in Thai)



- Kyrou, I., & Tsigos, C. (2009). Stress Hormones: Physiological Stress and Regulation of Metabolism. *Current Opinion in Pharmacology*, 9(6), 787-793.
- Lawson, E. J., & Rajaram, S. (1994). A Transformed Pregnancy: The Psychosocial Consequences of Gestational Diabetes. *Sociology of Health & Illness*, 16(4), 536-562.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E & Cashion, M. C. (2014). *Maternity Nursing* (8th ed.). St. Louis: Mosby.
- Mahatnirunkul, S., Pumpaisanchai, W., & Tapanya, P., (1997). *Research Report Suanprung Stress. Test-60*. Chiang Mai: Suanphung Hospital.
- Mapakdee, P. (2008). *Effects of Using the Participatory Learning Program and Telephone Visit on Knowledge, Self-care Behaviors, and Blood Sugar Level Among Gestational Diabetic Women*, (Master of Nursing Science (Nursing Care of Women). Graduate school, Chiang Mai University. (in Thai)
- Miller, L. H., Smith, A. D., & Rothstein, L. (1993). *The Stress Solution: An Action Plan to Manage the Stress in Your Life*. New York: Pocket Books.
- Mitanez, D. (2010). Foetal and Neonatal Complications in Gestational Diabetes: Perinatal Mortality, Congenital, Shoulder Dystocia, Birth Injuries, Neonatal Outcome. *Diabetes & Metabolism*, 36(6), 617-627.
- Mulder, E. J. H., Robles, P. G., Huizink, A. C., Van den Bergh, B. R. H., Buitelaar, J. K., & Visser, G. H. A. (2002). Prenatal Maternal Stress: Effects on Pregnancy and the (Unborn) Child. *Early Human Development*, 70(1), 3-14.
- Phongpate, K. (2016). *Factors Predicting Stress Among Gestational Diabetic Women*, (Master of Nursing Science Midwifery). Graduate school, Chiang Mai University. (in Thai)
- Phrommasen, P. (2015). *Hardiness, Social Support, and Stress Among Gestational Diabetic Women*, (Master of Nursing Science Midwifery). Graduate school, Chiang Mai University. (in Thai)
- Rojnawaseree, D. (2018). The Effect of Health Promotion and Spouse Support to the Blood Glucose Level and Health-Promoting Behaviors in Women at Risk of Gestational Diabetes Mellitus. *Journal of Nursing, Public Health, and Education*, 19(3). 47-58.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Roy-Matton, N., Moutquin, J. M., Brown, C., Carrier, N., & Bell, L. (2011). The Impact of Perceived Maternal Stress and Other Psychosocial Risk Factors on Pregnancy Complications. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 66(8), 475-476.
- Singh, S. K., & Rastogi, A. (2008) Gestational Diabetic Mellitus. *Diabetes & Metabolic Syndrome*, 2(3), 227-234. doi: org/10.1016/j.dsx.2008.04.007
- Soannoi, S. (2000). *Effect of Supportive Nursing Care on Stress of Pregnant Women with Gestational Diabetes During Hospitalization*, Graduate school, (Maternal and Child Nursing). Graduate school, Mahidol University. (in Thai)
- Srisawad, K., & Panyapinijngoon, C. (2016). Stress Among Pregnant Adolescents. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 17(2), 7-11. (in Thai)



- Stark, M. A., & Brinkley, R. L. (2007). The Relationship Between Perceived Stress and Health-Promoting Behaviors in High-Risk Pregnancy. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 21(4), 307-314.
- Suzie, D., Brin, F. S. G., Warren, S. D., Keith, J. C., Julie-Anne, P. B., & Robert, G. M. (2003). Gestational Diabetes Mellitus: Is a Diagnosis Associated with an Increase in Maternal Anxiety and Stress in the Short and Intermediate Term?. *Diabetes Care*, 26(2), 385-389.
- Vargas, R., Repke, J. T., & Ural, S. H. (2010). Type 2 Diabetes Mellitus and Pregnancy. *Reviews on Obstetrics and Gynecology*, 3, 92-100.
- Wongchantara, T., Uthaseri, S., Panncharoenworakul, K., & Serisathien, Y. (2001). Self-esteem Perceived Benefits and Health-promoting Behaviors in Diabetic Pregnant Women. *Christian University of Thailand Journal*, 7(1), 45-58.

จิตตปัญญาศึกษา: กิจกรรมและการประเมินการเรียนรู้สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต Learning Activities and Assessment Based on the Contemplative Education Philosophy

กรศศิ์ ชิดดี^{1*}, ศิริพันธ์ ศิริพันธ์², กรรณิกา เกตุนิล³, มุสลิมห์ โตแปเราะ² และ นันทา กาเลี้ยง²
Kornsasi Chiddee^{1*}, Siriphan Siriphan², Kannika Katenil³, Muslin Tohpaeroh² and Nanta Kaleang²
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีราช^{1*}, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์²,
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภุชเรสุริ³
Boromarajonani College of Nursing, Chakiraj^{1*}, Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University²,
Faculty of Nursing Phetchaburi Rajabhat University³

(Received: May 10, 2019; Revised: June 26, 2019; Accepted: July 08, 2019)

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อนำเสนอกิจกรรมและการประเมินการเรียนรู้สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา โดยจิตตปัญญาศึกษาเป็นกระบวนการเรียนรู้ด้วยใจอย่างใคร่ครวญ เน้นการพัฒนาตนเองอย่างแท้จริง ประกอบด้วยการเรียนรู้ด้านพลังชีวิตและการกระทำ การเรียนรู้ด้านความรู้สึก และการเรียนรู้การคิดและตัดสินใจ ซึ่งเรียกอย่างง่ายว่า มือ/กาย ใจและหัวนำมาจัดการเรียนรู้โดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางทั้ง 2 แบบ คือ แบบเน้นตัวผู้เรียนนำตนเอง และแบบเน้นประสบการณ์ การเรียนแบบลงมือปฏิบัติจริง นั้นใช้ “กิจกรรม” เป็นหลักในการเรียนการสอน โดยการ “ปฏิบัติจริง” ประเมินความก้าวหน้าของผู้เรียนเป็นระยะด้วยวิธีการที่หลากหลาย เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ ความเข้าใจและความสามารถ ณ ปัจจุบัน ขณะกระบวนการจิตตปัญญาศึกษาการจัดการเรียนรู้นี้สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสงบนิ่งอยู่กับตนเอง เป็นการพัฒนาร่างกาย (HAND) ได้แก่ กิจกรรมการทำสมาธิ (การสงบนิ่ง) การภาวนา การผ่อนคลายกระดูกสันหลัง เพื่อฝึกสติและการตามรู้อารมณ์ ความคิด ความรู้สึกของตนเอง ขั้นตอนที่ 2 การสรรค์สร้างประสบการณ์ เป็นการพัฒนาร่างใจ (HEART) ได้แก่ กิจกรรม การวาดภาพ และระบายสี เพื่อสื่อสารความคิดโดยใช้ลายเส้นและสีสันท การสัมภาษณ์ การเคลื่อนไหวตามจังหวะ เพื่อฝึกสติและการเปิดรับผู้อื่น ขั้นตอนที่ 3 การให้ความรู้พัฒนาร่างจิต (HEAD) ได้แก่ กิจกรรม การบรรยายเรื่องหลักการพื้นฐานจิตตปัญญาศึกษา สุนทรีสนทนา เพื่อฝึกฟังผู้อื่นอย่างตั้งใจและลดอคติของตนเอง กงล้อสี่ทิศ (การเรียนรู้บุคลิกภาพตนเองและผู้อื่น) การใช้สุนทรีสนทนา การแบ่งปันและการแลกเปลี่ยน การฟังเรื่องเล่าจากเพื่อนอ่านบทกลอน บทกวี ของรักของหวง ฝึกการใช้อายตนะ 6 ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนความคิด ได้แก่ กิจกรรมให้ประเมินตนเอง (Self-Reflection) การบันทึกผลการเรียนรู้ (Journal Writing) และประเมินโดยผู้สอน

คำสำคัญ: จิตตปัญญาศึกษา, กิจกรรมและการประเมินการเรียนรู้, นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: tim2007pon@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 095-2511123)

Abstract

This descriptive article aimed to present activities and learning assessments for bachelor of nursing science students that are based on contemplative education, a philosophy of higher education that integrates introspection and experiential learning into academic study in order to support academic and social engagement, develop self-understanding as well as analytical and critical capacities, and cultivate skills for engaging constructively with others. Informed by the many forms of contemplative practice in philosophies and religions the world over, contemplative education invites students to embrace the immediacy of their interior lives as a means for applying their own first-person experiences to what they are learning in their classrooms. Contemplative practices invite close observation of phenomena (e.g., natural processes, cultural productions, mental and emotional states, biases, media). These practices provide opportunities to develop attention and focus, increase awareness and understanding, listen and speak across difference, support creative approaches to problem solving, and consider the impacts of our actions on the world at large. The proposed activities in this study are divided in 4 steps. Step 1 consists in physical (HAND) and meditation practices, such as prayer and relaxation, with a focus on mindfulness, in order to being aware of one's emotions, thoughts and feelings. Step 2 includes experiences on development of the heart base (HEART), such as drawing and coloring activities to communicate ideas using lines and colors. Step 3 focuses on interview practice, with active listening to the speaker. It could be sharing and exchanging activities, listening to stories from friends, reading poems, etc. Step 4 is to express reflecting thoughts, so activities consist in self-assessment and reflection, for example journal writing and assessment by the instructor.

Keywords: Contemplative Education, Learning Activities, Assessment, Nursing Students

บทนำ

จุดมุ่งหมายของการศึกษาทุกระดับเป็นไปเพื่อส่งเสริมพัฒนาการสูงสุดของศักยภาพของบุคคล ตามที่นักทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มมนุษยนิยม (Humanism) เช่น มาสโลว์ (Maslow) โรเจอร์ (Rogers) โคมส์ (Combs) (Khemmani, 2007) เชื่อว่ามนุษย์มีศักยภาพในการพัฒนาตนเอง และให้ความสำคัญกับคุณค่าของความเป็นมนุษย์ เพราะมนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรี มีความดีงาม มีความสามารถ และมีแรงจูงใจภายในที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเองไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์หากได้รับอิสรภาพและเสรีภาพ การจัดการเรียนการสอนจึงให้ความสำคัญกับความเป็นเจ้าของการเรียนรู้ (Ownership) ของผู้เรียน โดยมีครูผู้สอนเป็นผู้ช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกให้เกิดการเรียนรู้ (Chiddee, 2016) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา ที่ว่าจิตตปัญญาศึกษาหมายถึงกระบวนการเรียนรู้ด้วยใจอย่างใคร่ครวญ การศึกษาที่เน้นการพัฒนาภายในอย่างแท้จริง เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้ถึงคุณค่าของสิ่งต่าง ๆ โดยปราศจากอคติเกิดความรักความเมตตา อ่อนน้อมต่อธรรมชาติมีจิตสำนึกต่อส่วนรวม และสามารถเชื่อมโยงศาสตร์ต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ในชีวิตได้อย่างสมบูรณ์ (Thongtavee, 2008)

กระบวนการเรียนรู้ตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษากล่าวถึงการเรียนรู้ของมนุษย์แบบองค์รวม ประกอบด้วยการเรียนรู้ด้านพลังชีวิตและการกระทำ (Willing and Doings) การเรียนรู้ด้านความรู้สึก (Feeling) และการเรียนรู้ การคิดและตัดสินใจ (Thinking and Judging) ซึ่งเรียกอย่างง่ายว่า มือ/กาย (Hands) ใจ (Heart) และหัว(Head) ผู้เรียนจะต้องมีประสบการณ์ในเชิงรูปธรรมเสียก่อน จากนั้นจึงคิดใคร่ครวญต่อประสบการณ์นั้นๆ ผ่านแง่มุมต่างๆ ซึ่งจากการสังเกตอย่างใคร่ครวญ (Reflective Observations) นี้เองผู้เรียนจะสร้างมโนทัศน์ใน

เชิงนามธรรมขึ้นมา เพื่อสร้างฐานความคิดหรือมุมมองจากการบูรณาการข้อสังเกตต่าง ๆ เข้าด้วยกัน และใช้ฐานความคิดเหล่านี้เป็นแนวทางนำสู่การลงมือปฏิบัติจริง เป็นพฤติกรรมกระทำด้วยตนเอง (Nilakovit, & Chantasuk, 2009) กระบวนการเรียนรู้ตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา มีลักษณะกิจกรรมเชิงปฏิบัติการที่หลากหลาย เพื่อพัฒนาการเรียนรู้ของผู้เรียนอย่างสมบูรณ์ครบ 3 ฐาน คือ ฐานหัว/คิดเป็นการพัฒนาด้านความรู้ ความเข้าใจ ฐานใจ เป็นการพัฒนาด้านความรู้สึก และฐานมือ/กาย เป็นการพัฒนาด้านการปฏิบัติหรือพฤติกรรมสู่การสร้างเสริมวินัยในตนเอง ว่าด้วยกำเนิดของการควบคุมตนเอง หรือการมีวินัยในตนเองโดยกล่าวไว้ว่า การเรียนรู้ที่เกิดจากความสัมพันธ์ด้วยความรัก ความเมตตาความปรารถนาดี จะสร้างให้บุคคลเกิดความรู้สึกไว้วางใจ เกิดความพอใจ นำไปสู่การยอมรับ และปฏิบัติตามค่านิยมสั่งสอนหรือมีพฤติกรรมเลียนแบบผู้ที่ตนรักและพอใจ เกิดความสุข และพอใจได้เองโดยไม่มีใครบังคับ หรือไม่หวังผลตอบแทนสิ่งใดจากภายนอกเป็นการให้รางวัลและชมเชยตนเอง ความสามารถในการให้รางวัลตนเองนี้ เป็นการแสดงถึงการบรรลุภาวะทางจิตของบุคคล ผู้ที่บรรลุภาวะทางจิตอย่างสมบูรณ์เป็นผู้ที่สามารถควบคุมตนเองให้ปฏิบัติตนอย่างมีเหตุผลในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีจิตสำนึกซึ่งหมายถึง การเกิดวินัยในตนเอง (Suttachinda, 2000) และการกำหนดเป็นวิธีการประเมินผลการสร้างเสริมวินัยในตนเองนั้น ได้นำทฤษฎีการคงตัวและการเปลี่ยนแปลงของระบบความเชื่อที่พัฒนาโดย Rokeach ในปี 1968 (Sethakomkun, 2014) ได้กล่าวไว้ว่า ความเชื่อแบบข้อกำหนด (Prescriptive Belief) เป็นความเชื่อที่ชี้ทางและเป้าหมายของการกระทำ เชื่อว่าสิ่งใดควรทำ ไม่ควรทำ และมีองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ 1) องค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive) บุคคลนั้นมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิถีปฏิบัติ และจุดหมายของชีวิตที่ตนปรารถนา 2) องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective) เป็นความรู้สึกที่มีต่อสิ่งนั้น เช่น ชอบ ไม่ชอบ รักหรือเกลียด 3) องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral) ความรู้สึกเป็นตัวนำไปสู่การปฏิบัติ เป็นพฤติกรรม โดยทำการประเมินระดับพัฒนาการ และการประเมินตนเองด้วยวิธีอัตวิสัยประยุกต์ตามหลักการของจิตตปัญญาศึกษา โดยให้ผู้เรียนพูด อธิบาย ทำการบันทึกการเรียนรู้และความรู้สึกของตนเอง การให้สัมภาษณ์และการสังเกตพฤติกรรมโดยผู้สอน และใช้แบบทดสอบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมวินัยในตนเอง ใช้บันทึกการเรียนรู้ของผู้เรียนและการสัมภาษณ์ วัดความรู้สึก การเรียนรู้การเปลี่ยนแปลง การเห็นคุณค่าภายในตน ใช้การสังเกตวัดประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตน

ปัจจุบันได้มีการนำแนวคิดจิตตปัญญาศึกษามาจัดการเรียนรู้สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อพัฒนานักศึกษาในหลายด้าน ได้แก่ การพัฒนาการดูแลแบบองค์รวม การพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์โดยใช้กระบวนการสุนทรียสนทนา การพัฒนาสุขภาวะทางจิตวิญญาณของนักศึกษา และนำมาบูรณาการทั้งในรายวิชาทฤษฎีและวิชาปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่า การนำแนวคิดจิตตปัญญาศึกษามาประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนรู้ จะพัฒนาให้นักศึกษาเรียนรู้อย่างเปิดกว้าง มีการตระหนักรู้ในตนเอง มีสติ สมาธิ มีสุขภาวะทางจิตวิญญาณ เชื่อมมั่นและไว้วางใจ เคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Suwannaka, 2009; Khamsawarde, 2009; Imnamkhao, 2011; Chumpeeruang, Wattanatorn, Hingkanont, & Keawurai, 2013; Jantaweemuang, 2016)

จากแนวคิดของกลุ่มมนุษยนิยมและการจัดกระบวนการเรียนรู้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษา สามารถนำแนวคิดทั้ง 2 แนวคิดมาพัฒนาการจัดการเรียนรู้สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตโดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางทั้ง 2 แบบ คือ แบบเน้นตัวผู้เรียนนำตนเอง และแบบเน้นประสบการณ์ มุ่งเสริมสร้างศักยภาพของนักศึกษาในการดูแลตนเอง เสริมสร้างนักศึกษาให้มีความสามารถ และมีศักยภาพ (Individual and Potential) ในการตัดสินใจเลือกกระทำสิ่งต่าง ๆ ตามที่ตนพึงพอใจ และจะรับผิดชอบในผลของการกระทำนั้น ๆ (Chiddee, 2016) บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อนำเสนอกิจกรรมและการประเมินการเรียนรู้สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา

กิจกรรมการเรียนรู้ตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา

การเรียนรู้แบบ แบบลงมือปฏิบัติจริง (Learning by Doing) นั้นใช้ “กิจกรรม Activity” เป็นหลักในการเรียนการสอน โดยการ “ปฏิบัติจริง Doing” ในเนื้อหาทุกขั้นตอนของการเรียนรู้ เป็นการเรียนรู้ด้วยตนเอง ทุกคนในกลุ่มเป็นผู้ปฏิบัติ ผู้สอนเป็นพี่เลี้ยงและผู้ฝึกหัด แต่กิจกรรมที่นำมาใช้นี้ต้องมีประสิทธิภาพในการเรียนรู้ เนื้อหานั้นๆ มีจุดมุ่งหมาย สนุก น่าสนใจ ไม่ซ้ำซากจนก่อให้เกิดความเบื่อหน่าย และทำให้ผู้เรียนรู้ว่าวางแผนพัฒนาตนเองอย่างไร ดังนั้น ผู้สอนจึงเป็น “นักออกแบบกิจกรรม Activity Designer” มืออาชีพ ที่สามารถ “มองเห็นภาพกิจกรรม” ได้ทันที Eka (2019) ดิคและคาเรย์ (Dick, & Carey, 1996 cite in Chiddee, 2016) ได้เสนอการพัฒนาและเลือกกิจกรรมการเรียนการสอน เป็นการนำกลวิธีการสอนที่ได้วางไว้มาคัดเลือกกิจกรรมการเรียนการสอนรวมถึงการสร้างคู่มือผู้เรียน คู่มือผู้สอน สื่อการเรียนการสอน แบบวัดและประเมินผล การพัฒนาในขั้นตอนนี้ ต้องสอดคล้องกับรูปแบบการเรียนการสอนที่เลือกและทรัพยากรการเรียนรู้ที่เหมาะสมและสามารถหาได้ง่าย โดยออกแบบและสร้างแบบประเมินผลย่อย การประเมินผลย่อยเป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประมวลผลว่า จะพัฒนาการเรียนการสอนให้ดีขึ้นอย่างไร ซึ่งการประเมินผลย่อยสามารถทำได้ 3 วิธี คือ 1) ประเมินตัวต่อตัว (One-to-One Evaluation) เช่น ใช้ประเมินตนเอง (Self-Reflection) การบันทึกผลการเรียนรู้ (Journal Writing) 2) การประเมินกลุ่มย่อย (Small Group Evaluation) และ 3) การประเมินภาคสนาม (Field Evaluation) เป็นการใช้เทคนิคในการประเมินทั้งสื่อการเรียนการสอนและการจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียน

การประเมินการเรียนรู้ตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา

ความหมายของการประเมิน (Assessment) เป็นการประเมินความก้าวหน้าการเรียนรู้ ประกอบด้วยวิธีการที่หลากหลายมีทั้งง่าย ๆ จนถึงวิธีการที่ซับซ้อน เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ ความเข้าใจที่เป็นปัจจุบันเกี่ยวกับความสามารถของผู้เรียน โดยใช้หลักการของการประเมินการเรียนรู้ ดังนี้

1. การประเมินที่เหมาะสมต้องเกิดจากความเข้าใจที่ชัดเจนทั้งผู้สอนและผู้เรียนและผู้สอนใช้วิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
2. การประเมินการเรียนการสอนในชั้นเรียนเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่การตัดสินคุณภาพของการสอน
3. ผู้เรียนมีส่วนในการประเมินและนำผลการประเมินไปใช้ได้
4. การตั้งเป้าหมายเป็นสิ่งสำคัญของการประเมิน ดังนั้นเป้าหมายต้องชัดเจน
5. การประเมินที่ดีต้องมีคุณภาพสูงมีหลักการและความเที่ยงตรงที่เชื่อถือได้
6. การประเมินเป็นสิ่งที่แต่ละคนต้องมีความเข้าใจและนำไปใช้เพื่อการพัฒนาการเรียนรู้และการเรียนการสอน
7. การประเมินเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนการสอนที่ขาดไม่ได้

สรุปการประเมินการเรียนรู้ตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา (Chiddee, 2016) ได้ใช้การประเมินผู้เรียนระหว่างการดำเนินกิจกรรม และการประเมินหลังการจัดกิจกรรม และการประเมินร่วมกันเพื่อนำผลไปพัฒนาตนเองและการเรียนรู้ต่อไป

กระบวนการจิตตปัญญากับการวางแผนจัดการเรียนรู้

กระบวนการจิตตปัญญาที่นำมาวางแผนจัดการเรียนรู้ มี 4 ขั้นตอน ดังนี้ (Chiddee, 2016)

ขั้นตอนที่ 1 สงบนิ่งอยู่กับตนเอง เป็นการสร้างความตระหนักรู้ในตนของผู้เรียน มีสติ และสมาธิ จัดบรรยากาศห้องเรียนให้มีบรรยากาศสงบเย็น ผู้สอนแสดงพฤติกรรมการสงบนิ่งอยู่กับตนเอง ร่วมสนทนากับผู้เรียนในบรรยากาศกัลยาณมิตร

ขั้นตอนที่ 2 สร้างสรรค์ประสบการณ์จากกิจกรรม เป็นการร่วมปฏิบัติกิจกรรมการเรียนรู้ตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาได้แก่

1. เรียนรู้ผ่านความสงบนิ่งฝึกการสงบนิ่งก่อนเรียนช่วยให้มีสมาธิในการเรียนดีขึ้น เรื่องอารมณ์ ความจำ ความคิดให้ดีขึ้น มีความพร้อมในการเรียน ได้ทำอะไรซ้ำลง

2. เรียนรู้ผ่านการเคลื่อนไหว ฝึกให้มีสมาธิกับการเคลื่อนไหวที่สอดคล้องกัน กระตุ้นให้ร่างกายตื่นตัว การเคลื่อนไหวตามจังหวะนี้ทำให้ได้สะท้อนตนเอง รู้จักตนเองมากขึ้น เห็นข้อบกพร่อง ข้อจำกัดของตนเอง

3. เรียนรู้ผ่านกระบวนการเชิงสร้างสรรค์ได้ฝึกปฏิบัติ “การเรียนรู้ด้วยใจที่ใคร่ครวญ” หมายถึง การเปิดประสาทสัมผัส ผ่าสิ่งเกิดสิ่งต่างๆ และสังเกตตนเองไปพร้อม ๆ กัน กิจกรรมที่จัดทำให้รู้สึกผ่อนคลาย นักศึกษาได้เรียนรู้จากประสบการณ์ตรงของตนเอง และผ่านการสะท้อนแลกเปลี่ยนบทเรียนของตนเอง

4. เรียนรู้ผ่านกระบวนการเชิงสัมพันธ์การฟังเรื่องเล่าจากเพื่อนๆ เพื่อให้ได้เรียนรู้ผ่านมุมมองของผู้อื่นการอ่านบทกลอน บทกวีของรักของหวง การแบ่งปันและการแลกเปลี่ยนการหยุดรับฟัง การฟังอย่างลึกซึ้ง ปราศจากอคติ ไม่ตัดสินผู้อื่นจากประสบการณ์เดิม การเปิดใจยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง การสนทนากลุ่มทำให้ได้เรียนรู้มุมมองของเพื่อน ได้ระบายความรู้สึก ได้ทบทวนตัวเอง นอกจากนั้นยังทำให้ความสัมพันธ์กับเพื่อนดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การให้ความรู้ เป็นการให้ความรู้ในหัวข้อตามรายวิชา เช่น เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยของบุคคลวัยผู้ใหญ่แบบองค์รวม หลักการพื้นฐานตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา

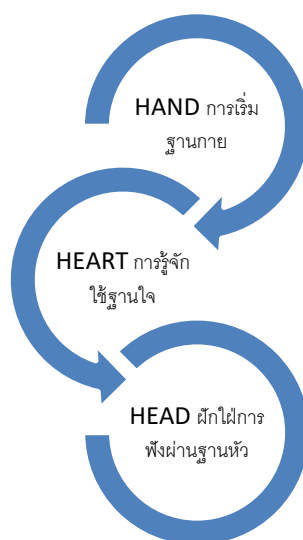
ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนความคิดจากประสบการณ์ที่ได้รับตามกิจกรรม เป็นการประเมินผู้เรียนระหว่าง การดำเนินกิจกรรม โดยการประเมินตนเองและประเมินโดยกลุ่มเพื่อน (Group Reflection) และการประเมินหลังการจัดกิจกรรม โดยการประเมินตนเอง (Self Reflection) มีการบันทึกผลการเรียนรู้ (Journal Writing) และการประเมินร่วมกัน

ผู้เขียนได้นำกระบวนการจิตตปัญญาศึกษามากำหนดรูปแบบการเรียนรู้ดังนี้

ขั้นเริ่มที่ฐานกาย (HAND) เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้นักศึกษาได้มีโอกาสเตรียมร่างกายให้พร้อมสำหรับเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ประกอบด้วยกิจกรรมผ่อนคลายกระดูกและทำสมาธิด้วยวิธีการอานาปานสติ เดินตามจังหวะเพลง โยคะ การนวด

ขั้นรู้จักใช้ฐานใจ (HEART) เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติการเรียนรู้ด้วยใจที่ใคร่ครวญ ด้วยหลักการสุนทรียสนทนา กิจกรรมที่จัดทำให้รู้สึกผ่อนคลาย สอดแทรกความสนุกสนาน

ขั้นฝึกฝนการฟังพัฒนาฐานคิด (HEAD) และเสริมสร้างประสบการณ์เป็นการใช้สุนทรียสนทนาฝึกการฟังอย่างลึกซึ้งสรุปรูปแบบการเรียนรู้ดังภาพ 1 (Chiddee, 2016)



ภาพ 1 รูปแบบการเรียนรู้ 3H

กรณีตัวอย่างการใช้กระบวนการจิตตปัญญาวางแผนจัดการเรียนรู้ รายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 มีกิจกรรมและการประเมินการเรียนรู้ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 สงบนิ่งอยู่กับตนเอง การสงบนิ่งเป็นการพัฒนาฐานกายเพื่อการลงมือกระทำ (HAND)
วัตถุประสงค์ เพื่อให้นักศึกษาได้

1. ทบทวนความคิดและความรู้สึกของตนเองที่ชัดเจนและอย่างลึกซึ้ง
2. ฝึกการตามรู้เท่าทันความคิดและความรู้สึกของตนเองอย่างเป็นปัจจุบัน
3. ยอมรับในข้อจำกัดของตนเองผ่านการภาวนาด้วยการเดินเข้าจังหวะเพลง

กิจกรรม การภาวนา การผ่อนคลายกระดูก การเปิดเพลงบรรเลง (พร้อมพุดนาสน์ ๆ นักศึกษานั่งหรือนอนตามอริยาถัย เพื่อฝึกสติและการตามรู้อารมณ์) ความคิด ความรู้สึกของตน การทำสมาธิ

การประเมินตนเองโดยบันทึกผลการเรียนรู้ของนักศึกษา

ผลที่คาดว่าจะเกิดกับนักศึกษา การสงบนิ่งก่อนเรียนช่วยให้มีสมาธิในการเรียนดีขึ้น เรื่องอารมณ์ ความจำ ความคิดให้ดีขึ้น มีความพร้อมในการเรียน ได้ทำอะไรช้าลง ความสงบ ความนิ่ง และการผ่อนคลาย ความสบายใจ การมีสติ จดจ่อ ช่วงเวลานี้เป็นช่วงเวลาที่ได้ย้อนกลับมามองตัวเอง ได้อยู่กับตัวเอง ทำให้ตระหนักรู้ในตัวเองมากขึ้น รู้จักการปล่อยวาง ตัดความคิด หยุดการกระทำ

ขั้นตอนที่ 2 การสรรค์สร้างประสบการณ์เป็นการพัฒนาฐานใจ เพื่อการรู้สึก (HEART)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้นักศึกษา

1. เข้าใจลักษณะนิสัยและแรงขับภายในที่ก่อให้เกิดการกระทำต่าง ๆ ของตนเองและผู้อื่น
2. พัฒนาทักษะการฟังและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของตนเองและผู้อื่น
3. พัฒนาทักษะการเฝ้าสังเกตอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองในการทำงานคนเดียวและทำงานร่วมกับผู้อื่น
4. เรียนรู้และนำกิจกรรมเคลื่อนไหวไปประยุกต์ใช้ในการทำงานเพื่อให้บริการด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการทำงานเพื่อให้บริการด้านสุขภาพ

กิจกรรม การสัมภาษณ์/การเคลื่อนไหวตามจังหวะ(เพื่อฝึกสติและการเปิดรับผู้อื่น เช่น การปรบมือ การเป็นผู้นำผู้ตาม) การฟังเรื่องราวของเพื่อน ๆ การอ่านข้อเขียน/บทความที่บรรยายความรู้สึก การวาดภาพ และระบายสี (เพื่อสื่อสารความคิดโดยใช้ลายเส้น และสีแทน)

การประเมินตนเองโดยบันทึกผลการเรียนรู้ของนักศึกษา

ผลที่คาดว่าจะเกิดกับนักศึกษา การเคลื่อนไหวตามจังหวะนี้ทำให้ได้สะท้อนตนเอง รู้จักตนเองมากขึ้น เห็นข้อบกพร่อง ข้อจำกัดของตนเอง ความไร้จังหวะ การขาดสติ ความสนุกสนาน ความผ่อนคลาย การลิ้มความทุกขในชั่วขณะ เกิดสติ มีสมาธิ ทำให้เรียนรู้ที่จะถ่ายทอดความคิด การมีสติกับการวาดภาพและระบายสี การอ่านข้อเขียน (เพื่อขอบคุณสรรพสิ่งในโลก ให้ความรู้สึกว่าทุกสิ่งทุกอย่างบนโลกใบนี้ล้วนแล้วแต่สัมพันธ์และเชื่อมโยงกัน) มีสมาธิกับการเคลื่อนไหวที่สอดคล้องประสานกัน กระตุ้นให้ร่างกายตื่นตัว การเรียนรู้เกี่ยวกับความสามัคคี ความพร้อมเพรียง ความไว้วางใจกันและกัน การเปิดใจรับเรียนรู้ (สมาธิสามารถเกิดได้ทุกที่มิใช่การนั่งเพียงอย่างเดียว)

ขั้นตอนที่ 3 การให้ความรู้เป็น การพัฒนาฐานหัวเพื่อการคิด (HEAD)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้นักศึกษา

1. เข้าใจในความแตกต่างระหว่างบุคคล พัฒนาทักษะการสังเกตและบันทึกการสังเกตในลักษณะต่าง ๆ
2. เข้าใจถึงความสำคัญของการประสานกายและจิต ที่แตกต่างกันเชื่อมโยงสู่การทำงานบริการด้านสุขภาพที่ต้องมีการประสานงานกันระหว่างบุคคลที่มีความแตกต่างกัน
3. เฝ้ามองและรับฟัง สิ่งที่เพื่อนแลกเปลี่ยนอย่างตรงตามความเป็นจริงไม่มีอคติ

4. มีสมาธิกับการร่วมกิจกรรมและพัฒนาทักษะการเฝ้าสังเกตตนเอง

กิจกรรม การบรรยายเรื่องหลักการพื้นฐานจิตตปัญญาศึกษา สุนทรียสนทนา (การตั้งใจฟัง และ แขนวลอยการตัดสินใจผู้พูด ฟังผู้อื่นอย่างตั้งใจและลอคคิตของตนเอง) กงล้อสี่ทิศ (การเรียนรู้บุคลิกภาพตนเอง และผู้อื่น) การใช้สุนทรียสนทนาเกี่ยวกับเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยของบุคคลเช่น ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่ โรคจากวิถีชีวิต (Lifestyle) เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง ปัญหาจากการทำงาน การเผชิญปัญหาและการปรับตัวสุขภาพวัยทอง การฟังเรื่องเล่าจากเพื่อนๆ เพื่อให้ได้เรียนรู้ผ่านมุมมองของผู้อื่นอ่านบทกลอน บทกวี ของรักของหวง การแบ่งปันและการแลกเปลี่ยนการสนทนาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้พูด การเขียนแผนการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลบนพื้นฐานทฤษฎีการดูแลด้วยความเอื้ออาทร โดยยึดหลักจริยธรรมและหลักสิทธิมนุษยชน ฝึกการใช้ายตนะ 6 การสังเกตอย่างใคร่ครวญโดยสังเกตผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 6 เฝ้ามองอย่างเปิดรับความเป็นตัวตน

การประเมินตนเองโดยบันทึกผลการเรียนรู้ของนักศึกษา

ผลที่คาดว่าจะเกิดกับนักศึกษา นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจ ตระหนักรู้ ถึงความสำคัญหลักการพื้นฐานจิตตปัญญาศึกษาสุนทรียสนทนา (การหยุดรับฟัง การฟังอย่างลึกซึ้ง ปราศจากอคติ ไม่ตัดสินผู้อื่นจากประสบการณ์เดิม การเปิดใจยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง การสนทนากลุ่มทำให้ได้เรียนรู้มุมมองของเพื่อน ได้ระบายความรู้สึก ได้ทบทวนตัวเอง นอกจากนั้นยังทำให้ความสัมพันธ์กับเพื่อนดีขึ้น) นักศึกษานำแผนการสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ในการฝึกภาคปฏิบัติต่อไป ความสงบ สมาธิ (ได้ฝึกการสังเกตรายละเอียด การสังเกตอย่างใคร่ครวญทำให้ได้คิดทบทวน ได้ใช้เวลาอยู่กับตัวเอง ทำให้เรียนรู้เกี่ยวกับตัวเองการฟังเรื่องเล่าทำให้เกิดความรู้สึกสนุกและซาบซึ้ง) ในขณะเดียวกันได้คิดเชื่อมโยงกับวิชาพยาบาล เช่น การเห็นคุณค่าของคำว่าพยาบาล การตระหนักถึงหน้าที่ของพยาบาล ความรู้สึกซาบซึ้งในวิชาชีพพยาบาลการเข้าใจผู้ป่วย การฟังประสบการณ์จากเพื่อนๆ ทำให้ได้เรียนรู้ชีวิต เข้าใจสัจธรรมของการใช้ชีวิต ได้รับแรงบันดาลใจในการค้นหาตัวเองและการดำเนินชีวิต

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนความคิดจากการจัดกิจกรรม

วัตถุประสงค์ เพื่อให้นักศึกษา

1. ประเมินผลการพัฒนาตนเองเกี่ยวกับการมองตัวเอง การตระหนักรู้ในตัวเอง การปล่อยวาง
2. ตระหนักรู้อารมณ์ ความจำ ความคิดได้ดีขึ้น มีความพร้อมในการดำเนินชีวิต

กิจกรรม การประเมินตนเอง (Self-Reflection) การบันทึกผลการเรียนรู้ (Journal Writing) ประเมินโดยผู้สอน

การประเมินตนเองโดยบันทึกผลการเรียนรู้ของนักศึกษา

ผลที่คาดว่าจะเกิดกับนักศึกษา เข้าใจตนเองมากขึ้น ได้ทบทวนตัวเอง ได้ระบายอารมณ์ ความรู้สึก การรับรู้ร่างกายและจิตใจของตนเองและเพื่อน

กิจกรรมที่ใช้เพื่อเตรียมผู้เรียนให้พร้อมต่อการเรียนรู้ด้วยกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้นักศึกษาได้เรียนรู้เนื้อหาผ่านประสบการณ์ในการเรียนรู้ของตนเองและผู้อื่นในบริบทการเรียนรู้ร่วมกันในชุมชนแห่งการเรียนรู้ โดยการออกแบบการจัดการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับเนื้อหาและเวลาที่รายวิชากำหนดโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ขั้นปรับฐานกาย (HAND)

เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้นักศึกษาได้มีโอกาสเตรียมร่างกายให้พร้อมสำหรับเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ก่อนเริ่มชั้นเรียน/หลังจากที่เข้าชั้นเรียนวิชาอื่นโดยมีรายละเอียด

1.1 การดำเนินกิจกรรม กลุ่มกิจกรรมนี้ประกอบด้วยกิจกรรมผ่อนคลายตระหนักรู้ และ ทำสมาธิด้วยการเดินเข้าจังหวะเพลง ดังนี้

การผ่อนคลายกระตือรือร้น เริ่มต้นด้วยการให้นักศึกษา นอนหงายราบลงกับพื้น วางมือทั้ง 2 ข้างแนบ ลำตัว หลังตา เปิดเพลงที่มีจังหวะต่ำกว่าอัตราการเต้นของหัวใจเล็กน้อย เพื่อสร้างบรรยากาศที่สงบ กระบวนการ พุดบพบความเกี่ยวกับการผ่อนคลายอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า จากนั้นจึงค่อย ๆ นำ จินตนาการของนักศึกษาออกสู่ธรรมชาติอันสวยงามและ/หรือ การมองธรรมชาติมองเพื่อนร่วมงาน ในฐานะเป็น หนึ่งเดียวกัน เป็นสิ่งที่ใช้หายใจร่วมกันแล้วค่อยๆ นำพาจินตนาการของนักศึกษาเข้าสู่ร่างกาย ณ ปัจจุบันขณะอีก ครั้งหนึ่ง

1.2 วัตถุประสงค์ของกิจกรรม มีดังนี้ เพื่อให้นักศึกษา

1.2.1 มีสมาธิกับการร่วมกิจกรรมและพัฒนาทักษะการเฝ้าสังเกตตนเอง

1.2.2 ยอมรับในข้อจำกัดของตนเองผ่านการทำสมาธิด้วยการเดินเข้าจังหวะเพลง

1.3 อุปกรณ์ประกอบการกิจกรรม กลุ่มกิจกรรมปรับฐานกายให้พร้อม มีวัสดุ อุปกรณ์ที่ต้องเตรียม ให้พร้อม ดังนี้

1.3.1 แผ่นซีดีเพลงผ่อนคลาย และเครื่องเล่นแผ่นซีดี ใช้เพลงช้าที่มีจังหวะต่ำกว่าอัตราการเต้น ของหัวใจปกติเล็กน้อย มีช่วงเสียงสม่ำเสมอ ราบรื่น ไม่กระโดดหรือจังหวะเร้าใจเกินไป

1.3.2 ระวัง ใช้เคาะส่งสัญญาณ สำหรับเชิญชวนก่อนเริ่มต้นทำกิจกรรม (ตามเวลา)และเมื่อ เสร็จสิ้นการทำกิจกรรมแล้ว

1.4 การประเมินกิจกรรม ประเมินจากการสะท้อนความคิด/ความรู้สึกของนักศึกษา สังเกตความ พร้อมในการเรียนรู้ของนักศึกษา

2. ขั้นเปิดฐานใจ (HEART)

เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติ “การเรียนรู้ด้วยใจที่ใคร่ครวญ” หมายถึง การเปิด ประสาทสัมผัส เฝ้าสังเกตสิ่งต่างๆและสังเกตตนเองไปพร้อม ๆ กัน เป็นกิจกรรมที่จัดทำให้นักศึกษาได้รู้สึกละเลย สอดแทรกความสนุกสนาน ให้นักศึกษาได้เรียนรู้จากประสบการณ์ตรงของตนเอง และผ่านการสะท้อน แลกเปลี่ยนบทเรียนของตนเองกับเพื่อนๆ ทำให้ไม่รู้สึกถูกบังคับให้เรียนรู้หลักสูตรที่ไม่เชื่อมโยงกับการปฏิบัติ การจัดสถานที่แบบไม่เป็นทางการ ด้วยการนั่งกับพื้นเพื่อให้เกิดบรรยากาศการแลกเปลี่ยนที่เป็นกันเอง เชื่อมโยง สู่พัฒนาความสามารถของนักศึกษาในการรับรู้ ด้วยประสาทสัมผัสที่ละเอียดอ่อน รับรู้และยอมรับประสบการณ์ ของตนเอง และผู้อื่นด้วยกิจกรรมสุนทรียสนทนา ทำความรู้จักตนเอง เฝ้าสังเกตธรรมชาติ และทำงานศิลปะ ดังนี้

2.1 การดำเนินกิจกรรม กลุ่มกิจกรรมนี้ประกอบด้วยกิจกรรมสุนทรียสนทนา กิจกรรมทำความ รู้จักตนเอง กิจกรรมเฝ้าสังเกตธรรมชาติ และกิจกรรมศิลปะ โดยแต่ละกิจกรรมมีรายละเอียดดังนี้

2.1.1 การวาดภาพ เส้นแสดงรูปร่าง (Contour) ถือเป็นทักษะของการเริ่มต้นวาดเขียน โดยใช้ ใจดูใบภาพด้วยสายตา ตั้งสติ มีสมาธิ ใช้ดินสอวาดจนสามารถสัมผัสถึงสิ่งที่เราจะวาด ใช้มือวาด โดยไม่มองมือ จากตาสู่ใจ จากใจสู่มือ ทั้ง 3 ส่วน ต้องสัมพันธ์กัน ใช้การวาดรูปเป็นการสังเกตตนเองจะทำให้เห็นตนเองชัดเจน มากขึ้น ฝึกการสังเกตตนเองในขณะที่ทำ

2.1.2 ภาพโดนใจ ให้นักศึกษาออกไปนอกห้องประชุม ผู้สอนนำโปสเตอร์ภาพต่างๆ มาวาง กระจัดกระจายอยู่กับพื้นที่ มีภาพพระพุทธรูป ภาพทะเล ภาพภูเขาต้นไม้ ดอกไม้ ภาพรูปปั้น ฯลฯ เมื่อให้ สัญญาณด้วยเสียงดนตรี แล้วให้นักศึกษาเริ่มทยอยกันเข้ามาในห้องอีกครั้ง ให้แต่ละคนเดินดูภาพอย่างตั้งใจ ใน ระหว่างที่เดินดูภาพ ให้สำรวจตัวเองว่าเรากำลังดูกับภาพไหนมากที่สุด หรือเราอาจจะไม่ชอบภาพไหนเลย สุดท้าย ต้องเลือกภาพเป็นของขวัญให้กับตนเองสัก 1 ภาพ บอกเหตุผลกับกลุ่มว่าทำไมจึงเลือกภาพนั้น ภาพที่เราเลือกมี อะไรที่ดึงดูดความสนใจเรา เราชอบเพราะอะไร และอธิบายว่าภาพนั้นสะท้อนความเป็นตัวเราอย่างไร

2.1.3 กิจกรรม ของรักของหวง ให้นักศึกษาเตรียมของที่ เป็น ของรักของหวง ของตนเองที่พอ ตัดใจสละได้ พร้อมบอกเล่าเรื่องราวความเป็นมาว่าเพราะเหตุใดจึงเป็น ของรักของหวง ของตนเองมาแลกเปลี่ยน กัน เป็นกิจกรรมสัญลักษณ์ที่มีความหมายและพลังในหลายระดับ ทั้งในแง่การแบ่งปัน การสร้างบรรยากาศของ

ความรักและความเข้าใจกันในกลุ่ม การปล่อยวาง และการเข้าใจตัวตนรวมทั้งแรงจูงใจเบื้องหลังผ่านเรื่องราวและความหมายของของรักนั้น

2.1.4 กิจกรรม สุนทรีสนทนา เริ่มต้นด้วยการอธิบายกติกาการสนทนา คือให้ใคร่ครวญถึงสิ่งที่เป็นความประทับใจ/ของขวัญ/เรื่องราวต่างๆที่ผ่านมาใน ช่วง 2-3 วันนี้/สัปดาห์นี้ แล้วพูดออกมาเมื่อพร้อม และรับฟังสิ่งที่เพื่อนพูดโดยไม่แทรกแซงทั้งด้วยวาจา ท่าทาง หรือแม้แต่ในความคิดของตน

2.1.5 กิจกรรมทำความรู้จักตนเอง การแบ่งปันเพื่อการศึกษาเรื่องพื้นฐานอารมณ์ที่แตกต่างกันของแต่ละคน การศึกษาเรื่องกลั้วสีทึบ การเล่าอดีตชีวิตประวัติ และการสนทนากับเสียงภายในตน (Voice Dialogue)

2.1.6 กิจกรรมเฝ้าสังเกตธรรมชาติเป็นการจัดเวลาให้นักศึกษาเฝ้ามองสิ่งต่าง ๆ ในธรรมชาติ แล้วรายงานผลการเฝ้ามองผ่านการวาดภาพ เริ่มจากสิ่งที่ไม่มีชีวิตไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ก้อนหิน จากนั้นเปลี่ยนเป็นสิ่งที่มีชีวิตและการเปลี่ยนแปลงบ้าง เช่น นั้วมือตนเอง และต้นไม้/ดอกไม้ ในสวนหรือบริเวณโดยรอบๆ ตัว

2.1.7 กิจกรรมสายธารชีวิต เพื่อมุ่งให้นักศึกษาทบทวนตนเองและเรียนรู้วิธีสร้างความไว้วางใจ โดยเริ่มเปิดใจตนเองยอมรับผู้อื่นจากการฟังและเข้าใจเรื่องราวความเป็นมาในชีวิตของเพื่อนในกลุ่ม กิจกรรมกำหนดให้แต่ละคนทบทวนชีวิตของตนเองจากวัยเยาว์จนถึงปัจจุบัน ทำให้ทราบถึงสาเหตุที่ทำให้เรามีความเชื่อทัศนคติ บุคลิกภาพ และจุดอ่อนจุดแข็งในการดำเนินชีวิต แล้วให้ทุกคนผลัดกันเล่าเรื่องของตนเองให้เพื่อนในกลุ่มฟัง

2.2 วัตถุประสงค์ ทั้ง 7 กิจกรรมในกลุ่มกิจกรรมเปิดฐานใจ เพื่อให้นักศึกษา

2.2.1 เข้าใจลักษณะนิสัยและแรงขับภายในที่ก่อให้เกิดการกระทำต่างๆ ของตนเองและผู้อื่น

2.2.2 เข้าใจถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลและปัจจัยสนับสนุนให้เกิดความแตกต่าง

2.2.3 พัฒนาทักษะการเฝ้าสังเกตอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองในการทำงานคนเดียวและทำงานร่วมกับผู้อื่น

2.2.4 พัฒนาทักษะการพูด การฟังและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของตนเองและผู้อื่น

2.3 อุปกรณ์ประกอบการจัดกิจกรรม อุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการจัดกิจกรรมเปิดฐานใจมีดังนี้

2.3.1 อุปกรณ์สุนทรีสนทนา ได้แก่ กระจกสำหรับเป็นสัญญาณบอกเวลา เมื่อความคิดและความรู้สึกของนักศึกษาเริ่มหลุดออกจากวงสนทนา และปากกา/ดินสอ/ยางลบ เป็นอุปกรณ์แสดงสัญลักษณ์การพูด (Talking Stick)

2.3.2 อุปกรณ์ทำความรู้จักตนเอง ได้แก่ แผนภูมิกลั้วสีทึบ และกระดาษบันทึกขนาดเล็กเพื่อบันทึกข้อดีและข้อด้อยของตน (ประกอบกิจกรรมสนทนากับเสียงภายใน)

2.3.3 อุปกรณ์เฝ้าสังเกตธรรมชาติ ได้แก่ อุปกรณ์การวาดและการระบายสีไม้

2.3.4 อุปกรณ์ศิลปะ ได้แก่ อุปกรณ์สีเทียน กระดาษวาดเขียน ดินสอ ยางลบ

2.4 การประเมินกิจกรรม ประเมินจากการสะท้อนความคิด ความรู้สึกและความเข้าใจตนเองของนักศึกษา และสังเกตความสามารถในการจัดทาลองงานทางศิลปะของนักศึกษา

3. กิจกรรมพัฒนาฐานคิด (HEAD) และเสริมสร้างประสบการณ์

เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้นักศึกษาได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ๆ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงแต่ละด้านทั้ง3ด้านคือด้านกาย ด้านจิต ด้านคิด รวมถึงการทำความเข้าใจถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล โดยวางใจเป็นกลาง เห็นในความเป็นธรรมชาติและความงดงามในความแตกต่าง ดังนี้

3.1 การดำเนินกิจกรรม กลุ่มกิจกรรมนี้ประกอบด้วยกิจกรรมการรับฟังเรื่องของนักศึกษา การสนทนาประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับนักศึกษา การเฝ้าสังเกตนักศึกษาและเรียนรู้ว่าใคร่ครวญ ดังนี้

3.1.1 การรับฟังเรื่องราวของนักศึกษา ผู้สอนได้เตรียมเรื่องราวต่าง ๆ เช่น คำชื่นชม คำขอบคุณ คำบอกเล่า นิทาน เรื่องเล่า หรือประสบการณ์ตรงของนักศึกษาในแง่มุมต่าง ๆ มาเล่าให้นักศึกษาที่เข้าร่วมกระบวนการฟังโดยใช้เทคนิคการเล่านิทานอย่างสงบ ให้นักศึกษาในท่าที่ผ่อนคลาย จัดบรรยากาศให้สวยงามน่ารื่นรมย์ สงบและสบายสำหรับนักศึกษาที่สุด แล้วจึงเล่าเรื่องราวหรืออ่านเรื่องราวด้วยท่าที่สงบ น้ำเสียงที่ทุ้มต่ำกว่ำปกติเล็กน้อย เน้นเสียงในส่วนที่น่าสนใจ เว้นจังหวะให้ผู้อ่านและผู้ฟัง ได้ใคร่ครวญบ้าง ทั้งนี้ เรื่องราวที่นำมาเล่าให้นักศึกษา เป็นเรื่องราวในส่วนที่เกี่ยวข้องกับบุคคลพิเศษที่ประสบความสำเร็จในชีวิต แง่มุมที่งดงามของนักศึกษา

3.1.2 การสนทนาประสบการณ์เดิม เป็นการใช้เทคนิคสุนทรียสนทนา โดยเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้ ของเพื่อนแต่ละคนรวมถึงผู้สอนในฐานะเพื่อน

3.1.3 การเฝ้าสังเกตนักศึกษาเป็นการเปิดโอกาสให้นักศึกษาสังเกตสิ่งที่แตกต่างและเน้นรายละเอียดเพิ่มขึ้นจากที่เคยได้สังเกต โดยใช้แบบสังเกตที่ผู้สอนแจกให้แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตมาสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงลักษณะความต้องการและความแตกต่าง สิ่งเปลี่ยนแปลงไปของนักศึกษาแต่ละคน

3.2 วัตถุประสงค์ กลุ่มกิจกรรมเสริมสร้างประสบการณ์ มีดังนี้ เพื่อให้นักศึกษา

3.2.1 เข้าใจในความแตกต่างระหว่างบุคคลและพัฒนาทักษะการสังเกตและบันทึกการสังเกตในลักษณะต่างๆ

3.2.2 เข้าใจถึงความสำคัญของการทำงานร่วมกันที่จะช่วยให้งานต่างๆ เสร็จสมบูรณ์ได้

3.3 อุปกรณ์ประกอบการทำกิจกรรม ชุดเอกสารมีดังนี้ คำชื่นชม คำขอบคุณ คำบอกเล่า นิทาน เรื่องเล่า ของรักของหวงนักศึกษาแต่ละคน

3.4 การประเมินกิจกรรม ประเมินจากการสะท้อนความคิดผ่านการสนทนาของนักศึกษา การสัมภาษณ์และการเฝ้าสังเกตพฤติกรรมของนักศึกษา และการบันทึกการเรียนรู้อิสระ

การประเมินการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงของนักศึกษาจากแบบบันทึกการเรียนรู้อิสระ

การประเมินการเรียนรู้ทั้ง 4 วิธี มีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินตนเองของผู้เรียนจากหัวข้อที่อาจารย์กำหนด นศ. ส่งเอกสารทางเมล และอาจารย์ได้ตอบกลับรายบุคคลโดยให้คำแนะนำ การชมเชยและให้กำลังใจ ส่วนเนื้อหาวิชาประเมินจากชิ้นงานและการสอบปลายภาค

2. การประเมินโดยผู้เรียนบันทึก อาจารย์ประเมินจากคำที่ นศ.บันทึก เช่น “การรู้จักให้และรับ” “เราตั้งใจฟังที่เพื่อนพูดจริง ๆ แล้ว เราก็จะได้รับความรู้จากเพื่อน” “จากการอ่านทำให้มีสติรู้คิด”

3. การให้เพื่อนประเมินเพื่อน ในกิจกรรมกลุ่ม นำเสนอแผนการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองและรับฟังแผนการสร้างเสริมสุขภาพของเพื่อน โดยวิธีการสุนทรียสนทนา

4. การให้ผู้สอนกับผู้เรียนประเมินร่วมกัน โดยการทบทวนบทเรียนหลังทำกิจกรรม (After Action Review)

การเปลี่ยนแปลงของนักศึกษาจากแบบบันทึกการเรียนรู้อิสระ

การสะท้อนการคิดเกี่ยวกับสิ่งที่ได้เรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงจากนักศึกษา “การรู้จักให้และรับไปคู่กัน มีการยกตัวอย่างที่ทำให้เห็นภาพได้ชัดเจน การภาวนา การขอบคุณชื่นชมต่าง ๆ สอนให้รู้จักการยอมรับที่ทำอะไรเพื่อคนอื่น เข้าใจในสิ่งนั้นมีคำสอนมากมายที่ทำให้เกิดการหลุดพ้น ปลอ่ยวางความทุกข์ต่างๆสอนการฝึกปฏิบัติทำสมาธิในรูปแบบที่สามารถเลือกไปปฏิบัติได้

“จากการทำกิจกรรมทำให้หนูรู้สึกถ้าเราตั้งใจฟังที่เพื่อนพูดจริงๆ แล้ว เราก็จะได้รับความรู้จากที่เพื่อนอ่าน แต่มีบางขณะ บางเวลาที่เราแว่ล่อไม่เอื้ออำนวย เช่น เสียงหัวเราะ ก็จะทำให้สติเรากระเจิงไป ต้องเริ่ม

ใหม่บ่อยครั้ง และจากการเรียนรู้ในวิชานี้ตั้งแต่ช่วงแรกทั้งหมดเรื่อยมาทำให้หนูเข้าใจว่า หนูคือนักเรียนเปรียบเหมือนเมล็ดพันธุ์ที่ต้องการน้ำ แร่ธาตุ อากาศ ซึ่งเปรียบเทียบกับเหมือนความรู้ที่อาจารย์มอบให้ เพื่อให้เราเจริญเติบโต งอกงามไปในแต่ละขั้นตอน ซึ่งอาจารย์เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เราเติบโต มีความรู้ ถ้าเราไม่มีอาจารย์เราก็คงไม่คิดไม่มีการเรียนรู้ในหลายเรื่องเกิดขึ้น”

“จากการอ่านทำให้มีสติรู้คิด คิดตามจินตนาการตามสิ่งที่ได้อ่านได้ฟัง เหมือนเป็นการหยุดความคิดที่ฟุ้งซ่านให้เกิดความว่างเปล่าแล้วเกิดจินตนาการตามสิ่งที่ได้ฟังได้พิจารณาสิ่งต่างๆรอบๆตัว ขอบขอบคุณสิ่งที่ทำให้มีเรา ขอบขอบคุณน้ำ ขอบขอบคุณอาหาร เกิดปัญญา รู้ในสรรพสิ่งที่มีความเชื่อมโยงกันมีฉันจึงมีเธอ มีเธอจึงมีฉัน กระดาษไม่สามารถแยกด้านขวาออกจากด้านซ้าย และไม่สามารถแยกด้านซ้ายออกมาจากด้านขวาได้ มีความเป็นหนึ่งเดียว ภัยต่างๆอาจไม่ได้มาจากภายนอกเท่านั้นอาจจะภายในก็ได้ เช่นคำพูดของเรา ที่ทำให้เขาเกิดความกลัวครอบงำเราจึงต้องมีสติ สงบนิ่งแล้วเราจะผ่านไปได้ด้วยดี จากการอ่านครั้งนี้รู้สึกเพลินเหมือนอ่านนิทานได้ จินตนาการตามมีความรู้สอดแทรกในทุกเนื้อหา”

“ให้โอกาสที่จะรักในทุกสิ่งทุกอย่างได้ไหลเคลื่อนไปอย่างอิสระราวกับผีเสื้อตัวน้อยที่บินว่อนอย่างมีความสุขชื่นชมกับทุกสิ่งที่ผ่านเข้ามาอย่างไม่มีประมาณการชื่นชมขอบคุณ เมื่อได้ฟังบทความนี้แล้วรู้สึกว่าการจะมีความสุขรักและชื่นชมกับทุกสิ่งที่ผ่านเข้ามาในชีวิตของเราที่ทำให้เราเรียนรู้ได้เข้าใจทำให้ชีวิตเราได้มีสีสัน และเราควรขอบคุณสิ่งต่างๆที่ผ่านเข้ามาในชีวิต”

“ทำให้เรารู้ว่าเราไม่ควรยึดติดกับสิ่งอื่นมากมายการอยู่กับตัวเอง และรู้จักหาความสุขเข้าหาตัวเอง การปล่อยใจให้สบายไม่ยึดติดกับวัสดุถือเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งของอาหาร เรากินอาหารเพื่อชีวิตอยู่รอดไม่ใช่อยู่เพื่อกินและยังรู้จักกับคำว่าขอบคุณทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่รอบตัวเราล้วนมีความสำคัญ สามารถทำให้เรามีชีวิตอยู่ได้ ซึ่งมีประโยชน์กับตัวเรา เราควรที่จะขอบคุณทุกสิ่งทุกอย่างที่ล้วนมาเป็นประสบการณ์ชีวิตให้กับเราตอนแรกคิดว่าเนื้อหาอาจเข้าใจยากแต่พอได้อ่านและได้ฟังทำให้เรารู้ว่าเนื้อหา มันเชื่อมโยงกันอ่านแล้วฟัง แล้วดูเหมือนเป็นเรื่องที่เรายังไม่ได้ทำ เราทำตรงกันข้ามตลอดเรามักจะยึดติดกับสิ่งของมากกว่าปล่อยใจตัวเองให้สบาย”

“รู้สึกว่าการอ่านอย่างรอบๆของตัวเรา ล้วนมีคุณค่าต่อตัวเรา ซึ่งในบางครั้งเราอาจมองข้ามละเลยไป การอ่านเรื่องการขอบคุณนี้ทำให้เราได้รับรู้ถึงประโยชน์ของสิ่งของทุกอย่าง ซึ่งสอนให้หนูรู้ว่าสิ่งของทุกอย่าง มันมีค่าอยู่ในตัวของมันอยู่ที่เรารู้ว่าเราจะเลือกมองในด้านใดเราจะมองเห็นถึงคุณค่าของสิ่งนั้นหรือเปล่าถ้าเราเลือกมองเห็นค่าของสิ่งนั้นมันก็จะมีความและส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของเรา ป.ล. ขอขอบคุณอาจารย์ที่มาคอยสอนหนูให้ความรู้แก่หนูถึงบางครั้งหนูอาจจะโง่มากเกินไปจึงไม่สามารถรับรู้ในสิ่งที่อาจารย์ต้องการเรียนรู้ได้”

บทเรียนจากบันทึกการเปลี่ยนแปลงของนักศึกษา เมื่อนักศึกษาค้นพบความดี ความจริงและความงาม จากบทความ แล้วเชื่อมโยงถึงความรู้สึกภายในว่าเกิดอะไรขึ้น เหมือนการค้นพบจิตสำนึก สะท้อนกลับมาที่ตัวผู้สอนว่าขณะร่วมกิจกรรมมีการรับรู้กระแสความรู้สึกของนักศึกษา ทำให้เกิดความเมตตา ปราณนาดี มีความหวังต่อการบ่มเพาะเมล็ดพันธุ์เพราะนักศึกษาไม่ได้ต้องการเพียงอย่างเดียว แต่เข้าใจในคุณค่าของสรรพสิ่ง รู้สึกขอบคุณสรรพสิ่งเหล่านั้น ความสุขรักและชื่นชมกับทุกสิ่งที่ผ่านเข้ามาในชีวิต เกิดการปลดปล่อย เช่นการให้โอกาสที่จะรักในทุกสิ่งทุกอย่างได้ไหลเคลื่อนไปอย่างอิสระราวกับผีเสื้อตัวน้อยที่บินว่อนอย่างมีความสุขชื่นชมกับทุกสิ่งที่ผ่านเข้ามาอย่างไม่มีประมาณ เป็นข้อค้นพบที่ขัดเกลาร่องความคิดเดิม ๆ ได้รับมุมมองที่แตกต่างออกไป ซึ่งไม่สามารถนำมาประเมินผลลัพธ์เป็นค่าตัวเลขได้ ซึ่งสอดคล้องกับ Imsumkhao (2011) พบว่ากิจกรรมตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาช่วยลดความวิตกกังวล ลดความเครียดของนักศึกษาการได้บอกเล่าเรื่องราวของตนเอง ช่วยให้เกิดการระบายความคับข้องใจและความรู้สึก รู้จักวิเคราะห์ปัญหาของตนเองและปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น เข้าใจคนอื่นมากขึ้น รู้สึกไว้วางใจอาจารย์นิเทศ ความรู้สึกผูกพัน คิดและมองด้านบวกมากขึ้น เกิดกำลังใจและพร้อมสำหรับการมุ่งมั่นในการฝึกปฏิบัติ และสอดคล้องกับ Khumdam (2010) จากผลการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงของผู้เรียนเกิดขึ้นจากการรับรู้ถึงความคิด ความรู้สึกและการกระทำต่างๆของตนเอง สิ่งที่เกิดการ

เปลี่ยนแปลงขึ้นในตัวผู้เรียนเกิดได้ 3 มิติคือการเข้าใจและยอมรับตนเอง การเข้าใจและยอมรับผู้อื่น การเข้าใจและยอมรับความเป็นจริงตามธรรมชาติ

สรุป

กิจกรรมและการประเมินการเรียนรู้สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา กิจกรรมการเรียนรู้ตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาที่จัดให้นักศึกษาได้เรียนรู้เนื้อหาผ่านประสบการณ์ในการเรียนรู้ของตนเองและผู้อื่นได้เรียนรู้ร่วมกันในชุมชนแห่งการเรียนรู้ โดยการออกแบบการจัดการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับเนื้อหาและเวลาที่รายวิชากำหนด ผู้สอนจึงต้องออกแบบกิจกรรมและการประเมินผลย่อย ซึ่งเป็นการพัฒนาผู้เรียนและผู้สอน การประเมินการเรียนรู้ตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาเป็นการประเมินความก้าวหน้าในการประเมินผู้เรียน ระหว่างการดำเนินกิจกรรม โดยการประเมินตนเองและประเมินโดยกลุ่มเพื่อน (Group Reflection) และการประเมินหลังการจัดกิจกรรม โดยผู้เรียนและผู้สอน ผลของการพัฒนาผู้เรียนที่ค้นพบความดี ความจริงและความงามจากประสบการณ์เข้าร่วมกิจกรรม แล้วเชื่อมโยงถึงความรู้สึกลึกภายในว่าเกิดอะไรขึ้น เหมือนการค้นพบจิตสำนึก ผู้เรียนสะท้อนคิดและสะท้อนกลับมาที่ตัวผู้สอนตามมุมมองที่แตกต่างออกไป ซึ่งไม่สามารถนำมาประเมินผลลัพธ์เป็นค่าตัวเลขได้

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้จัดการเรียนรู้ตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาควรมีคุณลักษณะที่เฉพาะดังนี้ เคยเข้าร่วมกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษา ผ่านการฝึกฝนกระบวนการจิตตปัญญาศึกษามีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง สามารถเรียนรู้ด้วยตนเองจนเป็นวิทยากรหรือกระบวนการได้ มีความเป็นกัลยาณมิตร แสดงวุฒิภาวะทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ใช้สุนทรียสนทนา รู้จักฟังอย่างใคร่ครวญ ไม่ตัดสินผู้อื่นโดยไม่มีเหตุผล
2. ควรใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมอย่างน้อย 3 ครั้ง ๆ ละ 1-2 วัน อย่างต่อเนื่องเพื่อความคงทนของการเรียนรู้
3. จำนวนผู้เรียน ไม่เกินกลุ่มละ 30 คน (ถ้าผู้เรียนมากกว่า 30 คน ควรแบ่งกลุ่มย่อย)
4. สถานที่ ควรเหมาะสมต่อการใช้สมาธิเพื่อการคิดใคร่ครวญ
5. ควรเปิดพื้นที่การเรียนรู้ ที่เป็นพื้นที่ปลอดภัยแต่เนื่องจากบุคคลมีความแตกต่างกันควรให้กลุ่มกำหนดกติกาที่เป็นแบบกลางๆ เพื่อสร้างบรรยากาศให้อึดต่อความเป็นชุมชนการเรียนรู้
6. การคัดเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้เรียนการปรับกิจกรรมให้กระชับใช้การสอดแทรกกิจกรรมในขั้นตอนการสอนเนื้อหา กำหนดขนาดของกลุ่มแต่ละกิจกรรม การปรับช่วงเวลาและดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องติดต่อกันการปรับกิจกรรมตามการสั่นไหวของการรับรู้และบรรยากาศการเรียนรู้ มีการยืดหยุ่นให้เวลาต่อการบันทึกการเรียนรู้ และเปิดพื้นที่การเรียนรู้ที่ปลอดภัยและอิสระ

References

- Chiddee, K. (2016). *Development of Learning Management Model on Health Promotion and Illness Prevention Based Upon Complative Education Concept For Health Behavior Modification and Emotional Quotient Enhancement of Nursting Students*. Dissertation, Ed. D. Health Education and Physical Education (Health Education Management) Srinakharinwirot. (in Thai).
- Chumpeeruang, S., Wattanatorn, A., Hingkanont, P., & Keawurai, W. (2013). Development of Curriculum to Enhance Desirable Characteristics through Dialogue for Nursing Students. *Journal of Education Naresuan University*, 15(3), 9-15. (in Thai).
- Eka, S. (2019). *Activity Based Learning*. Retrieved Mach 3, 2019. From <http://www.krumontree.com>



- Imsumkhao, S. (2011). The Result of Integrating Mental Education in Nursing Practice of Persons with Health Problems 3: A Case Study of the Intensive Care Unit, Yasothon Hospital. *Journal of Nursing and Education*, 4(2), 66-78. (in Thai).
- Jantaweemuang, W. (2016). *Effect of Contemplative Education program on Spiritual well Being of Nursing Students*. Master of Nursing Science in Community Nursing Practitioner. Princess of Songkla University. (in Thai).
- Khamsawarde, N. (2009). *The Results of Instructional Method With Contemplative Education in Maternal Child and Midwifery Practicum 1*. Mahasarakham: Srimahasarakham Nursing College. (in Thai).
- Khemmani, T. (2007). *Teaching Science: Knowledge for Effective Learning Process*. Publisher of Chulalongkorn University. Bangkok. (in Thai).
- Khumdam, V. (2010). *Case Study of Learning Management Model Based on the Concept of Mental Education in Higher Education*. Doctoral Thesis. Education Research. Graduate school. Chulalongkorn. University. (in Thai).
- NilaiKovit, T., & Chantasuk, A (2009). *Art of Organizing the Learning Process for Change: a Guide Contemplative Education*. Bangkok: S.P.N. Printing. (in Thai).
- Thongtavee, C. (2008). *Annual Conference on Intellectual Psychology Education for Human Development*. Bangkok: The Center for Intellectual Education Mahidol University. (in Thai).
- Suttachinda, S. (2000). *The study of Self-Discipline of Students in Vocational Commerce Schools Under the Office of the Private Education Commission in Bangkok*. Master thesis M.Ed. (Guidance Psychology). Bangkok: Graduate School Srinakharinwirot University. (in Thai).
- Suwannaka, Y. (2009). *The Development of Holistic Care with Contemplative Education: A new Paradigm of Nursing Education*. Surin: Boromarajonani College of Nursing Surin. (in Thai).

ประสบการณ์: การเจรจาต่อรองและการจัดการความขัดแย้ง เพื่อลดความขัดแย้ง ในระบบการให้บริการสุขภาพและสาธารณสุข Negotiation and Conflict Management in the Thai Public Health System

อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ*

Anothai Palitnonkert*

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*

Huachiew Chalermprakiet University*

(Received: October 31, 2018; Revised: March 29, 2019; Accepted: April 02, 2019)

บทคัดย่อ

ความขัดแย้งของการให้บริการสุขภาพและสาธารณสุข มีความสำคัญเป็นอย่างมากในประเทศไทย รัฐบาลได้เล็งเห็นสิ่งที่มีคุณค่าและมีความประสงค์ที่จะให้ประชาชนได้มีหลักประกันสุขภาพให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ระบบการให้บริการสุขภาพได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เนื่องจากประชาชนได้รับข่าวสารทางเทคโนโลยีจำนวนมาก และได้รับความรู้ในด้านสิทธิการรักษาพยาบาล หลายปีที่ผ่านมาความขัดแย้งจำนวนมากก่อให้เกิดการฟ้องร้องทางการแพทย์ สูญเสียอวัยวะ การสูญเสียทรัพย์สิน และถึงแก่ความตาย ซึ่งเป็นภาวะที่มีความรุนแรงมากขึ้น ความขัดแย้งมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย, ครอบครัวของผู้ป่วย, โรงพยาบาล และภาพลักษณ์ขององค์กร ดังนั้นจึงได้นำเทคนิคการเจรจาต่อรองและการจัดการความขัดแย้ง เพื่อลดความขัดแย้งในระบบการให้บริการสุขภาพและสาธารณสุขมาใช้ จึงนับว่าเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากในปัจจุบัน และเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการระงับเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความรุนแรงและผู้สูญเสียเมื่อเกิดความขัดแย้งของการให้บริการสุขภาพและสาธารณสุขขึ้น การนำเสนอบทความนี้มีจุดประสงค์เพื่อให้เห็นถึงขั้นตอนการให้บริการเจรจาต่อรองเพื่อลดความขัดแย้งในระบบบริการด้านสุขภาพและสาธารณสุขซึ่งเป็นประโยชน์ต่อภาพลักษณ์ขององค์กร

คำสำคัญ: การเจรจาต่อรอง, ความขัดแย้ง, การจัดการความขัดแย้ง, ระบบการให้บริการสุขภาพ, สาธารณสุข

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: palitnonkert@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 089-7651140)

Abstract

The aim of this article was to present a negotiation process in order to reduce conflicts between the health service system and the citizens of Thailand.

Conflict between the health service system and the public are important in Thailand. The government looks at the importance of health insurance as a target. The health service system has changed, due to more knowledge of people, as well as enhancement of access to medical technologies and treatment rights. Many years ago, there was various conflicts led to medical lawsuits, organ loss, property loss, and dead people which severe conditions. The conflict was between patients, patient's family, hospital, and health system. Nowadays, we need to apply negotiation techniques in conflict management, in order to reduce conflict and to improve the central public role of the health system and its image as a key factor in social cohesion.

Keywords: Negotiation, Conflict, Conflict Management, Health Service System, Public Health

บทนำ

เนื่องจากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี ในยุคศตวรรษที่ 21 ผู้บริหารขององค์กรต่างให้ความสนใจในเรื่องการบริหารความเสี่ยง โดยมีการจัดทำแผนกลยุทธ์ให้มีความสอดคล้องต่อปัจจัยเสี่ยง การควบคุม วางแผนและติดตามผลการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามแผน เพื่อนำไปสู่การประกันคุณภาพขององค์กร การพัฒนาระบบสุขภาพก็เช่นเดียวกันย่อมต้องมีการพัฒนากลยุทธ์การให้บริการสุขภาพ มีการจัดบริการเป็นหลายระดับตามบริบทขององค์กรเพื่อให้สามารถจัดบริการที่มีคุณภาพและประดี้น การให้บริการผันแปรไปตามเวลาและสถานที่ขององค์กร หากผู้บริหารขององค์กรไม่ได้คำนึงถึงการจัดการความเสี่ยงในระบบ อาจก่อให้เกิดผลกระทบทางลบได้อย่างมากมาย ซึ่งการที่จะดำเนินการตามแก้ไขภายหลังอาจทำให้เกิดความเสียหายต่อชื่อเสียงและความน่าเชื่อถือขององค์กรไปแล้ว รวมถึงอาจเสียค่าใช้จ่ายจากการชดเชย หรือ ทดแทนที่สูงมาก แต่หากองค์กรมีแผนการบริหารและจัดการความเสี่ยงที่ดีไว้แล้ว ก็จะเป็นการปกป้องหรือรักษาภาพลักษณ์ขององค์กร ที่นำมาสู่ความเชื่อมั่นและการยอมรับในสังคมได้อีกประการหนึ่ง

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการให้บริการสุขภาพและสาธารณสุข โดยคำนึงถึงการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชน มีการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพและสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่โดยการสนับสนุนงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไปพร้อมกับการรักษาโรค โดยคำนึงถึงประชาชนเป็นสำคัญ จึงพบว่าประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศมากขึ้น และมีการเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสาร ด้านสุขภาพ ในสังคมไทยอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจึงได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และรับรู้ถึงสิทธิประโยชน์ต่างๆด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยมีสิทธิหลักประกันสุขภาพ สามารถเข้าถึงระบบสุขภาพและสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึง เมื่อผู้ป่วยมารับบริการในระบบสุขภาพจึงมีความคาดหวังที่จะได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีตามสิทธิผู้ป่วย และเข้าถึงระบบบริการที่ได้มาตรฐาน เมื่อไม่ได้รับบริการที่เป็นไปตามคาดหวัง จึงมักเกิดความขัดแย้งขึ้นในขณะให้บริการได้ ซึ่งพบว่ามีความขัดแย้งและความรุนแรงในระบบงานสุขภาพมีเพิ่มมากขึ้น มีเรื่องร้องเรียนและการฟ้องร้องเกิดขึ้นจำนวนมากในระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา ดังที่ Jungsatien (2007) ได้กล่าวไว้ว่า หลายกรณีกลายเป็นคดีความในชั้นศาลและก่อให้เกิดความทุกข์และความสิ้นเปลืองทั้งเวลาและทรัพยากรอื่น ๆ ของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง แพทย์จำนวนหนึ่งต้องทำงานด้วยความกลัวและต้องซื้อประกันเพื่อคุ้มครองตนเองจากการถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากความผิดพลาด หรือความไม่พอใจของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งจำนวนความขัดแย้งที่มีแนวโน้ม

เพิ่มสูงขึ้น บางเรื่องสามารถป้องกันได้ เมื่อความขัดแย้งเริ่มเกิดขึ้นและหากไม่ได้รับการจัดการอาจนำไปสู่การฟ้องร้องได้ ความเสียหายที่เกิดขึ้นพบได้ทั้งการสูญเสียทรัพย์สิน การสูญเสียอวัยวะ การเสียชีวิต และมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างโรงพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติ มีผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือและเกิดความเสื่อมเสียชื่อเสียงขององค์กร (Center for Peace and Public Health Office, 2013)

ความขัดแย้ง หมายถึง การที่บุคคลมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน ความไม่ถูกกัน ไม่ลงรอยกัน หรือผลประโยชน์ไม่ลงกัน ความขัดแย้งจะพบได้ในบุคคลทั่วไปซึ่งมีหลากหลายรูปแบบ อาจเป็นลักษณะเป็นศัตรูกัน และการมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกัน ความขัดแย้งบางครั้งมักเกิดในด้านลบและอาจมีการบ่งชี้ถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้น เช่น การสูญเสียในงาน ครอบครัว ความเศร้าและความรู้สึกสิ้นหวังแต่ในบางครั้งความขัดแย้งก็ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรใหม่ ๆ ในชีวิต อาจมีคนคิดว่าความขัดแย้งเกิดจากความขัดขวางในความสนใจของตน และมีการกระทำที่สร้างความขัดขวางอย่างชัดเจน ถ้าในทางธรรมะ พระไพศาล วิสาโล ได้กล่าวไว้ว่า “โลกกับธรรมไม่ได้แยกจากกันฉันใด ปฏิบัติการสันติวิธีกับการปฏิบัติธรรมก็ไม่ได้ออกจากกันฉันนั้น” เมื่อมีความขัดแย้งและการเผชิญหน้า เป็นการง่ายที่จะมองอีกฝ่ายว่าเป็นคนชั่วร้าย ซึ่งมีนัยตามมาว่า ฉันเป็นฝ่ายดี มีธรรม (Visalo, 2003) แต่ถ้าเรามองในด้านบวกจะพบว่าบางครั้งในความขัดแย้ง อาจทำให้เกิดกระบวนการเจรจาต่อรองที่ดี เนื่องจากกระบวนการเจรจาต้องนำมาประยุกต์ใช้ทั้งในด้านศาสตร์และศิลป์ในการเผชิญหน้าเพื่อลดความขัดแย้งพบว่าสถานการณ์จากภาวะของความขัดแย้งที่ดำรงอยู่ในระบบการให้บริการสุขภาพและสาธารณสุขนั้นในหลายกรณีจะพบว่าปัญหามักระบบสามารถคลี่คลายปัญหาได้แต่ในบางกรณีปัญหาอาจไม่สามารถคลี่คลายได้หมด การใช้กระบวนการการเจรจาต่อรองและการจัดการความขัดแย้ง จึงอาจเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถเป็นทางเลือกในการจัดการปัญหาไม่ให้เกิดไปสู่ความรุนแรง ซึ่งกระบวนการการเจรจาต่อรองและการจัดการความขัดแย้ง นั้นมีอยู่หลากหลายวิธีการ การที่จะสามารถสร้างทางเลือกในการจัดการปัญหาความขัดแย้งในแนวทางใดนั้น เราควรต้องทำการศึกษาเพื่อประเมินสภาพปัญหาของความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในระบบการให้บริการสุขภาพและสาธารณสุขเป็นสำคัญ

กลยุทธ์ในการแก้ปัญหาความขัดแย้ง สามารถจำแนกออกเป็น 3 รูปแบบ คือ 1) ความขัดแย้งแบบแพ้-แพ้ (Lose-Lose Conflict) เป็นความขัดแย้งที่ไม่มีฝ่ายใดได้รับสิ่งที่ตนเองต้องการอย่างครบถ้วน แต่ละฝ่ายจะได้รับผลประโยชน์ไม่เต็มตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ ซึ่งความขัดแย้งในลักษณะนี้ จะเกิดขึ้นเมื่อแต่ละฝ่ายไม่มีพฤติกรรมมุ่งเอาชนะ การบริหารความขัดแย้งแบบแพ้-แพ้ แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ คือ 1.1) การหลีกเลี่ยง (Avoidance) เป็นการแสดงพฤติกรรมร่วมมือ (Cooperativeness) และพฤติกรรมมุ่งเอาชนะ (Assertiveness) ในระดับต่ำ โดยไม่รับรู้ถึงปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นและไม่ร่วมมือในการแก้ปัญหาแต่จะปล่อยปัญหานั้นไว้ โดยเชื่อว่าความขัดแย้งนั้นจะลดลงเองเมื่อเวลาผ่านไป ซึ่งวิธีการบริหารความขัดแย้งในลักษณะนี้จะเกิดผลดี เมื่อสถานการณ์ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง 1.2) การปรองดองหรือความราบรื่น (Accommodation or Smoothing) เป็นการแสดงพฤติกรรมร่วมมือในระดับสูงและแสดงพฤติกรรมมุ่งเอาชนะในระดับต่ำ การปรองดองเป็นการลดความแตกต่างและความขัดแย้ง ระหว่างบุคคลโดยมุ่งเอาใจผู้อื่น เสียสละให้กับอีกฝ่าย เพื่อสร้างความสามัคคีและหลีกเลี่ยงความยุ่งเหยิงและบาดหมางใจกัน 1.3) การประนีประนอม (Compromise) เป็นการแสดงพฤติกรรมร่วมมือ และพฤติกรรมมุ่งเอาชนะในระดับปานกลาง เป็นการบริหารความขัดแย้งที่มุ่งให้ทั้งสองฝ่ายเกิดความพึงพอใจ โดยแต่ละฝ่ายจะต้องยอมเสียสละในสิ่งที่ตนเองต้องการลงบ้าง ทำให้ไม่มีฝ่ายใดได้รับความพึงพอใจเต็มร้อย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของความขัดแย้ง ที่เกิดขึ้นในอนาคต 2) ความขัดแย้งแบบชนะ-แพ้ (Win-Lose Conflict) เป็นความขัดแย้งที่มีฝ่ายหนึ่งเท่านั้นที่จะได้รับในสิ่งที่ตนเองต้องการอย่างครบถ้วน แต่ละฝ่ายจึงพยายามทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อให้ฝ่ายของตนชนะ ความขัดแย้งในลักษณะนี้จะแสดงพฤติกรรมมุ่งชนะในระดับสูง (High - Assertiveness) และแสดงพฤติกรรมร่วมมือในระดับต่ำ (Low-Cooperativeness) ซึ่งการบริหารความขัดแย้งแบบชนะ-แพ้ คือ การแข่งขัน (Competition) เพื่อให้ฝ่ายตนได้รับชัยชนะ 3) ความขัดแย้งแบบชนะ-ชนะ (Win-win Conflict) เป็นกลยุทธ์การแก้ปัญหาความขัดแย้ง โดยอยู่บนพื้นฐานของเหตุผล เพื่อแสวงหาวิธีการที่ทำให้ทุกฝ่ายพึงพอใจ และไม่ทำให้ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเสียเปรียบ โดยวิธีการที่ใช้ในกลยุทธ์ความ

ขัดแย้งแบบชนะ-ชนะ คือ ความร่วมมือกันหรือการแก้ปัญหา (Collaboration or Problem Solving) ซึ่งวิธีการนี้จะแสดงพฤติกรรมความร่วมมือและพฤติกรรมมุ่งเอาชนะในระดับสูง เป็นการที่จะเอาชนะ แต่ในขณะเดียวกันก็ให้ความร่วมมืออย่างเต็มความสามารถในการแก้ปัญหาคือความขัดแย้ง เป็นการร่วมมือร่วมใจในการแก้ปัญหา ทำให้เกิดความชนะทั้งสองฝ่าย

ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในระบบบริการสาธารณสุข ที่ปรากฏเป็นรูปธรรมมากที่สุดคือ ปัญหาการฟ้องร้องต่อบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ให้บริการรักษาพยาบาลทุกสาขาอาชีพที่เพิ่มมากขึ้นและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นถือเป็นภาพสะท้อนวิกฤตระบบบริการสุขภาพ และความเจ็บป่วยด้วยกันทั้งสองฝ่าย ญาติคนไข้คิดว่า คนที่เขารักต้องตายเพราะโรงพยาบาลให้บริการไม่ดี ฝ่ายแพทย์และพยาบาลก็รู้สึกท้อแท้ งานหนักเหน็ดเหนื่อยจนแทบทำไม่ไหวแล้ว ยังถูกกล่าวหาด้วยวาจารุนแรง ผลที่เกิดขึ้นคือสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการไม่ดี มีความตึงเครียด หวาดระแวง มีผลต่อสุขภาพจิตและการหายของโรค นอกจากนี้ยังเกิดแนวโน้มที่จะฟ้องร้องและตอบโต้ผู้ให้บริการสาธารณสุขมากขึ้น ทำให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขเดือดร้อนและเสียขวัญและกำลังใจอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน (Tonthirawong, 2009) ซึ่งผู้บริหารองค์กรควรจัดการบริหารความเสี่ยงด้วยบทบาทของผู้ให้บริการเจรจาต่อรองในโรงพยาบาลอย่างชัดเจนเพื่อระงับเหตุการณ์ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการเจรจาในเวลาเร่งด่วน สถานให้บริการด้านสุขภาพและสาธารณสุขทุกแห่ง ควรจัดให้มีทีมนักการเจรจาต่อรองไว้ให้บริการประจำแผนก เพื่อสามารถปฏิบัติในบทบาทนักเจรจาต่อรองได้ในทันที ซึ่งเป็นการลดความขัดแย้งในระบบการให้บริการสุขภาพและสาธารณสุข และนับว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก ซึ่งในปัจจุบันเราจะพบข่าวเรื่องโรงพยาบาลหลายแห่งในประเทศไทย ถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายเป็นเงินจำนวนมาก จนอาจทำให้เกิดความเสี่ยงและความเสียหายในด้านการเสียชื่อเสียง เสียเงิน และเกิดผลกระทบในการดำเนินการของสถานให้บริการด้านสุขภาพและสาธารณสุขซึ่งบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอในประเด็นของการเจรจาต่อรองเพื่อลดความขัดแย้งในการให้บริการด้านสุขภาพและสาธารณสุขโดยมีการนำเสนอกรณีศึกษาตัวอย่างประกอบเพื่อให้เห็นถึงขั้นตอนการเจรจาต่อรองในรูปแบบชนะ-ชนะ (Win-Win) ด้วยข้อตกลงที่พึงพอใจร่วมกัน ดังเช่นกรณีศึกษา

กรณีศึกษา นักศึกษาชาย อายุ 20 ปี เรียนช่างกลที่สถาบันแห่งหนึ่ง ขณะยืนรอรถโดยสารประจำทาง ถูกทำร้ายร่างกายด้วยมีดดาบสแปด โดยเด็กช่างกลต่างสถาบันเป็นผู้กระทำ สภาพร่างกายแรมรับพบบาดเจ็บ ผิดขาที่บริเวณศีรษะ แผลยาวประมาณ 5 เซนติเมตร ลึกถึงกะโหลกศีรษะและนิ้วหัวแม่มือข้างขวาขาด จำนวน 1 ข้อ ญาติเอานิ้วใส่ถุงพลาสติกและแช่น้ำแข็งมาด้วย เหตุการณ์เกิดขึ้นเป็นช่วงเวลาระหว่างเวรตึกของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานภายในห้องฉุกเฉิน ได้ให้บริการผู้ป่วยเต็มทุกเตียง ในขณะที่เด็กนักเรียนช่างกล ที่ถูกทำร้ายร่างกายได้รับการเย็บแผลที่ศีรษะและรับการปฐมพยาบาลเสร็จเรียบร้อยแล้ว กำลังนอนอยู่บนรถเข็นบนบริเวณหน้าห้องฉุกเฉิน เพื่อรอการตัดสินใจของมารดาในเรื่องการต่อนิ้ว ซึ่งมารดาได้เดินทางตามมาในภายหลัง พี่ชายผู้ป่วยยืนอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย พูดขึ้นว่า “ยังรู้น้อยไปว่าเราเป็นใคร เดี่ยวจะรู้กัน” หลังจากนั้น 10 นาที ได้มีนักข่าวชุมชนถือกล้องวิดีโอเข้ามาอยู่หน้าห้องฉุกเฉิน เสียงพี่ชายผู้ป่วยพูดขึ้นว่า “พี่ครับ เขาไม่ส่งตัวให้ เขาจะตัดนิ้วเด็ก” นักข่าวพร้อมด้วยพี่ชายผู้ป่วยจึงเปิดประตูห้องฉุกเฉินเข้าไปเพื่อเก็บภาพภายในห้องฉุกเฉินซึ่งทำให้เกิดบรรยากาศความตึงเครียดระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเกิดขึ้น พบประเด็นปัญหาของความขัดแย้ง คือ 1) ด้านศักยภาพของโรงพยาบาลไม่พร้อมในการต่อนิ้ว เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก 2) ด้านการสื่อสาร เกิดความเข้าใจไม่ตรงกันในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล 3) ด้านการรักษาพยาบาลและการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ และ 4) ด้านแนวทางปฏิบัติในการบันทึกเทปเพื่อทำข่าว

ขั้นตอนการเจรจาต่อรองในรูปแบบชนะ-ชนะ (Win-Win) ของกรณีศึกษาเพื่อจัดการความขัดแย้ง (Conflict Management) การเจรจาต่อรอง (Negotiation) เพื่อขจัดข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้เจรจาได้ในสิ่งที่ต้องการ และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับอีกฝ่ายหนึ่งให้คงอยู่ บางคนอาจใช้คำว่า “การไกล่เกลี่ย” หรือ “การประนีประนอม” ซึ่งการเจรจาต่อรอง จะเกี่ยวข้องกับคนหรือกลุ่มคนอย่างน้อยสองฝ่าย ซึ่งมีผลประโยชน์ทั้งร่วมกันและขัดแย้งกัน เป็นกระบวนการที่ลดความขัดแย้ง เพื่อนำไปสู่ข้อตกลงและการหาทางออกร่วมกัน การ

จัดการความขัดแย้งมีหลายวิธี จะต้องออกแบบการจัดการและหาเครื่องมือมาใช้ให้ได้อย่างเหมาะสม โดยอาจใช้แบบผสมผสานได้ในบางครั้ง นักเจรจาต่อรองมักใช้แนวทางดังนี้

1. การเผชิญหน้ากับความขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์ โดยการสร้างบรรยากาศที่ดี ด้วยการจัดห้องในการเจรจาให้เป็นห้องส่วนตัว มีบรรยากาศที่สงบเงียบ เย็นสบาย ผู้เจรจาต่อรองต้องพยายามลดอคติส่วนตัวลง พร้อมทั้งหาวิธีการจัดการกับความขัดแย้งอย่างเหมาะสม อย่างเช่นในกรณีศึกษา นักเจรจาต่อรองได้เชิญมารดาของผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจในเรื่องค่ารักษาพยาบาลเข้ามาพูดคุยและร่วมวางแผนในการรักษาพยาบาลกับบุคลากรทางการแพทย์ในห้องที่จัดเตรียมไว้เพื่อหาทางออกให้ทั้งสองฝ่ายพึงพอใจ ซึ่งสอดคล้องกับกรณีศึกษาของ Butnampetch (2018) ที่พบความขัดแย้งในการให้บริการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจแล้วมีส่วนเกินจากการผ่าตัดที่เกิดจากการใช้ยาและเวชภัณฑ์ ที่ผู้ป่วยและญาติได้มีการลงนามรับทราบค่าใช้จ่ายส่วนเกินแล้ว แต่ไม่สามารถชำระค่าใช้จ่ายส่วนเกินดังกล่าวได้ และผู้รับบริการมองว่าผู้ให้การรักษาพยาบาลขาดจรรยาบรรณเรียกเก็บเงินจากผู้รับบริการ ซึ่งกรณีนี้ได้ใช้ขั้นตอนการเจรจา เป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) ก่อนการเจรจา ต้องเลือกผู้เจรจาที่เหมาะสม 2) ระหว่างการเจรจาสร้างความประทับใจในการพบกันครั้งแรกโดยต้องหาจุดร่วมและสนใจผู้ฟังนำเสนอประโยชน์ที่คู่เจรจจะได้รับโดยการจัดการอารมณ์ของตนเองและคู่เจรจาด้วยความเข้าใจเป็นมิตรเพื่อทำลายกำแพงความรู้สึกอคติ และ 3) หลังเจรจา มีการสรุปผลการเจรจาเพื่อลงนามทั้ง 2 ฝ่าย

2. ให้ความสนใจสถานภาพของแต่ละฝ่ายด้วยการรับฟังที่ดี คือ 1) การรับฟังอย่างตั้งใจ (Active Listening) 2) การรับฟังอย่างใจจดจ่อ (Attending Listening) และ 3) การรับฟังอย่างลึก (Deep Listening) เพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงของความขัดแย้ง การศึกษาอารมณ์ความรู้สึกของแต่ละฝ่าย คือต้องรับฟังโดยไม่เข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ดังนั้นสิ่งที่ได้จากการรับฟัง คือในมุมมองของผู้ใช้บริการ ย่อมถือว่าเป็นสิทธิของการรักษาที่สมควรจะได้รับ สิ่งที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากความผิดพลาดของโรงพยาบาล มารดาของผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองได้รับการปฏิบัติ ไม่เหมาะสม เนื่องจากการใช้บัตรทองในการรักษาพยาบาล รวมไปถึงความไม่พึงพอใจที่ถูกเก็บค่ารักษาพยาบาลด้วย ส่วนในด้านความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ ได้บอกเล่าถึงความรู้สึกในมุมมองของผู้ให้บริการว่า รู้สึกน้อยใจในอาชีพตนเอง ทำดีที่สุดแล้ว ทำตามมาตรฐานแล้ว ไม่ได้ประมาท ไม่ได้ละเลย ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องสุดวิสัย ทำดีแล้วไม่ได้ดี การให้บริการผู้ป่วยในเวรตึก มีเจ้าหน้าที่ที่ต้องอยู่ปฏิบัติงานน้อยกว่าเวรอื่นอยู่แล้ว ประกอบกับอาการของผู้มารับบริการในเวรตึกย่อมมาด้วยอาการหนักกันทุกคน ซึ่งเป็นภาระงานที่หนักอยู่แล้ว จึงแทบจะไม่มีเวลาในการดูแลความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติได้หมดทุกคน

3. ระบุปัญหา ด้วยการจับประเด็นของปัญหาความขัดแย้งให้ได้โดยเร็วเมื่อรับฟังจากคู่กรณี พบว่ามี 5 ประเด็นที่สำคัญคือ 1) โรงพยาบาลขาดศักยภาพในการต่อนี้เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก 2) บุคลากรทางการแพทย์มีพฤติกรรมบริการที่ญาติผู้ป่วยไม่พึงพอใจในบริการ 3) บุคลากรทางการแพทย์และญาติขาดการสื่อสารที่ตรงระหว่างกัน 4) มารดาผู้ป่วยจ่ายค่ารักษาพยาบาลแล้วไม่สามารถนำไปเบิกคืนจากประกันโรยีนได้ และ 5) ญาติผู้ป่วยไม่พอใจในเรื่องการเสียค่ารักษาพยาบาลในการต่อนี้ที่โรงพยาบาลภาครัฐแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพได้

4. แสวงหาทางเลือกและประเมินทางเลือก โดยให้ทั้งสองฝ่ายหาแนวทางอย่างหลากหลายเพื่อการแก้ปัญหา โดยทางเลือกดังกล่าวจะต้องได้รับการยินยอมและเป็นที่ยอมรับกันทั้งสองฝ่าย เพื่อที่จะให้ทุกฝ่ายได้ข้อตกลงที่พึงพอใจร่วมกัน (Win-Win) โดยจัดเวทีในการเจรจาต่อรองในรูปแบบการเจรจาไกล่เกลี่ยคนกลาง

5. สรุปแนวทางและนำทางเลือกที่เหมาะสมไปใช้ จากกรณีศึกษาสรุปผลการเจรจาต่อรองได้ดังนี้ คือ 5.1) ผู้เจรจาต่อรองได้ดำเนินการในการขอคืนเงินให้กับมารดาของผู้ป่วย โดยให้นำเอกสารใบเสร็จมาแก้ไขที่แผนการเงินของโรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับเงินคืน ซึ่งมารดาผู้รู้สึกพึงพอใจมาก 5.2) ผู้เจรจาต่อรองได้ดำเนินการให้ผู้ป่วยได้ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการส่งตัวผู้ป่วยรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลเครือข่ายภายในจังหวัดภายหลังจากการต่อนี้สำเร็จตามสิทธิการรักษาอย่างเหมาะสม 5.3) ผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการรักษาแผลที่ศีรษะอย่างต่อเนื่องจนแผลหายเป็นปกติในโรงพยาบาลชุมชนที่ขึ้นทะเบียนตามสิทธิการรักษาไว้ 5.4) จัดให้มีการพบเพื่อพูดคุยกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้มี

โอกาสทำความเข้าใจต่อกัน โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับผู้ป่วยและญาติพร้อมทั้งวางแผนในการรักษาพยาบาลร่วมกันอย่างต่อเนื่อง และ 5.5) ทำการชี้แจงสำหรับช่างถ่ายวิดีโอ (VDO) ของสำนักข่าวชุมชนให้ปฏิบัติตามแนวทางของโรงพยาบาลในการขอบันทึกเทปในการทำข่าว หลังจากพูดคุยเจรจาต่อรองเสร็จสิ้นช่างถ่ายวิดีโอได้ล้มเลิกการบันทึกภาพต่อ และสัญญาว่าจะกลับไปลบภาพทิ้งทั้งหมด

กลยุทธ์การแก้ปัญหาความขัดแย้งแบบชนะ-ชนะถือเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดของทั้งสองฝ่าย เพราะทุกฝ่ายต่างบรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการ จึงทำให้ทุกฝ่ายเกิดความพึงพอใจและร่วมมือร่วมใจกันแก้ปัญหาเกิดความสามัคคีกัน ส่งผลให้องค์กรมีการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ (Prasertsri, 2006) ซึ่งบุคลากรทางระบบสุขภาพและสาธารณสุขจะต้องไวต่อความรู้สึกของผู้รับบริการและสามารถระงับเหตุการณ์ได้ทัน โดยไม่ปล่อยให้เกิดเรื่องลุกลามใหญ่โตขึ้นมาก่อนและเมื่อถึงเวลานั้นก็จะดำเนินการเจรจาต่อรองหรือเจรจาไกล่เกลี่ยได้ยากมากกว่าเดิม ซึ่งเป้าหมายของการเจรจาต่อรอง เพื่อให้บรรลุข้อตกลงระหว่างกันได้เป็นอย่างดี และเป็นการบริหารความขัดแย้งเพื่อทำให้คู่กรณี มีความสัมพันธ์ที่ดีกลับคืนมา, การให้อภัยกัน, การยอมรับความจริง, เกิดความยุติธรรมต่อกัน, เกิดความศรัทธาต่อการอยู่ร่วมกัน และเพื่อให้สัมพันธ์ภาพกลับมาสู่การเป็นผู้ให้บริการและผู้รับบริการเช่นเคย ด้วยข้อตกลงที่พึงพอใจร่วมกัน ด้วยวิธี ชนะ-ชนะ (Win - Win)

สรุป

การเจรจาต่อรองในระบบการให้บริการสุขภาพและสาธารณสุขเป็นวิธีการหนึ่งของการเลือกในการระงับความขัดแย้งแทนการฟ้องร้อง โดยคู่กรณีจะได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลที่สาม ซึ่งเป็นคนกลางที่ได้รับการฝึกฝนและมีทักษะประสบการณ์ คนกลางจะช่วยให้คู่กรณีสื่อสารกันโดยไม่เปิดเผยต่อบุคคลภายนอก ช่วยฟื้นความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และเกิดการเจรจาต่อรองกันเอง (Negotiation) จนเกิดข้อตกลงที่ต่างฝ่ายต่างพึงพอใจโดยไม่ถูกบังคับ ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การเผชิญหน้ากับความขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์ 2) ทำความเข้าใจสถานการณ์ของแต่ละฝ่ายด้วยการรับฟังที่ดี 3) ระบุปัญหา 4) แสวงหาทางเลือกและประเมินทางเลือก และ 5) สรุปแนวทางและนำทางเลือกที่เหมาะสมไปใช้ ปัจจุบันมีการนำวิธีการเจรจาต่อรอง มาใช้ในขอบเขตที่กว้างขวางขึ้นโดยใช้เป็นมาตรการป้องกันปัญหา ไม่ให้เป็นกรณีขัดแย้งหรือเป็นกรณีพิพาท คนกลางด้านสุขภาพและสาธารณสุขทำหน้าที่ช่วยให้การสื่อสารบรรลุผลประโยชน์ของผู้ที่เกี่ยวข้องได้อย่างทั่วถึง และเมื่อคนกลางใช้กระบวนการมักจะเกิดภาวะที่ต่างฝ่ายต่างพึงพอใจต่อผลประโยชน์ที่ได้รับและตกลงกันได้ในที่ที่สุด ประเด็นสำคัญอยู่ที่ว่าการเจรจาไม่ใช่เพื่อการเอาชนะของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งแต่เป็นการเจรจาที่จะแสดงถึงความตั้งใจที่จะให้เกิดขบวนการเจรจา ทำให้ทั้งสองฝ่ายรู้สึกเห็นด้วยและมีส่วนร่วมกับการเจรจา เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จและปรองดองร่วมกันได้เป็นอย่างดี หลักการเจรจาต่อรองแบบ Win-Win ต้องเริ่มต้นจากการตั้งใจฟังเพื่อรวบรวมข้อมูลและความต้องการของคู่กรณี นักเจรจาจะต้องวิเคราะห์ความต้องการที่แท้จริงของแต่ละฝ่าย เพื่อหาทางในการใช้ประสบการณ์ ความรู้ ความเชี่ยวชาญในการสร้างข้อได้เปรียบให้แก่แต่ละฝ่าย โดยเฉพาะหลักสำคัญ 4 ประการ คือ 1) การทำให้คู่เจรจารู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกับนักเจรจา นักเจรจาต้องวิเคราะห์ให้ได้ว่า อะไรคือสิ่งที่คู่เจรจาต้องการหรือมีความสนใจและนักเจรจาจะสามารถเสนออะไรได้บ้าง 2) นักเจรจาต้องมองหาสถานการณ์ที่เอื้อให้เกิดความรู้สึกแบบ Win-Win ในช่วงระหว่างขั้นตอนการเจรจาต่อรอง นักเจรจาจะต้องจับประเด็นให้ได้ว่า ทุกคำพูดทุกคำได้ตอบ จะทำให้นักเจรจาทราบว่า คู่เจรจามีความสนใจและความต้องการประมาณใด รวมถึงสิ่งที่จะทำให้นักเจรจาดัดสันใจได้อยู่ตรงไหน 3) การรู้จักฟังและนำเทคนิคที่จะถามเพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อคู่เจรจาและจะต้องทราบว่าคู่เจรจาคิดอย่างไรรวมถึงการเข้าใจความหมายของคำพูดที่สื่อออกมา โดยนำเทคนิคการถามมาประยุกต์ใช้ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม คู่เจรจาจะสามารถรับรู้ได้ถึงการเจรจาว่ามีหลักการเพียงใด สามารถจับประเด็นได้หรือไม่ มีความเข้าใจคู่เจรจาง่ายหรือไม่ และในที่สุดคู่เจรจาก็จะเกิดความเชื่อมั่นต่อนักเจรจาและเกิดความไว้วางใจที่จะเจรจาต่อด้วยดี และ 4) การรู้คุณค่าของการถูกปฏิเสธ ในบางครั้งการเจรจาจนสำเร็จอาจไม่ได้เกิดจากการพบกันครั้งแรก อาจจะต้องมีการนัดหมายในครั้งต่อไปหรือถ้าเป็นเรื่องใหญ่ที่ไม่จบได้โดยง่าย อาจจะต้องเจรจายเป็นจำนวนหลายครั้ง ดังนั้นสถานบริการด้านสุขภาพและสาธารณสุขจึงควรนำกลยุทธ์การ

เจรจาในรูปแบบ Win-Win มาใช้ ซึ่งการเจรจาต่อรองในลักษณะรูปแบบนี้จะทำให้ความรู้สึกของคู่เจรจาสามารถรับรู้ได้ถึง คำว่า Win-Win ที่ต่างฝ่ายต่างจะได้รับประโยชน์ที่ใกล้เคียงกันมากที่สุดและเกิดความพึงพอใจร่วมกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารขององค์กรควรมีนโยบายในการจัดให้บริการด้านการเจรจาต่อรองอย่างชัดเจน โดยจัดให้มีผู้รับผิดชอบในการเจรจาต่อรองโดยตรง
2. จัดให้มีที่ปรึกษาซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านกฎหมายทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งมีความพร้อมที่จะให้คำแนะนำเมื่อเกิดความขัดแย้งได้อย่างรวดเร็ว
3. มีผู้ประสานงานในการให้บริการเจรจาต่อรองในแต่ละครั้งอย่างชัดเจนและเสร็จสิ้นแต่ละกรณีในคนเจรจาเดียวกัน
4. ผู้เจรจาต่อรองจำเป็นจะต้องสร้างบรรยากาศ ความรู้สึก และความคุ้มค่าเพื่อให้คู่เจรจารู้สึกสบายใจในการมาพบกัน ลดอคติส่วนตนในระหว่างทำการเจรจา พร้อมทั้งหาวิธีการจัดการกับความขัดแย้งอย่างเหมาะสม
5. ผู้เจรจาต่อรองควรได้รับการอบรมในด้านเจรจาต่อรองทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงการมีประสบการณ์ในการให้บริการมากขึ้น จะทำให้เกิดความมั่นใจและประสบความสำเร็จได้เป็นอย่างดี

References

- Butnampetch, C. (2018). *Negotiation for Over the Limit of Medical Treatment Expenses*. *Public Health & Health Laws Journal*, 4(3), 483-492. (in Thai).
- Center for Peace and Public Health Office. (2013). *Peace of the Permanent Secretary for Public Health*. Retrieved November 25, 2013 from <http://www.facebook.com/peaceinhealthmoph/photos/pcd> (in Thai)
- Jungsatiensub, K. (2007). *Peace-Health: Peace and Conflict Management in the Health System*. Retrieved November 25, 2015 from <http://www.shi.or.th>. (in Thai)
- Prasertsri, S. (2006). *Modern Management*. Bangkok: Thammasarn. (in Thai)
- Tonthirawong, B. (2009). *Basic Training Negotiation Techniques In Medical and Public Health*. Center for Peace in Public Health Office. (in Thai).
- Visalo, P. (2003). *The Foundations of Peace*. Retrieved December 6, 2014 from <http://www.visalo.org>. (in Thai)

ความท้าทายในการกำกับกินยาแบบมีพี่เลี้ยงของผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน The Challenges in the Practice of Directly Observed Therapy in a Local Community

จิราภรณ์ ชูวงศ์^{1*}, จินัฐตา ศุภศรี¹ และ ดวงใจ สวัสดิ์¹

Jiraporn Choowong^{1*}, Jinatta Supasri¹ and Duangjai Sawatdee¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง^{1*}

Boromarajonani Nursing College, Trang^{1*}

(Received: April 26, 2019; Revised: September 03, 2019; Accepted: September 03, 2019)

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอรูปแบบการส่งเสริมการกำกับการกินยาแบบมีพี่เลี้ยงของผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ผลการสังเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลยุทธ์ที่ช่วยส่งเสริมการกำกับการกินยาแบบมีพี่เลี้ยงในชุมชนได้แก่ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยวัณโรคมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา การเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่พี่เลี้ยงกำกับการกินยาโดยการส่งเสริมให้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการลดการตีตราผู้ป่วยวัณโรค จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า บุคลากรทางด้านสาธารณสุขควรนำกลยุทธ์ดังกล่าวข้างต้นไปประยุกต์ใช้ ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนรับประทานยาวัณโรคจนครบตามแผนการรักษา อย่างไรก็ตาม ควรมีการวิจัยติดตามผลลัพธ์ระยะยาว เพื่อให้ได้รูปแบบในการส่งเสริมการกำกับการกินยาแบบมีพี่เลี้ยงในบริบทที่แตกต่างกันได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: วัณโรค, การกินยาแบบมีพี่เลี้ยง, ชุมชน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: jirapornc@bcnt.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 094-5973736)



Abstract

Tuberculosis patient adherence to the long course of TB treatment is complex. This review aims to identify strategies for improving the practice of directly observed therapy (DOT) in order to promote patient adherence to TB treatment. Three analytical themes were identified across the studies: allow patients' participation on the treatment process; empower local health professional to take more responsibilities; and involve and collaborate with the community to decrease stigma. The adherence is influenced by the interaction among the tuberculosis patients, the DOT observers and the local community. The results point towards an empowerment approach for both patients and DOT providers to improve the practice of DOT. However, the results highlight the need for systematic evaluation of the conditions for the research results use in settings where transfer activities occur.

Keywords: Tuberculosis, DOT, Local Community

Introduction

Tuberculosis (TB) is a major public health concern with high rates of morbidity and mortality worldwide, particularly in low and middle-income countries. In 2014, there were nine million new cases of TB, and 1.5 million died, making TB one of the world's greatest infectious killers (World Health Organization, 2015). The World Health Organization (WHO) has implemented the directly observed treatment, short-course (DOTS) strategy which include directly observed therapy (DOT), socioeconomic support, psychosocial and emotional support, education and counselling, and early detection for TB control (Behzadifar, Mirzaei, Behzadifar, Keshavarzi, Behzadifar, & Saran, 2015; Lertmaharit, Kamol-Ratankul, Sawert, Jittimanee & Wangmanee, 2005; Macq, Torfoss & Getahun, 2007; Mateus-Solarte, & Carvajal-Barona 2008; Tschirhart, Nosten & Foster, 2016). DOT is defined as ingestion of anti-TB medications under the direct observation of healthcare staff, a community member, a lay health worker or a family member who is appropriately trained. Patients on DOT are classified as center-based DOT if the observers are health personnel, as family-based DOT if the observers are family members, and as community-based DOT if the observers are community members or lay health workers. The DOT providers will help patients to increase adherence to treatment, leading to an effective cure for TB (Pungrassami, Kipp, Stewart, Chongsuvivatwong, Strauss, & Rie, 2010; Rakwong, Sillabutra, & Keiwekarnka, 2010; Suwankeeree & Pichansathian, 2014).

Improving treatment adherence has been a core aspect of the practice of DOT (Frieden, & Sbarbaro, 2007). Studies conducted on DOT have shown the factors which may influence patients' adherence. Situations associated with TB treatment adherence involve social, cultural and demographic barriers, in addition to those related to medication and also to the process of health care delivery (Lertmaharit, Kamol-Ratankul, Sawert, Jittimanee, & Wangmanee, 2005; Mishra, Hansen, Sabroe & Kafle, 2006) Previous studies have indicated some of the multiple factors that may influence patient adherence to TB treatment. For example, structural factors, poverty and the financial impact of TB treatment have been found to be major influences on adherence (Munro, Lewin, Swart, & Volmick, 2007; Shiotania & Henninka, 2014). The patient-

related factors include motivation for staying on treatment and the psychological and physiological impacts of the adherence to TB treatment. Patients may hide their disease from employees for fear of dismissal, which may result in non-adherence. In addition, gender discrimination may influence treatment adherence, especially in some Asian settings, where females' TB status is sometimes hidden because it may result in divorce or reduced prospects of marriage (Munro, Lewin, Smith, Engel, Fretheim & Volmink, 2007). The knowledge of, attitudes towards, and beliefs about TB and its treatment affect adherence (Munro et al., 2007). People encounter TB stigma in many settings, which may result in hiding the diagnosis (Courtwright, & Turner, 2010). Factors related to the health service influence TB treatment adherence including the relationship between the healthcare provider and the patient (Munro, Lewin, Smith, Engel, Fretheim, & Volmink, 2007).

To date, there has been little published about the practice of DOT at a local community level and little guidance on how to improve this practice in order to promote patient adherence to TB treatment. This descriptive paper will concern the challenges in the practice of DOT and patient adherence to TB treatment in a local community. The results may guide health practices and indicate effective policies for improving the practice of DOT in the community level in the future.

Content

This review identified three strategies for improving the practice of DOT that were likely to have a combined effect on patient adherence to TB treatment. These were: 1) to allow patients' participation on the treatment process, 2) to empower local health professional in taking more responsibilities, and 3) to involve in, and collaborate with the community to decrease stigma.

1. Allow patients' participation on the treatment process

The patients often had difficulties reaching the health center due to long distances and/or poor transport infrastructure, especially in rural areas (Hane, Thiam, Fall, Vidal, Diop, Ndir et al, 2007). As daily attendance at a clinic entailed high transportation costs, some patients could not afford transportation. Also, daily treatment was time-consuming and physically demanding, and rigid routines at health clinics reinforced many of the emerging problems (Sagbakken, Bjune & Frich, 2011). The TB patients still managed to continue the treatment, mainly because their relatives or community members provided them with food and dairy drinks, encouragement to continue the treatment, and sometimes money for transport (Arcêncio, Oliveira, Cardozo- Gonzales, Ruffino- Netto, Pinto & Villa, 2008; Okanurak, Kitayaporn, Wanarangsikul & Koompong, 2007; Adatu, Odeke, Mugenyi, Gargioni, McCray, Schneider et al, 2003).

One study also found a family member was the most convenient, acceptable and accessible DOT provider because such a person increased the ability to continue with one's daily activities during treatment and helped with saving time and money (Zvavamwe & Ehlers, 2009). Furthermore, the flexibility in individual arrangements and observation was important (Tao, Zhao, Jiang, Ma, Wan & Ma, 2013; Wandwalo, Makundi, Hasler & Morkve, 2006). Thus, allowing



patients more influence on the treatment process was extremely important during the intensive phase of the TB treatment.

It is essential that the TB patients understand how their treatment is to be organized and the importance of the treatment. Based on the results, it is possible to recommend an empowerment approach to increase the ability to control one's own life and reduce the TB stigma through TB education programs and social support (Haglund, Bo, Pettersson, Finer, & Tillgren, 1996; Hoa, Diwan, Co & Thorson, 2004). However, an empowerment approach will be achieved when the DOT providers support the TB patients by giving expertise support through increased knowledge, skill development, competence, autonomy, self-confidence and freedom (Macq, Solis, Martinez & Martiny, 2008; Tengland, 2008).

2. Empower local health professional to take more responsibilities

The importance of communication skills by the DOT providers was highlighted by both TB patients and healthcare workers. The communication between DOT providers and patients was equally poor at the time of diagnosis and registration, as well as during the treatment (Hane, Thiam, Fall, Vidal, Diop, Ndir et al, 2007; Lewis & Newel, 2009). The local DOT providers did not get up-to-date knowledge on TB to support the TB patients and provide them with adequate and timely treatment (Escott & Walley, 2005; Yasin & Karabey, 2016). Also, the family members whose role involved observing their relatives taking TB drugs needed to receive education about TB and its treatment (Lewis & Newel, 2009).

One study suggested including a condensed version of the actual TB guidelines to facilitate the role of DOT provider (Yasin & Karabey, 2016). However, a study from the rural DOT providers perspective found that health workers practical needs in terms of DOT could be fully met by increasing the DOT allowance, and by other enablers, such as removing obstacles in DOT provision as well as providing more training and education opportunities (Hane, Thiam, Fall, Vidal, Diop, Ndir et al, 2007; Zvavamwe & Ehlers, 2009).

The DOT providers may not support the TB patients because they may lack knowledge of conditions affecting health or because of environmental disincentives (Hane, Thiam, Fall, Vidal, Diop, Ndir et al, 2007; Lewis & Newel, 2009; Wright, Westerkamp, Korver & Dobler, 2015). There are significant problems in terms of misunderstanding and miscommunication between DOT providers and TB patients. Also, patients reported that treatment supporters maintained a monitoring role regarding patients' treatment, limiting patients' opportunities to exercise control over their illness and their drug regimen (Atkins, Biles, Lewin, Ringsberg & Thorson, 2010). Some studies highlighted how negative attitudes can play through into the relationship between DOT providers and TB patients, leading to a lack of respect for, and lack of empathy with the TB patients (Mishra, Hansen, Sabroe & Kafle, 2006). The DOT providers need to be concerned with the whole person and realize that health is closely related to empowerment and must extend field experience in community settings and in healthcare teams.

Improving the skills and behavior of DOT providers, giving them more TB knowledge and increasing their supervision activities led to an improvement in patients' adherence to TB treatment. An empowerment approach will encourage the DOT providers to achieve personal

development by supporting self-reliance, self-confidence and self-esteem (Haglund, Pettersson, Finer & Tillgren, 1996). Empowering the DOT providers and continuing to train them with more TB health education activities, will make them ready to empower the TB patients (Tengland, 2008). The results of this review are consistent with what was reported by Atkins, namely it is necessary to provide a community or empowerment perspective to treatment, and to provide additional human resources through employing more skilled lay health workers to take on tasks previously done by nurses (Atkins, Lewin, Ringsberg, & Thorson, 2012).

3. Involve and collaborate with the community to decrease stigma

A supporting environment in the local community was revealed as important from the experiences among TB patients. The community-based DOT option had better cure rates than those for clinic or self-administered TB treatment (Adatu, Odeke, Mugenyi, Gargioni, McCray, Schneider et al, 2003; Cavalcante, Soares, Pacheco, Chaisson & Durovni, 2007; Wandwalo, Makundi, Hasler & Morkve, 2006). The community-based DOT was convenient, reduced costs, saved time, and improved the daily living conditions when the patients were too weak to come to the TB clinic. It enabled the patients to stay with their families, and increased the awareness of TB among the patients, family members and the community so they could better understand the disease, and reduced the stigma (Lewis & Newel, 2009). From a TB nursing perspective, the community-based DOT reduced the workload of healthcare workers (Wandwalo, Makundi, Hasler & Morkve, 2006).

By using community-based DOT providers, an option was that the former TB patients, who had their own experience of the disease and were motivated, could supervise others and convince them to complete the medication and reduce the TB stigma in the community. In urban areas, promoting social mobilization and community support and using indigenous community health workers improved TB treatment outcomes (Cavalcante, Soares, Pacheco, Chaisson & Durovni, 2007). One study found that many young TB patients would prefer to take their drugs at home rather than use facility-based DOT (Tao, Zhao, Jiang, Ma, Wan & Ma, 2013). A study in Thailand found that the community-based DOT might not be an appropriate option for the urban setting because the TB patients did not want more people than necessary to know they had TB. It is suggested that combined methods, such as center-based DOT for the first few weeks and then being transferred to family-based DOT, with the patient's agreement, can achieve the target of TB treatment (Okanurak, Kitayaporn, Wanarangsikul & Koompong, 2007).

The variants of DOT differ in important ways in terms of who is being observed, where the observation takes place and how often observation occurs. The studies report that these aspects of DOT are crucial in determining how effective a particular type of DOT will be in terms of increased cure rates. In addition, the studies highlighted the key role of social and economic factors in relation to adhering to TB treatment. The type of DOT service is a major factor influencing a TB patient's decision-making about following treatment regime or not. In rural areas, the daily observation of a TB patients by a DOT provider is an option that cannot be used by a large number of patients, who may live too far from the nearest health centre. In these cases, it would be beneficial to shift the treatment of all TB patients to health facilities within

the primary healthcare structure (Suwankeeree & Picheansathian, 2014). There are consistent reports that access to TB care could be improved through decentralization of treatment (Thiam, LeFevre, Hane, Ndiaye, Ba, Fielding et al, 2007).

The practice of DOT, combined with involving in, and collaborating with the community, may decrease stigma and, therefore, be used for promoting patient adherence to TB treatment. Community or family members may have contributed to the positive results in improving adherence to treatment, but there was no significant difference in cure rate among the TB patients who received DOT from a community member or a family member (Zhang, Ehiri, Yang, Tang & Li, 2016). This review showed that community-based DOT and family-based DOT can both reach the WHO target for treatment success (Wright, Westerkamp, Korver & Dobler, 2015). However, family members can potentially be effective treatment observers, but only if there is close supervision of all aspects of the treatment delivery system through weekly home visits by healthcare staff (Wandwalo, Makundi, Hasler & Morkve, 2006).

It is increasingly recognized that supportive environments for health, which include physical, social and psychological support, provide conditions conducive to healthy lifestyles (Haglund, Pettersson, Finer & Tillgren, 1996). Social support for health involves interaction through which people give and receive mental, emotional, informational, material and operational support that lead to better health. The right quality and timing of social support are vital for successful care, especially when a person's own capacity to cope has been reduced (Arcêncio, Oliveira, Cardozo-Gonzales, Ruffino-Netto, Pinto & Villa, 2008; Sagbakken, Bjune & Frich, 2011). The results regarding community support are consistent with a systematic review conducted by Courtwright and Turner (2010) which showed that TB clubs may reduce social isolation and offer an environment in which TB status is highly visible and accepted. Also, Macq, Solis, Martinez and Martiny (2008) conducted a study on the effect of TB clubs on TB stigma in rural Nicaragua and found that patients enrolled in TB clubs had a significant reduction in internalized TB stigma. The same study conducted by Atkins, Lewin, Ringsberg and Thorson (2012) showed that providing community empowerment to treatment in primary health clinics could reduce stigma and achieve good adherence outcomes.

Conclusion

This paper contributes a deeper understanding of the perspective of healthcare providers, DOT observers and TB patients when the DOT is practiced in a local community. Lack of TB knowledge and skills among DOT observers, and fear of stigma among TB patients are considered significant barriers to patient adherence to TB treatment. The reviews point towards an empowerment approach for both DOT providers, who, in turn, will empower TB patients to achieve adherence to TB treatment. Health education can help people develop a critical understanding of the social conditions in which they live and of what they can do to change those conditions. If people become more knowledgeable about the effects of social conditions on TB, they may discover and solve the problems in their communities.

Thus, the strategies for supporting the TB patients during their treatment were to:

empower local health professionals to take more responsibilities by improving the communication and behavior of the local DOT providers, respect the individual patient autonomy and integrity, and increase knowledge about TB and its treatment among DOT providers, patients, families and the community.

Suggestion

The findings have particular relevance when policymakers consider how strategies can enable the patient's adherence to TB treatment. There is also a strong need for more knowledge when transferring interventions in specific local contexts. Further studies are needed to apply empowerment approach in different local communities. The empowerment approach should be implemented and tailored to local contexts, then there is a need for systematic evaluation of the conditions for the research results use in settings where transfer activities occur.

References

- Adatu, F., Odeke, R., Mugenyi, M., Gargioni, G., McCray, E., Schneider, E., & Maher, D. (2003). Implementation of the DOTS Strategy for Tuberculosis Control in Rural Kiboga District, Uganda, Offering Patients the Option of Treatment Supervision in the Community, 1998-1999. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 7(9), S63-71.
- Arcêncio, R. A., Oliveira, M. F., Cardozo-Gonzales, R. I., Ruffino-Netto, A., Pinto, I. C., & Villa, T. C. (2008). City Tuberculosis Control Coordinators' Perspectives of Patient Adherence to DOT in São Paulo State, Brazil, 2005. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 12(5), 527-531.
- Atkins, S., Biles, D., Lewin, S., Ringsberg, K., & Thorson, A. (2010). Patients' Experiences of an Intervention to Support Tuberculosis Treatment Adherence in South Africa. *Journal of Health Services Research & Policy*, 15(3), 163-170. DOI: 10.1258/jhsrp.2010.009111
- Atkins, S., Lewin, S., Ringsberg, K. C., & Thorson, A. (2012). Towards an Empowerment Approach in Tuberculosis Treatment in Cape Town, South Africa: a Qualitative Analysis of Programmatic Change. *Global Health Action*, 5, 14385. DOI: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v5i0.14385>.
- Behzadifar, M., Mirzaei, M., Behzadifar, M., Keshavarzi, A., Behzadifar, M., & Saran, M. (2015). Patients' Experience of Tuberculosis Treatment Using Directly Observed Treatment, Short-Course (DOTS): A Qualitative Study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(4), 1-6. DOI: 10.5812/ircmj
- Cavalcante, S. C., Soares, E. C. C., Pacheco, A. G. F., Chaisson, R. E., & Durovni, B. (2007). Community DOT for Tuberculosis in a Brazilian Favela: Comparison with a Clinic Model. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 11(5), 544-549.
- Courtwright, A., & Turner, A. N. (2010). Tuberculosis and Stigmatisation: Pathways and Interventions. *Public Health Report*, 125(4), 34-42.
- Escott, S., & Walley, J. (2005). Listening to Those on the Frontline: Lessons for Community-Based Tuberculosis Programmes from a Qualitative Study in Swaziland. *Social Science & medicine*, 61(8), 1701-1710.



- Frieden, T. R., & Sbarbaro, J. A. (2007). Promoting Adherence to Treatment for Tuberculosis: the Importance of Direct Observation. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(5), 325-420. Retrieved from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/5/06-038927/en/>.
- Haglund, Bo. J. A., Pettersson, B., Finer, D., & Tillgren, P. (1996). *Creating Supportive Environments for Health: Stories from the Third International Conference on Health Promotion, Sundsvall, Sweden*. Geneva: World Health Organization.
- Hane, F., Thiam, S., Fall, A. S., Vidal, L., Diop, A. H., Ndir, M., & Lienhardt, C. (2007). Identifying Barriers to Effective Tuberculosis Control in Senegal: an Anthropological Approach. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 11(5), 539-543.
- Hoa, N. P., Diwan, V. K., Co, N. V., & Thorson, A. E. (2004). Knowledge about Tuberculosis and its Treatment among New Pulmonary TB Patients in the North and Central Regions of Vietnam. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 8, 603-608.
- Lertmaharit, S., Kamol-Ratankul, P., Sawert, H., Jittimanee, S., & Wangmanee, S. (2005). Factors Associated with Compliance among Tuberculosis Patients in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 88, S149-156.
- Lewis, C. P., & Newel, J. N. (2009). Improving Tuberculosis Care in Low Income Countries—a Qualitative Study of Patients’ Understanding of Patient Support in Nepal. *Biomed Central Public Health*, 9, 190, 1-8. doi: 10.1186/ 1471-2458-9-190.
- Macq, J., Torfoss, T., & Getahun, H. (2007). Patient Empowerment in Tuberculosis Control: Reflecting on Past Documented Experiences. *Tropical Medicine & International Health*, 12(7), 873–885.
- Macq, J., Solis, A., Martinez, G., & Martiny., P. (2008). Tackling Tuberculosis Patients’ Internalized Social Stigma Through Patient-Centred Care: an Intervention Study in Rural Nicaragua. *BioMed Central Public Health*, 8, 154. DOI: 10.1186/1471-2458-8-154
- Mateus-Solarte, J. C., & Carvajal-Barona, R. (2008). Factors Predictive of Adherence to Tuberculosis Treatment, Valle Del Cauca, Colombia. *International Journal of Nursing Studies*, 12(5), 520-526.
- Mishra, P., Hansen, E. H., Sabroe, S., & Kafle, K. K. (2006). Adherence is Associated with the Quality of Professional-Patient Interaction in Directly Observed Treatment Short-course, DOTS. *Patient Education and Counseling*, 63, 29-37.
- Munro, S. A., Lewin, S. A., Smith, H. J., Engel, M. E., Fretheim, A., & Volmink J. (2007). Patient Adherence to Tuberculosis Treatment: A Systematic Review of Qualitative Research. *PLoS Medicine*, 4(7), 1230-1245.
- Munro, S., Lewin, S., Swart, T., & Volmick, J. (2007). A Review of Health Behaviour Theories: How Useful are These for Developing Interventions to Promote Long-Term Medication Adherence for TB and HIV/AIDS?. *Biomed Central Public Health*, 7, 104.
- Okanurak, K., Kitayaporn, D., Wanarangsikul, W., & Koompong, C. (2007). Effectiveness of DOT for Tuberculosis Treatment Outcomes: a Prospective Cohort Study in Bangkok, Thailand. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 11(7), 762–768.



- Pungrassami, P., Kipp, A. M., Stewart, P. W., Chongsuvivatwong V., Strauss R. P., & Rie, A. V. (2010). Tuberculosis and AIDS Stigma among Patients Who Delay Seeking Care for Tuberculosis Symptoms. *International Journal Tuberculosis and Lung Disease*, 14(2), 181-187.
- Rakwong, N., Sillabutra, J., & Keiwkarnka, B. (2010). Performance Village Health Volunteers on Tuberculosis Prevention in Mahachanachai District, Yasothon Province, Thailand. *Journal of Public Health and Development*, 3, 252-264.
- Sagbakken, M., Bjune, G. A., & Frich, J. C. (2011). Humiliation or Care? A Qualitative Study of Patients' and Health Professionals' Experiences with Tuberculosis Treatment in Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 313-323.
- Shiotania, R., & Henninka, M. (2014). Socio-Cultural Influences on Adherence to Tuberculosis Treatment in Rural India. *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice*. doi: 10.1080/17441692.2014.953562.
- Suwankeeree, W., & Picheansathian, W. (2014). Strategies to Promote Adherence to Treatment by Pulmonary Tuberculosis Patients: a Systematic Review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 12(1), 3-16. DOI: 10.1097/01.XEB.0000444614.17658.46
- Tao, T., Zhao, Q., Jiang, S., Ma, L., Wan, L., & Ma, Y. (2013) Motivating Health Workers for the Provision of Directly Observed Treatment to TB Patients in Rural China: Does Cash Incentive Work? A Qualitative Study. *International Journal of Health Planning and Management*, 28, e310-e324. DOI: 10.1002/hpm.2175
- Tengland, P. A. (2008). Empowerment: A Conceptual Discussion. *Health Care Analysis*, 16, 77-96. doi 10.1007/s10728-007-0067-3.
- Thiam, S., LeFevre, A. M., Hane, F., Ndiaye, A., Ba, F., Fielding, K. L., et al. (2007). Effectiveness of a Strategy to Improve Adherence to Tuberculosis Treatment in a Resource-Poor Setting A Cluster Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, 297(4), 380-386. doi:10.1001/jama.297.4.380
- Tschirhart, N., Nosten, F., & Foster, A. M. (2016). Access to Free or Low- Cost Tuberculosis Treatment for Migrants and Refugees Along the Thailand-Myanmar Border in Tak Province, Thailand. *International Journal for Equity in Health*, 15:100. doi. 10.1186/s12939-016-0391-z.
- Wandwalo, E., Makundi, E., Hasler, T., & Morkve, O. (2006). Acceptability of Community and Health Facility-Based Directly Observed Treatment of Tuberculosis in a Tanzanian Urban Setting. *Health Policy*, 78, 284-294.
- Wright, C. M., Westerkamp, L., Korver, S., & Dobler, C. C. (2015). Community-Based Directly Observed Therapy (DOT) Versus Clinic DOT for Tuberculosis: a Systematic Review and Meta-Analysis of Comparative Effectiveness. *BioMed Central Infectious Diseases* 15, 210. DOI: 10.1186/s12879-015-0945-5
- Yasin, Y., & Karabey, S. (2016). Disconnecting the DOTS: Misconceptions about the Therapeutic Paradigm of Tuberculosis Patients at Family Healthcare Centres in Istanbul. *Journal of Public Health*, 24, 141-146. doi: 10.1007/s10389-016-0708-9.



- Zhang, H. Y., Ehiri, J., Yang, H., Tang, S., & Li, Y. (2016). Impact of Community-Based DOT on Tuberculosis Treatment Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 5, 1-19. DOI: 10.1371/journal.pone.0147744
- Zvavamwe, Z., & Ehlers, V. J. (2009). Experiences of a Community-Based Tuberculosis Treatment Programme in Namibia: a Comparative Cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 302-309.

ปรัชญาประสบการณ์นิยม และการพัฒนาสู่การจัดการศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21 Experimentalism and the Improvement of Nursing Education in the 21st Century

นาวพร ดำแสงสวัสดิ์^{1*}, พัชร รัตนพงษ์¹ และ สุธาสินี เจียประเสริฐ²

Nawaporn Damsangsawat^{1*}, Patcharee Rattanapong¹ and Suthasinee Chiaprasert²

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา^{1*}, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช²

Boromarajonani College of Nursing, Songkhla^{1*}, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat²

(Received: May 03, 2019; Revised: August 09, 2019; Accepted: August 13, 2019)

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการพัฒนาการจัดการศึกษาพยาบาลและรูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะในศตวรรษที่ 21 บนหลักการประสบการณ์นิยม สำหรับนักศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้นำมาใช้อย่างแพร่หลายในการจัดการศึกษาพยาบาล เพื่อให้ผู้เรียนเกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร และเกิดทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 รูปแบบการจัดการเรียนการสอนจากการปฏิบัติ เป็นการจัดการเรียนรู้ที่เน้นการบูรณาการ และเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ เป็นกระบวนการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติ หรือ การลงมือทำ ซึ่ง “ความรู้” ที่เกิดขึ้นจะเป็นความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ โดยผู้เรียนมีบทบาทรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง บทบาทของผู้สอนคือ ผู้สนับสนุน และเป็นแหล่งความรู้ ของผู้เรียน ผู้สอนต้องลดบทบาทในการสอน และการให้ข้อความรู้แก่ผู้เรียน และเพิ่มกระบวนการและกิจกรรมที่จะทำให้ผู้เรียนเกิดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น ด้วยวิธีการที่หลากหลาย

คำสำคัญ: ปรัชญาประสบการณ์นิยม, การศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21, การเรียนรู้จากการปฏิบัติ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kob7712@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 089-8765470)

Abstract

This article aimed to describe teaching styles that promote 21st century skills in nursing education, based on the philosophy of Experimentalism. The concept of Experimentalism has been used widely in nursing education, in order to help the students reach the intended learning outcomes of the course as well as skills and learning in the 21st century. It is a student-centered teaching method that is based on practice. The knowledge is gained from experience, where the students are responsible for their own learning. The role of teachers is as facilitators, and resource persons for learners. Instructors need to reduce the role of teaching and lecture. They should increase the processes and activities to keep the students motivated to do activities with various methods.

Keywords: Experimentalism, Nursing Education in The 21st Century, Action Learning

บทนำ

สถาบันการศึกษาพยาบาลในระดับนานาชาติ รวมทั้งสถาบันการศึกษาพยาบาลของไทย ต่างก็ตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องปฏิรูปการจัดการเรียนการสอน เนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลในศตวรรษที่ 21 ต้องเผชิญกับความต้องการการดูแลที่หลากหลาย จึงต้องปรับให้ก้าวทันกับการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างรวดเร็ว นักการศึกษาพยาบาล ต้องประเมินและทบทวนหลักสูตรการศึกษา กลยุทธ์การเรียนการสอน และโปรแกรมที่นำมาใช้เพื่อเตรียมพยาบาลวิชาชีพใหม่อย่างสม่ำเสมอ (Fawaz, Hamdan-Mansour, & Tassi, 2018) การเตรียมบุคลากรทางการพยาบาลในศตวรรษที่ 21 นั้น ต้องพัฒนาหลักสูตรที่มุ่งเน้นอนาคต ซึ่งตอบสนองความต้องการด้านการดูแลสุขภาพที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ด้วยชุดทักษะทางคลินิกขั้นสูงและขอบเขตการปฏิบัติที่กว้างขวาง (Schwendima, Fierz, Spichiger, Marcus, & Geest, 2019) พยาบาลไม่เพียงแต่จะต้องมีทักษะการปฏิบัติ แต่จำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่เหมาะสมในการเข้าสู่ศตวรรษที่ 21 ดังนั้น การจัดการศึกษาพยาบาล นับว่า มีความสำคัญมาก ที่สถาบันการศึกษาและหน่วยบริการจะต้องทำงานร่วมกันท่ามกลางความซับซ้อนของการดูแลสุขภาพ เพื่อผลักดันให้วิชาชีพการพยาบาลก้าวไปข้างหน้า (Mannino, & Otter, 2016) เนื่องจากบริบทของโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ยุคปัจจุบันและอนาคต สังคมจึงต้องการพยาบาล ที่สามารถคิดวิเคราะห์ และแก้ปัญหาได้ มีความคิดสร้างสรรค์ มีทักษะการติดต่อสื่อสาร และมีความรู้ผู้สำเร็จการศึกษา จึงต้องได้รับการเตรียมพร้อมสำหรับการปฏิบัติในศตวรรษที่ 21 โดยการศึกษาต้องมีทั้งภาคทฤษฎีที่เหมาะสม ภาคปฏิบัติในห้องทดลอง และการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง เพื่อให้เชื่อมโยงกับสภาพการณ์จริงให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (Kunaviktikul, 2015) ทั้งนี้ สถาบันการศึกษาพยาบาล จะต้อง มีการจัดการเรียนการสอนโดยเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต้องมีความรู้ความเข้าใจในปรัชญาการศึกษาเป็นพื้นฐาน และวิเคราะห์ไปสู่หลักการ แนวคิด ทฤษฎีการเรียนรู้ หลักการจัดการเรียนรู้และการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เป็นต้น เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาศักยภาพ

แนวคิดปรัชญาประสบการณ์นิยม ได้นำมาใช้อย่างแพร่หลายในการจัดการศึกษาพยาบาล ด้วยวิชาชีพพยาบาล เป็นวิชาชีพที่กระทำกับมนุษย์ และจากการเปลี่ยนแปลงบริบทของสังคม ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพยิ่งนับวันเพิ่มความยุ่งยาก ซับซ้อนมากขึ้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่สถาบันการศึกษาพยาบาลจะต้องจัดการศึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมของพยาบาล ให้มีทักษะก้าวทันยุคศตวรรษที่ 21 บทความนี้จึงได้นำเสนอการจัดการศึกษาและรูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะในศตวรรษที่ 21 บนฐานปรัชญาประสบการณ์นิยมสำหรับนักศึกษาพยาบาล

ปรัชญาประสบการณ์นิยม (Empiricism)

ปรัชญาประสบการณ์นิยม (Empiricism) เป็นแนวคิดที่ว่า ความรู้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความคิดของมนุษย์เติบโตและพัฒนาโดยเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม (Horowitz, 1937) ปรัชญาประสบการณ์นิยมให้ความสำคัญเกี่ยวกับประสบการณ์ตรงเป็นสำคัญ จึงถือได้ว่าเป็นการริเริ่มแนวความคิดประสบการณ์นิยม (Kunpanya, 2014) ซึ่งเป็นปอเกิดของความรู้ทุกอย่าง คำว่า “Empiricism” มาจากรากศัพท์ภาษากรีก คำว่า “Empeiria” และได้กลายมาเป็นภาษาอังกฤษ คำว่า “Experience” ซึ่งหมายถึง “ประสบการณ์” ปรัชญาประสบการณ์นิยม ตามแนวคิดของเดวิด ฮูม เชื่อว่า ประสบการณ์เป็นที่มาของความรู้ (Experience Knowledge) โดยมีประสาทสัมผัสที่ทำหน้าที่สืบต่อจากโลกภายนอก (External World) ความรู้เกิดขึ้นเมื่อประสาทสัมผัส ระหว่างสิ่งที่ปรากฏ และความเกี่ยวข้องของสิ่งต่าง ๆ นอกกายกับอวัยวะสัมผัสของเราแล้ว ทำให้เกิดการรับรู้ มโนภาพของผู้อื่นเราไม่ได้โดยตรง แต่รู้ได้โดยการถ่ายทอด ประสบการณ์นิยมมีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งถึงคริสต์ศตวรรษที่ 17 การที่โลกมีความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ และ วิทยาการอื่น ๆ เกิดขึ้น ส่งผลให้ทฤษฎีแบบประสบการณ์นิยมก่อตัวขึ้นอย่างรวดเร็ว จนเห็นได้ชัด (Vajiravamsa (Kamon), 2017) เช่นเดียวกับ แนวคิดปรัชญาประสบการณ์นิยมของ จอห์น ดิวอี้ เป็นปรัชญาการศึกษาที่ยกย่องประสบการณ์ เน้นให้ผู้เรียนมีการเรียนรู้สถานการณ์จริง “ประสบการณ์” ตามความคิดของจอห์น ดิวอี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ประสบการณ์ปฐมภูมิ (Primary Experience) และ ประสบการณ์ทุติยภูมิ (Secondary Experience) ประสบการณ์ปฐมภูมิ คือ ประสบการณ์ที่ยังไม่ได้คิดไตร่ตรอง ส่วนประสบการณ์ทุติยภูมิ เป็นความรู้ที่ผ่านกระบวนการคิดไตร่ตรองแล้ว ประสบการณ์ที่เกิดจากการคิดไตร่ตรอง (Reflective Thought) เรียกอีกอย่างว่าประสบการณ์การรู้ (Cognitive Experience) (Ruangsang, 2013) ตัวอย่างเช่น นักศึกษาพยาบาล ไม่ได้ปิดสายให้สารน้ำ ขณะถอดสายให้สารน้ำจากตัวผู้ป่วย สารน้ำจึงไหลเรี่ยราดบริเวณแขนผู้ป่วยและที่นอน เป็นประสบการณ์ปฐมภูมิ เมื่อนักศึกษาเกิดการเรียนรู้จากผลของการไม่ปิดสายสารน้ำ ทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่พอใจ และไม่ยอมให้สารน้ำเรี่ยราดอีก จึงต้องมีความรอบคอบในการทำหัตถการปลดสายให้สารน้ำผู้ป่วย ซึ่งเป็นประสบการณ์ทุติยภูมิ

จะเห็นได้ว่า ประสบการณ์ทุติยภูมิ เป็นประสบการณ์ที่มีความสำคัญต่อการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล เนื่องจาก ปฏิบัติการพยาบาล เป็นการกระทำต่อชีวิตมนุษย์ ดังนั้น ความรู้ในวิชาชีพทั้งมวลต้องผ่านกระบวนการคิดไตร่ตรอง เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ

ปรัชญาประสบการณ์นิยมกับการศึกษา

ปรัชญาการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมาก ปรัชญาช่วยให้เกิดความชัดเจนทางการศึกษา และทำให้นักศึกษาสามารถดำเนินการทางการศึกษาได้อย่างถูกต้องรัดกุม เพราะได้ผ่านการพิจารณา วิพากษ์ วิเคราะห์อย่างละเอียดทุกแง่มุม ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจน ขจัดความไม่สอดคล้อง และหาทางพัฒนาแนวคิดใหม่ ให้นักศึกษา (Meesuk, 2009) ปรัชญาประสบการณ์นิยม มีแนวคิดเกี่ยวกับหลักสูตรว่า หลักสูตรเป็นมวลประสบการณ์ เน้นการเสริมสร้างประสบการณ์ทางสังคม เน้นกระบวนการเรียนรู้ ไม่เน้นเนื้อหาสาระ มีแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนการสอน ที่เน้นการเรียนรู้โดยวิธีแก้ปัญหา และอาศัยประสบการณ์ที่สถาบันการศึกษาจัดให้ ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล และให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ในขณะที่นำความรู้ไปใช้ เช่น ให้ทำโครงการหรือกิจกรรม เพื่อให้ผู้เรียนได้ค้นคว้าหาคำตอบใหม่ ๆ (Malaichaisit, 2019) ดังเช่น แนวคิดของผู้นำนักปราชญ์ จอห์น ดิวอี้ (John Dewey) ที่นำมาใช้ในการจัดการศึกษาอย่างแพร่หลาย คือ “การเรียนรู้โดยการปฏิบัติจริง” ฝึกให้มนุษย์แก้ปัญหา เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากการกระทำ ฝึกปฏิบัติ ฝึกคิด ฝึกลงมือทำ ฝึกทักษะกระบวนการต่าง ๆ ประสบการณ์ที่มนุษย์พบหรือเผชิญ มีอยู่ 2 ประเภทคือ 1) ขั้นปฐมภูมิ เป็นประสบการณ์ที่ไม่เป็นความรู้ หรือยังไม่ได้คิดแบบไตร่ตรอง เช่น การเตรียมวัสดุอุปกรณ์สำหรับทำความสะอาดแผลผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ส่งผลให้ขณะทำความสะอาดแผล ต้องกลับไปจัดหาอุปกรณ์เพิ่มเติม 2) ขั้นทุติยภูมิ เป็นความรู้ ที่ผ่านการคิดไตร่ตรอง เช่น การเตรียมวัสดุอุปกรณ์สำหรับทำความสะอาดแผลผู้ป่วย โดยเรียง

ตามลำดับขั้นตอนการทำ ส่งผลให้สามารถจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ครบถ้วนในครั้งเดียว ประโยชน์ของ จอห์น ดิวอี้ เป็นปรัชญาที่ยกย่องประสบการณ์ ผู้เรียนต้องเรียนรู้จากการกระทำในสถานการณ์จริง การจัดกระบวนการเรียนรู้ ที่เน้นการปฏิบัติจริง เป็นการจัดการกิจกรรมในลักษณะกลุ่มปฏิบัติการ ที่เรียนรู้ด้วยประสบการณ์ตรงจากการเผชิญ สถานการณ์จริงและการแก้ปัญหา เป็นกิจกรรมการเรียนรู้การสอนที่เน้นให้ผู้เรียนเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้เรียน คิดเป็นและแก้ปัญหาเป็น โดยการนำวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ บางครั้งก็เรียกวิธีสอนนี้ว่า การสอนแบบ วิทยาศาสตร์ (Ruangrong, 2013) ดังเช่น ผลการศึกษา การทบทวนอย่างเป็นระบบ: การอำนวยความสะดวกในการ เรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักในนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี ของไวลสันสกี และคณะ (Wosinski, Belcher, Dürrenberger, Allin, Stormacq, & Gerson, 2018) พบว่า คุณภาพของการมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม มีความสำคัญต่อความสำเร็จของการจัดการเรียนการสอน นักศึกษาพยาบาลได้รับทักษะที่ส่งเสริมการใช้เหตุผล ทางคลินิก และผู้สอนควรได้รับการฝึกอบรมเพื่อนำทีม ตลอดกระบวนการเรียนรู้ในแบบการเรียนรู้โดยใช้ปัญหา เป็นหลัก เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นการปฏิบัติจริง เป็นการเรียนรู้ในแบบการเรียนรู้จากการปฏิบัติ ผู้เรียน จะเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ ซึ่งรูปแบบที่เน้นนักเรียนเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ รวมทั้งการเรียนรู้โดยใช้ ปัญหาเป็นหลัก ซึ่งในต่างประเทศได้รับความนิยมทั้งในสถาบันการศึกษาการแพทย์ การพยาบาล และการศึกษา สาขาวิชาอื่น ๆ สำหรับการศึกษาในประเทศไทยได้มีการผลักดันที่จะชดเชยรูปแบบดั้งเดิมของการสอนรูปแบบที่ ครูเป็นศูนย์กลาง (Klunklin, Subpaiboongid, Keitlertnapha, Viseskul, & Turale, 2011)

ปรัชญาประสบการณ์นิยม เป็นแนวคิดปรัชญาการศึกษาที่มีการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย แนวคิด ปรัชญาประสบการณ์นิยม เชื่อว่า วิธีการค้นหาความจริงต้องกระทำโดยผ่านการทดลอง หรือการลงมือปฏิบัติ ซึ่ง การเรียนรู้โดยผ่านประสบการณ์ ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลได้พัฒนาศักยภาพตนเองไปสู่ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ เสริมสร้างให้เกิดคุณลักษณะที่พึงประสงค์ในศตวรรษที่ 21

การศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21

ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21

สถานการณ์ของโลกในศตวรรษที่ 21 มีความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในทุก ๆ ด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม และการศึกษา ซึ่งมีความแตกต่างจากศตวรรษที่ 20 และ 19 เป็นอย่างมาก กระแส การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อวิถีการดำรงชีวิตของสังคมโลก ทักษะในอนาคตใหม่หรือทักษะการเรียนรู้ใน ศตวรรษที่ 21 จึงถูกพัฒนาขึ้น เพื่อให้ก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ได้แก่ 3Rs x 7Cs (Trilling, & Fadel, 2009) 3Rs ประกอบด้วย 1) การอ่าน (Reading) 2) การเขียน (Writing) และ 3) Arithmetic (คณิตศาสตร์) 7Cs ประกอบด้วย 1) ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา (Critical Thinking and Problem Solving) 2) ทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม (Creativity and Innovation) 3) ทักษะด้านความเข้าใจความต่างวัฒนธรรม (Cross Cultural Understanding) 4) ทักษะด้าน ความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ (Collaboration, Teamwork and Leadership) 5) ทักษะด้าน การสื่อสาร สารสนเทศและรู้เท่าทันสื่อ (Communications, Information, and Media Literacy) 6) ทักษะ ด้านคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร (Computing and ICT Literacy) และ 7) ทักษะ ด้านอาชีพ และทักษะการเรียนรู้ (Career and Learning Skills) ขณะเดียวกันการปฏิบัติการพยาบาลใน ศตวรรษที่ 21 ต้องเผชิญกับความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนและหลากหลาย จึงต้องปรับให้ก้าวทันกับการดูแล สุขภาพที่แตกต่างกันอย่างรวดเร็ว (Fawaz, Hamdan-Mansour, & Tassi, 2018) ทักษะในศตวรรษที่ 21 จึง เป็นสมรรถนะที่สถาบันการศึกษาพยาบาล ต้องมุ่งสร้างบัณฑิตหรือผู้เรียนให้มีศักยภาพและความสามารถที่จะ พัฒนาตนเองและสังคม มุ่งผลิตบัณฑิตพยาบาลศาสตร์ ไปสู่ความสำเร็จ ในยุคศตวรรษที่ 21 เพื่อให้บริการ สุขภาพประชาชน ที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับความต้องการของสังคม ดังนั้น การออกแบบการจัดการศึกษาใน หลักสูตรจึงมีความสำคัญต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ที่สังคมคาดหวังให้เกิดกับผู้เรียน

จากผลการวิจัย เรื่อง อนาคตภาพของการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในบริบทประชาคมอาเซียน ของ Kotra, Phoklin, & Krommuang (2017) พบว่า นอกเหนือจากแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล เช่น แนวคิดทฤษฎีการดูแลอย่างเป็นองค์รวมแล้ว การจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในบริบทประชาคม ยังต้องให้ความสำคัญกับการเข้าใจเกี่ยวกับมนุษย์และผู้รับบริการ และคำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมมากยิ่งขึ้น ประเด็นดังกล่าวจำเป็นต้องต่อยอดกระบวนการจัดประสบการณ์สำหรับนักศึกษา นอกจากนั้นการจัดการศึกษาพยาบาลจะต้องยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หลักการจัดการศึกษาพยาบาล ต้องประกอบด้วย 1) การส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม การมีจิตเมตตา 2) การส่งเสริมให้มีความคิดสร้างสรรค์ สามารถคิดวิเคราะห์ และแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ รู้เท่าทันสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อม และ 3) สอดคล้องตามกรอบ TQF สาขาพยาบาลศาสตร์ การประกันคุณภาพการศึกษา และการจัดการศึกษาในศตวรรษที่ 21 คือ ต้องคิดเป็น รู้จักคิดเป็นระบบ รู้จักการนำตัวเอง ด้านการจัดกระบวนการเรียนการสอน ควรใช้เทคนิคและวิธีการเรียนการสอนที่หลากหลายมากขึ้นและคำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม

นอกจากนี้ การเรียนการสอนในภาคปฏิบัติการพยาบาล ถือว่ามีความสำคัญยิ่งต่อการเป็นพยาบาลที่มีความสามารถให้การพยาบาลต่อไปในอนาคต ผู้สอนจำเป็นต้องให้โอกาสนักศึกษาในการฝึกปฏิบัติตามวัตถุประสงค์รายวิชาอย่างแท้จริง ทั้งในสถานบริการสุขภาพทุกระดับและในชุมชน ดังนั้นวิชาฝึกปฏิบัติทุกวิชา ผู้เรียนควรจะได้เรียนรู้ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ทุกทักษะ ร่วมไปกับการใช้ความรู้ที่เรียนมาจากวิชาที่เป็นพื้นฐาน โดยการมอบหมายงานและให้นักศึกษาได้มีโอกาสฝึกทักษะการเป็นผู้นำ ได้แก่ การติดต่อ สื่อสาร การมีมนุษยสัมพันธ์ การตัดสินใจ การคิดวิเคราะห์ การคิดสร้างสรรค์ การทำงานร่วมกับผู้อื่น การเข้าใจผู้ที่มีวัฒนธรรมต่างกัน และการใช้เทคโนโลยี รวมทั้งมุ่งเน้นการมีคุณธรรมจริยธรรมในการให้การพยาบาลด้วย (Kunaviktikul, 2015) นอกจากนี้มีผลการศึกษาที่พบว่า คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21 นั้นต้องมีทักษะในการดำเนินชีวิต สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นได้ สามารถทำงานเป็นทีม มีความเป็นผู้นำ กล้าคิด มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ สามารถสร้างนวัตกรรม การวิจัย กล้าที่จะเปลี่ยนแปลง (Kotra, Phoklin, & Krommuang, 2017)

รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะในศตวรรษที่ 21

จากการศึกษารูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะในศตวรรษที่ 21 สำหรับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดย Suwanjaroen, Sarakshetrin, & Malai (2017) ได้ศึกษาค้นคว้าและวิเคราะห์เอกสาร (Content Analysis) จากเอกสารตำรา งานวิจัย บทความวิชาการที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่เกี่ยวกับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ และรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะในศตวรรษที่ 21 จำนวน 10 รูปแบบ ผลการสังเคราะห์ พบว่า รูปแบบการจัดการเรียนการสอนดังกล่าวช่วยส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ในด้านต่อไปนี้

1. รูปแบบการเรียนการสอนกระบวนการสืบเสาะและแสวงหาความรู้เป็นกลุ่ม (Group Investigation Instructional Model) ส่งเสริมทักษะการอ่าน การเขียน ทักษะเลขคณิต ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการแก้ปัญหา ทักษะด้านความเข้าใจความต่างวัฒนธรรม ทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ ทักษะด้านการสื่อสาร สารสนเทศและรู้เท่าทันสื่อ ทักษะด้านคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร

2. รูปแบบการเรียนการสอนกระบวนการคิดอุปนัย (Inductive Thinking Instructional Model) ส่งเสริมทักษะการอ่าน การเขียน เลขคณิต ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการแก้ปัญหา ทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ ทักษะด้านการสื่อสาร สารสนเทศและรู้เท่าทันสื่อ ทักษะด้านคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ทักษะด้านอาชีพ และทักษะการเรียนรู้

3. รูปแบบการเรียนการสอนกระบวนการคิดสร้างสรรค์ (Synectics Instructional Model) ส่งเสริมทักษะการอ่าน การเขียน ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา ทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม ทักษะด้านความเข้าใจความต่างวัฒนธรรม ทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ

ทักษะด้านการสื่อสาร สารสนเทศและรู้เท่าทันสื่อ ทักษะด้านคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ทักษะด้านอาชีพ และทักษะการเรียนรู้

4. รูปแบบการเรียนการสอนกระบวนการคิดแก้ปัญหาอนาคต ตามแนวคิดของทอร์เรนซ์ (Torrance's Future Problem Solving Instructional Model) ส่งเสริมทักษะการอ่าน การเขียน ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา ทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม ทักษะด้านความเข้าใจความต่างวัฒนธรรม ทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ ทักษะด้านการสื่อสาร สารสนเทศและรู้เท่าทันสื่อ ทักษะด้านคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ทักษะด้านอาชีพ และทักษะการเรียนรู้

5. รูปแบบการเรียนการสอนโดยการสร้างเรื่อง (Storyline Method) ส่งเสริมทักษะการอ่าน การเขียน ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา ทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม ทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ

6. รูปแบบการเรียนการสอน ตามวัฏจักรการเรียนรู้ 4 MAT ส่งเสริมทักษะการอ่าน การเขียน ทักษะเลขคณิต ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา ทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม ทักษะด้านความเข้าใจความต่างวัฒนธรรม ทักษะด้านความเข้าใจความต่างวัฒนธรรม ทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ ทักษะด้านอาชีพ และทักษะการเรียนรู้

7. รูปแบบการเรียนการสอนของการเรียนรู้แบบร่วมมือ (Instructional Models of Cooperative Learning) ส่งเสริมทักษะการอ่าน การเขียน ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา ทักษะด้านความเข้าใจความต่างวัฒนธรรม ทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ ทักษะด้านการสื่อสาร สารสนเทศและรู้เท่าทันสื่อ ทักษะด้านคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ทักษะด้านอาชีพ และทักษะการเรียนรู้

8. รูปแบบการเรียนการสอนทักษะกระบวนการเผชิญสถานการณ์ ส่งเสริมทักษะการอ่าน การเขียน ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา ทักษะด้านความเข้าใจความต่างวัฒนธรรม ทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ ทักษะด้านอาชีพ และทักษะการเรียนรู้

9. รูปแบบการเรียนการสอน โดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง: โมเดลชิปปา (CIPPA Model) หรือรูปแบบการประสานหัวแนวคิด ส่งเสริมทักษะการอ่าน การเขียน ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา ทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม ทักษะด้านความเข้าใจความต่างวัฒนธรรม ทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ ทักษะด้านการสื่อสาร สารสนเทศและรู้เท่าทันสื่อ ทักษะด้านคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ทักษะด้านอาชีพ และทักษะการเรียนรู้

10. รูปแบบการจัดการเรียนการสอนจากการปฏิบัติ (Action Learning) ส่งเสริมทักษะการอ่าน การเขียน ทักษะเลขคณิต ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา ทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม ทักษะด้านความเข้าใจความต่างวัฒนธรรม ทักษะด้านการสื่อสาร สารสนเทศและรู้เท่าทันสื่อ ทักษะด้านคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ และทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำ ทักษะด้านอาชีพ และทักษะการเรียนรู้

รูปแบบการจัดการเรียนการสอนบนฐานปรัชญาประสบการณ์นิยมที่ส่งเสริมทักษะในศตวรรษที่ 21

ปรัชญาประสบการณ์นิยม มีแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนการสอน ที่เน้นการเรียนรู้โดยวิธีแก้ปัญหา และอาศัยประสบการณ์ที่สถาบันการศึกษาจัดให้ ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล และให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ในขณะที่นำความรู้ไปใช้ เช่น ให้ทำโครงการหรือกิจกรรม เพื่อให้ผู้เรียนได้ค้นคว้าหาคำตอบใหม่ ๆ (Malaichaisit, 2019) ประสบการณ์ ตามแนวคิดปรัชญาประสบการณ์นิยม หมายถึงถึงสิ่งที่มีมนุษย์กระทำ คิดและรู้สึก รวมถึงการคิดอย่างใคร่ครวญ และการลงมือกระทำ ทำให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทั้งหมดที่เกิดขึ้นครบถ้วนแล้ว จึงเรียกว่าเป็นประสบการณ์ (Meesuk, 2009) รูปแบบการจัดการ

เรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะในศตวรรษที่ 21 ทั้ง 10 รูปแบบดังข้างต้น มีแนวคิด/หลักการการจัดการเรียนรู้ บนฐานคิดปรัชญาประสบการณ์นิยม

รูปแบบการจัดการเรียนการสอน ที่ส่งเสริมทักษะในศตวรรษที่ 21	สรุปแนวคิด/หลักการเรียนรู้ บนฐานคิดปรัชญาประสบการณ์นิยม
รูปแบบการเรียนการสอนกระบวนการสืบเสาะ และแสวงหาความรู้เป็นกลุ่ม	การพัฒนาความรู้และประสบการณ์ของผู้เรียน โดยผ่านการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อค้นหาคำตอบสำหรับโจทย์ประเด็นปัญหา กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้เรียนค้นหาคำตอบได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการเรียนรู้รายบุคคล ความรู้ที่ได้ เป็นการนำประสบการณ์หรือความรู้เดิมมาใช้ในการประสบการณ์ใหม่
รูปแบบการเรียนการสอนกระบวนการคิดอุปนัย	การเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนสร้างมโนทัศน์ผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์ ตีความ และหาข้อสรุป แล้วจึงนำข้อสรุปที่ได้ไปประยุกต์ใช้
รูปแบบการเรียนการสอนกระบวนการคิด สร้างสรรค์	การเรียนรู้ที่เน้นให้ผู้เรียน คิดและแก้ไขปัญหาด้วยแนวความคิดใหม่ ๆ ที่แตกต่างไปจากเดิม ผลการเรียนรู้ทำให้เกิดแนวคิดใหม่ และนำความคิดใหม่นั้น ไปใช้ให้เป็นประโยชน์
รูปแบบการเรียนการสอนกระบวนการคิด แก้ปัญหาอนาคต ตามแนวคิดของทอรัแรนซ์	เน้นให้ผู้เรียนคิดหาแนวทางหรือวิธีการในการแก้ไขปัญหา โดยเน้นการพัฒนาทักษะการคิดเพื่อใช้ในการแก้ปัญหาปัจจุบัน และให้ตระหนักถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้น เพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดในอนาคต ผ่านเทคนิคการระดมสมองร่วมกัน
รูปแบบการเรียนการสอนโดยการสร้างเรื่อง	การเรียนรู้ที่มีประสิทธิผล คือ การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรง หรือการลงมือกระทำ หรือการได้มีส่วนร่วมของผู้เรียน ได้ดึงความคิดและประสบการณ์จากสิ่งแวดล้อมรอบตัว เพื่อสร้างองค์ความรู้
รูปแบบการเรียนการสอนตามวัฏจักร การเรียนรู้ 4 MAT	การเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับความถนัดของผู้เรียนที่ครบถ้วนทั้ง 4 แบบ คือ 1) ถนัดการใช้จินตนาการ มักจะค้นหาเหตุผล 2) ถนัดการวิเคราะห์จะค้นหาข้อเท็จจริง 3) ถนัดใช้สามัญสำนึก จะแสวงหาวิธีการ และ 4) ชอบค้นหาความรู้ด้วยตนเอง มักจะลงมือกระทำ
รูปแบบการเรียนการสอนของการเรียนรู้ แบบร่วมมือ	การพัฒนาผู้เรียน ด้านทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น การประสานงาน การแสวงหาความรู้ และการแก้ปัญหา ฯลฯ โดยอาศัยหลักการพึ่งพาช่วยเหลือกัน และการมีปฏิสัมพันธ์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ไม่ใช่เพื่อการแข่งขันกัน
รูปแบบการเรียนการสอนทักษะกระบวนการ เผชิญสถานการณ์	การจัดการศึกษาควรสอดคล้องกับการดำเนินชีวิต ซึ่งต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ที่จะเข้าใจภาวะที่ต้องเผชิญ เรียนรู้ที่จะต่อสู้กับปัญหาเรียนรู้ที่จะผสมผสานวิธีแก้ไขปัญหามาจนสำเร็จลุล่วง
รูปแบบการเรียนการสอนโดยยึดผู้เรียน เป็นศูนย์กลาง : โมเดลซีปปา (CIPPA Model) หรือรูปแบบการประสานห้าแนวคิด	แนวคิด “CIPPA” ห้าแนวคิด คือ หลักการสร้างความรู้ ด้วยตนเอง (C= Construction of Knowledge) หลักกระบวนการกลุ่มและการเรียนรู้แบบร่วมมือ (I - Interaction) หลักความพร้อม ในการเรียนรู้ (P= Process Skills) หลักการเรียนรู้กระบวนการ (P=Physical Partition) และหลักการถ่ายโอนการ

รูปแบบการจัดการเรียนการสอน ที่ส่งเสริมทักษะในศตวรรษที่ 21	สรุปแนวคิด/หลักการเรียนรู้ บนฐานคิดปรัชญาประสบการณ์นิยม
รูปแบบการจัดการเรียนการสอนจากการปฏิบัติ	เรียนรู้โดยนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ (A = Application) ในสถานการณ์ที่หลากหลาย ความรู้นั้นก็จะเป็นประโยชน์ การเรียนรู้ที่เน้นการปฏิบัติจริง เป็นการจัดกิจกรรมในลักษณะกลุ่มปฏิบัติการที่เรียนรู้ด้วยประสบการณ์ตรง จากการเผชิญสถานการณ์จริงและการแก้ปัญหา เน้นให้ผู้เรียน ได้เรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้เรียนคิดเป็นและแก้ปัญหาเป็น

รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะในศตวรรษที่ 21 ดังกล่าวข้างต้น รูปแบบการเรียนรู้จากการปฏิบัติ เป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย สามารถนำมาใช้ในการจัดการศึกษาได้ครอบคลุมหลักสูตรที่หลากหลาย การเรียนรู้ช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดพลังจาก "การเรียนรู้โดยการลงมือทำ" (Learning by Doing) และจาก "ประสบการณ์โดยตรง" (Roberts, 2017) นับเป็นรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับการเสริมสร้างทักษะวิชาชีพพยาบาล เพื่อประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนการศึกษาพยาบาล อันจะส่งผลต่อสมรรถนะของบัณฑิตพยาบาลในศตวรรษที่ 21

รูปแบบการเรียนรู้จากการปฏิบัติ

รูปแบบการเรียนรู้จากการปฏิบัติ ถือเป็นต้นแบบของแนวคิด Teach Less, Learn More หรือ “สอนให้น้อยลง เรียนรู้ให้มากขึ้น” (Suwanjaroen, Sarakshetrin, & Malai, 2017) การเรียนรู้จากการปฏิบัติเป็นเครื่องมือในการแก้ปัญหา ผ่านการแบ่งปันประสบการณ์ การไตร่ตรองและการสอบถาม เป็นความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและการไตร่ตรอง ซึ่งการเรียนรู้จากการปฏิบัตินั้น การไตร่ตรอง นับว่าสำคัญเนื่องจากเมื่อได้เรียนรู้จากประสบการณ์ การไตร่ตรองทำให้การกระทำในอนาคต มีความชัดเจนยิ่งขึ้น (Welskop, 2014)

การเรียนรู้จากการปฏิบัติ เป็นรูปแบบของการเรียนรู้ ที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถสร้างให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างถาวร จากการฝึกหัดหรือประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (Watjinda, 2017) ผู้สอนต้องปรับเปลี่ยนวิธีการสอน โดยเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ สร้างบรรยากาศการเรียนรู้เชิงรุก มีการออกแบบการสอนที่กระตุ้นให้ผู้เรียนมีความตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา ด้วยวิธีการที่หลากหลาย เช่น การเรียนรู้จากการบริการและการเรียนรู้จากประสบการณ์ ซึ่ง Bouchaud, Brown, & Swan (2017) ได้กล่าวถึง การสร้างกระบวนการทัศนศึกษาใหม่เพื่อเตรียมพยาบาล สำหรับศตวรรษที่ 21 ว่า การเรียนรู้จากการบริการ เป็นบริการที่มีต่อชุมชน กลุ่มองค์กร หรือประชากรร่วมกับการสอนเชิงวิชาการและการเรียนรู้ประสบการณ์การบริการถูกรวมเข้ากับหลักสูตรและต้องการให้นักเรียนมีส่วนร่วมในโครงการเฉพาะและมีคุณค่าต่อกลุ่มองค์กรหรือประชากรขณะเดียวกันก็ช่วยเพิ่มความเข้าใจของเนื้อหาหลักสูตร ส่วนการเรียนรู้จากประสบการณ์ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนเลือกกิจกรรมเพื่อฝึกฝนและพัฒนาทักษะ ความรับผิดชอบในการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ โดยผู้เรียนมีส่วนร่วมในการสะท้อนจะช่วยให้การวิเคราะห์และสังเคราะห์ประสบการณ์ และรับความรู้ใหม่

องค์ประกอบของการเรียนรู้จากการปฏิบัติ

กระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้ (Marquardt, 2004)

1. ประเด็นปัญหา (A Problem) การเรียนรู้จากการปฏิบัติ ประเด็นปัญหาหรือปัญหาจริงที่ต้องแก้ไขปรับปรุง มีความสำคัญต่อการเรียนรู้สำหรับนักศึกษาพยาบาล และเป็นโอกาสที่กลุ่มนักศึกษาจะได้เรียนรู้ ร่วมกัน และสร้างองค์ความรู้ใหม่ให้เกิดขึ้น

2. กลุ่มเรียนรู้ (A Group) จำนวนสมาชิกควรมีประมาณ 4 - 8 คน ที่มีความแตกต่างทางความรู้และประสบการณ์ เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลมีมุมมองที่หลากหลาย มีมุมมองใหม่ ๆ โดยกลุ่มจะได้รับมอบหมายให้ศึกษาประเด็นปัญหาที่ยังไม่มีคำตอบที่แน่ชัด

3. ประเด็นคำถาม (Questions) กระบวนการซักถามที่ชาญฉลาด และการฟังที่ไตร่ตรอง เป็นกุญแจสู่ความสำเร็จของการเรียนรู้ และความคิดริเริ่ม จะต้องกระตุ้นให้เกิดการสะท้อนแง่มุมที่ไม่เคยทราบ โดยเน้นไปที่คำถามที่ถูกต้องมากกว่าการแสวงหาคำตอบที่ถูกต้อง ประเด็นคำถามเป็นเครื่องมือช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ สร้างการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม สร้างนวัตกรรมและการคิดเชิงระบบและส่งผลต่อการเรียนรู้ต่อเนื่อง นักศึกษาพยาบาลได้เข้าใจ ในประเด็นปัญหา ได้แสวงหาทางเลือกที่หลากหลาย ได้ไตร่ตรองอย่างรอบคอบ แล้วจึงลงมือปฏิบัติ

4. การปฏิบัติ (Action) การเรียนรู้จำเป็นต้องมีปฏิบัติการกลุ่ม ซึ่งกลุ่มจะต้องมีพลังคือความสามารถ และมีความรู้ที่จะดำเนินการ โดยเริ่มจากการวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดเป้าหมาย การศึกษาทางเลือก และการปฏิบัติการ การเรียนรู้จะเกิดขึ้นเมื่อกลุ่มได้ใคร่ครวญไตร่ตรองประสบการณ์ที่เกิดขึ้น

5. การเรียนรู้ (Learning) สมาชิกจะต้องมีความมุ่งมั่นที่จะเรียนรู้ ไม่ได้เน้นการแก้ปัญหาระยะสั้น แต่ให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในระดับบุคคล กลุ่มและองค์กร ยิ่งกลุ่มได้พัฒนาความรู้ความสามารถมากขึ้นเพียงใด คุณภาพของการปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาจะเพิ่มขึ้นตามตัว

6. ผู้แนะนำ (A Coach) การเรียนรู้จากการปฏิบัติจำเป็นต้องมีผู้แนะนำ เพื่อดำเนินการให้สมาชิกกลุ่มได้สะท้อน ต้องมีการสร้างพลวัตการเรียนรู้ (Learning Dynamics) ให้เกิดขึ้น ซึ่งต้องมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง มีการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม มีความกระตือรือร้น สนใจ ใฝ่รู้ และพัฒนาตนเองอยู่เสมอ มีการคิดอย่างเป็นระบบ มีแบบแผนทางความคิด ไม่ยึดติดกับความเชื่อกันคตินิยม มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีการสนทนาที่เปิดเผย มีรูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลายรูปแบบ ที่สำคัญต้องมีการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง โดยที่ผู้สอนจะกระตุ้นให้ตั้งประเด็น และเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนการจัดกิจกรรมรูปแบบการเรียนรู้จากการปฏิบัติ

การจัดกิจกรรมรูปแบบการเรียนรู้จากการปฏิบัติ ประกอบด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบ 4 ขั้นตอน ได้แก่ (Ngamnil, 2017)

1. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยผู้สอนมีบทบาทกระตุ้นให้นักศึกษาพยาบาลตั้งประสบการณ์เดิมมาเชื่อมโยงกับประสบการณ์ใหม่ เพื่อแบ่งปันประสบการณ์ร่วมกันระหว่างผู้เรียนด้วยกัน

2. การสร้างองค์ความรู้ร่วมกัน ผู้สอนจะกระตุ้นผู้เรียนให้คิด วิเคราะห์ สังเคราะห์ อภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดร่วมกัน เกี่ยวกับกรณีศึกษาผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อสรุปหรือองค์ความรู้ใหม่ หรือเกิดปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อ

3. การนำเสนอความรู้ โดยผู้สอนให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ความรู้ แนวคิด ทฤษฎี หลักการ ขั้นตอน หรือข้อสรุปต่าง ๆ เพื่อให้ผู้เรียนนำมาใช้ในการสร้างองค์ความรู้ใหม่ หรือช่วยให้การเรียนรู้บรรลุวัตถุประสงค์

4. การลงมือปฏิบัติหรือประยุกต์ใช้ เป็นขั้นตอนที่สำคัญ โดยผู้สอนเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้นำเสนอความคิดรวบยอด ข้อสรุปหรือองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ ไปประยุกต์หรือทดลองใช้กับผู้ป่วยบริการ

เทคนิคการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ รูปแบบการเรียนรู้จากการปฏิบัติ

รูปแบบการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (Action Learning) เป็นการจัดการเรียนรู้การสอนที่หลากหลาย ได้แก่ การเรียนรู้แบบแลกเปลี่ยนความคิด (Think pair-Share) การเรียนรู้แบบร่วมมือ (Collaborative Learning Group) การเรียนรู้แบบใช้เกม (Games) การเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน (Activity based Learning) การเรียนรู้แบบแผนผังความคิด (Concept Mapping) การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem-Based Learning) และการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐาน (Project based Learning) (Suwanjaroen, Sarakshetrin, & Malai, 2017) ในปัจจุบัน การเรียนรู้ ก่อนและหลังการฝึกประสบการณ์จริงกับผู้ป่วย สถาบันการศึกษาพยาบาลได้นำรูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยนำแนวคิดของปรัชญาประสบการณ์นิยม มาใช้ คือกระบวนการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation Based

Learning) เป็นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ ซึ่งทฤษฎีที่นำมาใช้ในการจัดการเรียนรู้ ได้แก่ ทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบ (Kolb's Experiential Learning Theory) กำหนดวงจรการเรียนรู้ 4 ขั้นตอน คือ 1) การเรียนรู้ประสบการณ์รูปธรรม (Concrete Experience-CE (Feeling) 2) การสังเกตอย่างใคร่ครวญ (Reflection Observation-RO (watching)) 3) สร้างมโนทัศน์เป็นแนวคตินามธรรม (Abstract Conceptualization-AC (Thinking) และ 4) ประยุกต์หลักการไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ (Active Experimentation-AE (Doing) (Clarke, 2014 Cite by Shepherd, 2017) การใช้แบบจำลองก่อนและระหว่างการฝึกปฏิบัติทางคลินิก ครั้งแรกของนักศึกษาพยาบาลเป็นกลยุทธ์การเรียนรู้ที่มีประโยชน์และมีประสิทธิภาพ และควรตระหนักถึงความวิตกกังวลในระดับสูงของนักศึกษาพยาบาลในระหว่างการฝึกภาคคลินิกครั้งแรกและออกแบบโปรแกรมเพื่อลดความวิตกกังวลผ่านสถานการณ์การจำลองเสมือนจริง (Khalaila, 2014) จากการประเมินผลลัพธ์ของนักเรียนในการฝึกปฏิบัติทางคลินิกครั้งแรก พบว่า ประสบการณ์และการรับรู้ของนักเรียนในการปฏิบัติทางคลินิกครั้งแรกจะแสดงอารมณ์ ซึ่งการสะท้อนตนเองช่วยให้นักเรียนรู้สึกผ่อนคลายและเข้าใจตนเองดีขึ้น (Reljic, 2019)

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (SBL) การออกแบบสถานการณ์ และการสรุปผลการเรียนรู้จึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ที่ผู้สอนต้องวางแผนการจัดการเรียนรู้เป็นอย่างดี ซึ่งกระบวนการเรียนรู้ ประกอบด้วย การเตรียมสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ขั้นตอนการเรียนรู้ การประเมินผลการเรียนรู้ และผลลัพธ์การเรียนรู้ การสรุปผลการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิดประสบการณ์จากสถานการณ์จำลองช่วยถ่ายทอดความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ ผู้เรียนได้ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ความคิด ความรู้สึกต่อกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์ และสรุปหลักการหรือแนวคิดที่จะนำไปประยุกต์ในสถานการณ์ใหม่ ผลลัพธ์การเรียนรู้ดังกล่าว ส่งเสริมทักษะการปฏิบัติการพยาบาล การให้เหตุผลทางการพยาบาล การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจทางการพยาบาล และทักษะที่ไม่ใช่การปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การทำงานเป็นทีม และการสื่อสาร (Sinthuchai, & Ubolwan, 2017) จากผลการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเพื่อพัฒนาความรู้ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน สำหรับนักศึกษาพยาบาล ของ Norkaeo, Treenon, Chabuakam, Kanbupar, Teanthong, & Kaewmanee (2018) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองพัฒนาความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน สำหรับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 พบว่า โปรแกรมสอนช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเพิ่มขึ้น ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเพิ่มขึ้น ทั้งหลังสอนทันที ติดตามหลังสอน 1 เดือน และ 3 เดือน นักศึกษามีความพึงพอใจโปรแกรมการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง ระดับมาก

จะเห็นได้ว่า การจัดการเรียนการสอนตามรูปแบบการเรียนรู้จากการปฏิบัติ เป็นรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการศึกษาพยาบาล ซึ่งนักศึกษาพยาบาลจะต้องผ่านการฝึกฝนทักษะปฏิบัติการพยาบาล ตามเกณฑ์มาตรฐานการศึกษาพยาบาลและมาตรฐานวิชาชีพที่กำหนด เพื่อพร้อมที่จะเข้าสู่วิชาชีพพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพประชาชนตามความคาดหวังของสังคมท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ในยุคศตวรรษที่ 21 นี้

สรุป

การจัดการศึกษาพยาบาลของสถาบันการศึกษา นับว่ามีความสำคัญยิ่ง โดยเฉพาะการจัดการเรียนการสอนบนฐานปรัชญาประสบการณ์นิยม ที่มุ่งเน้นเสริมสร้างให้ผู้เรียนเกิดคุณลักษณะที่พึงประสงค์ในศตวรรษที่ 21 คือ ทักษะการอ่าน การเขียน ทักษะเลขคณิต การสร้างสรรค์และนวัตกรรม ทักษะความร่วมมือ การทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำ การสื่อสาร สารสนเทศและรู้เท่าทันสื่อ ทักษะคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ และที่สำคัญทักษะวิชาชีพ และทักษะการเรียนรู้ โดยมุ่งเน้นการจัดการเรียนการสอนตามแนวคิด Teach Less, Learn More ที่ให้ความสำคัญกับผู้เรียน และให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของกระบวนการเรียนรู้ โดยการจัดการศึกษา ให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล บนฐานคิดของปรัชญาประสบการณ์นิยม คือ “Learning by Doing” หรือ “การเรียนรู้โดยการปฏิบัติ” ซึ่งรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะใน

ศตวรรษที่ 21 การเรียนรู้จากการปฏิบัติ เป็นรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เน้นการบูรณาการ และเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ นับเป็นรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่สำคัญยิ่งสำหรับนักศึกษาพยาบาล ที่สามารถเสริมสร้างให้ผู้เรียนเกิดทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ด้วยการออกแบบการเรียนรู้ที่ผสมผสาน 6 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ ประเด็นปัญหา กลุ่มเรียนรู้ ประเด็นคำถาม ปฏิบัติการ การเรียนรู้และโค้ช โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ 4 ขั้นตอน คือ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสร้างองค์ความรู้ร่วมกัน การนำเสนอความรู้ และการลงมือปฏิบัติหรือประยุกต์ใช้ ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้เรียนรู้จักเรียนรู้ด้วยตนเอง (Active Learner) สอดคล้องกับความสามารถและความต้องการของตนเอง สามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ ทั้งด้านทักษะการพยาบาล และด้านการสื่อสาร สื่อ สารสนเทศ ด้านคอมพิวเตอร์ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ นับเป็นการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่มุ่งเน้น ให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้สูงสุด ได้พัฒนาศักยภาพผู้เรียน ในการใช้กระบวนการคิดขั้นสูง ได้แก่ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินค่า และการนำความรู้ที่ได้ มาประมวลเรียบเรียงเพื่อประยุกต์ใช้ โดยที่ผู้สอนจะเป็น ผู้อำนวยความสะดวกในการจัดการเรียนรู้ และสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้เรียนได้ปฏิบัติได้ด้วยตัวเองอย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้ผู้เรียนเกิดคุณลักษณะต่างๆ ที่ต้องการในศตวรรษที่ 21 ได้ อันจะนำไปสู่วิชาชีพพยาบาล ที่สามารถเผชิญกับการดูแลปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน และยุ่งยาก ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. สถาบันการศึกษาพยาบาล ควรมุ่งเน้นการจัดการศึกษาบนฐานคิดปรัชญาประสบการณ์นิยม คือ “Learning by Doing” หรือ “การเรียนรู้โดยการปฏิบัติจริง” ซึ่งรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่สอดคล้องกับแนวคิดปรัชญาประสบการณ์นิยม ที่สามารถส่งเสริมทักษะในศตวรรษที่ 21 สำหรับนักศึกษาพยาบาล ได้ครอบคลุม คือ รูปแบบการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (Action Learning) ซึ่งเป็นการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่มุ่งเน้น ให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้สูงสุด สามารถพัฒนาจนเกิดคุณลักษณะต่าง ๆ ที่ต้องการในศตวรรษที่ 21 ได้
2. สถาบันการศึกษา ต้องเปลี่ยนแปลงทัศนะของผู้สอนไปสู่กระบวนทัศน์ใหม่ (New Paradigm) มุ่งเน้นการจัดการเรียนการสอนตามแนวคิด Teach Less, Learn More โดยเฉพาะเทคนิคการจัดกิจกรรมการเรียนรู้อยู่ในรูปแบบการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (Action Learning) ที่หลากหลาย โดยส่งเสริมและ พัฒนาทั้งผู้สอนและผู้เรียน
3. สถาบันการศึกษา ควรให้ความสำคัญกับสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ที่มีคุณภาพและเพียงพอ รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณ และเสริมสร้างสภาพแวดล้อม ให้เอื้อต่อการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลาย อันจะนำไปสู่สมรรถนะของบัณฑิตที่ตอบสนองความต้องการของสังคม
4. สถาบันการศึกษา ควรปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การจัดการเรียนรู้จากในห้องเรียนออกสู่ภายนอก โดยเพิ่มชั่วโมงการเรียนรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติ และสัมผัสสถานการณ์จริงเพิ่มมากขึ้น

References

- Bouchaud, B., Brown, D., & Swan, B. A. (2017). Creating a New Education Paradigm to Prepare Nurses for the 21st Century. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(10), 27-35.
- Fawaz, M. A., Hamdan-Mansour A. M., & Tassi A. (2018). Challenges Facing Nursing Education in the Advanced Healthcare Environment. *International Journal of Africa Nursing*, 9, 105-110.
- Horowith, A. (2008). Experimentalism and education. *The Educational Forum*, 1(4), 403-425.
- Khalaila, R. (2014). Simulation in Nursing Duction: An Evaluation of Students' Outcomes at Their First Clinical Practice Combined with Simulations. *Nurse Education Today*, 34(2), 252-8.



- Klunklin, A., Subpaiboongid, P., Keitlertnapha, P., Viseskul, N., & Turale, S. (2011). Thai Nursing Students' Adaption to Problem-Based Learning : a Qualitative Study. *Nurse Education in Practice*, 11(6), 370-374. (in Thai)
- Kotra, P., Phoklin, S., & Krommuang, A. (2017). A Scenario of Educational Management of Undergraduate Nursing Curricula in the Context of ASEAN Community. *Journal of Health Science Research*, 1(2), 18-27. (in Thai)
- Kunaviktikul, W. (2015). Teaching and Learning in the Discipline of Nursing in the 21st Century. *Nursing Journal*, 42(2), 152-156. (in Thai)
- Kunpanya, P. (2014). *Empiricism*. Retrieved April 4, 2019 from <https://philosophy-suansunandha.com>.
- Mannino, J., & Cotter, E. (2016). Educating Nursing Students for Practice in the 21st Century. *International Archives of Nursing and Health Care*, 2(1), 1-4.
- Malaichaisit, K. (2019). *Empiricism and Education*. Retrieved August 6, 2019 from <https://www.academia.edu/17028803>
- Marquardt, M. J. (2004). *Optimatimozing the Power of Action Learning-The Compkete Summary*. Concordville: Soundview Executive Book Summaries.
- Meesuk, U. (2009). *Philosophy and education philosophy*. Retrieved August 6, 2019 from <https://www.kroobannok.com>. (in Thai)
- Ngamnil, S (2017). *Active Learning*. Learning Management Guide. Faculty of Humanities and Social Sciences. Kamphaeng Phet Rajabhat University. (in Thai).
- Norkaeo, D., Treenon, P., Chabuakam, N., Kanbupar, N., Teanthong, S., & Kaewmanee, C. (2018). Nursing Students Knowledge and Skills about Basic Life Support (BLS): The Effects of Simulation-Based Learning. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(3), 84-95. (in Thai)
- Reljic, N. M., Pajnikihar, M., & Fekonj, Z. (2019). Self-Reflection During First Clinical Practice: The Experiences of Nursing Students. *Nurse Education Today*, 72(1), 61-66.
- Ruangrong, B. (2013). *Learning by Doing*. Retrieved April 4, 2019 from <http://taamkru.com/th>
- Roberts, J. W. (2012) *Beyond Learning by Doing Theoretical Currents in Experiential Education*. eBook Published 22 March 2012 New York Routledge.
- Schwendima, R., Fierz K., Spichiger E., Marcus B., & Geest S. D. (2019). *A Master of Nursing Science Curriculum*. Revision for the 21st century-a Progress Report BMC Medical Education volume 19, Article Number (135)
- Shepherd, I. (2017). *A Conceptual Framework for Simulation in Health Care Education*. A Thesis Submitted in Part Fulfilment of the Requirements for the Degree of Doctor of Education College of Arts and Education Victoria University.
- Sinthuchai, S., & Ubolwan, K. (2017). Fidelity Simulation Based Learning: Implementation to Learning and Teaching Management. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 18(1), 29-38. (in Thai)
- Suwanjaroen, J., Sarakshetrin, A., & Malai, C. (2017). Teaching Models to Enhance the 21st Century Skills for Bachelor's degree Nursing Students. *Nursing Journal Volume*, 44 (4), 177-178. (in Thai)



- Trilling, B., & Fadel, C. (2009). *21st Century Skills: Learning for Life in Our Times*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Vajiravamso (Kamol), P. (2017). Philosophical Empiricism of David Hume. *MBU Education Journal*, 5(1), 150-163. (in Thai)
- Welskop, W. (2014) ACTION LEARNING IN EDUCATION. Retrieved August 4, 2019 <https://www.researchgate.net/publication/25997121631>
- Wosinski, J., Belcher, A. E., Dürrenberger, Y., Allin, A. C., Stormacq, C., & Gerson, I. (2018). Facilitating Problem-Based Learning among Undergraduate Nursing Students: A Qualitative Systematic Review. *Nurse Education Today*, 60, 67-74.



การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง:
ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมกระตุ้นประสาทรับรู้สัมผัสระยะแรก
Recovery from Traumatic Brain Injury:
The Effects of Early Multimodal Sensory Stimulation

อุราภรณ์ เขยกาญจน์^{1*} และ ศุภิสรา สุวรรณชาติ^{2*}

Uraporn Chuaykarn^{1*} and Supisara Suwannachat^{2*}

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช^{1*}, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา^{2*}

Boromrajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat^{1*},

Boromrajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima^{2*}

(Received: April 04, 2019; Revised: July 28, 2019; Accepted: August 15, 2019)

บทคัดย่อ

การบาดเจ็บที่สมองทำให้สมองสูญเสียโครงสร้าง หรือสูญเสียการทำงานที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม รวมทั้งส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจโดยรวม แต่หากผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพตั้งแต่ในระยะแรก จะทำให้สามารถฟื้นฟูสภาพกลับสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติตามศักยภาพของผู้ป่วย โดยรูปแบบหนึ่งของการบำบัดทางการพยาบาลที่นำมาใช้อย่างแพร่หลายและให้ผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของผู้ป่วย คือ การใช้โปรแกรมกระตุ้นประสาทรับรู้สัมผัสระยะแรก บทความฉบับนี้เป็นการทบทวนและนำเสนอสาระเกี่ยวกับแนวคิดผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง การกระตุ้นประสาทรับรู้สัมผัส และผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมกระตุ้นประสาทรับรู้สัมผัสระยะแรก

คำสำคัญ: การฟื้นฟูสภาพ, บาดเจ็บที่สมอง, โปรแกรมกระตุ้นประสาทรับรู้สัมผัสระยะแรก

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: ammy.au@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-958578)

Abstract

Traumatic brain injury is a disruption of the normal function of the brain resulting in physical, mental, emotional, and behavioral problems. Traumatic brain injury can negatively impact families, communities, and the economy. Early rehabilitation aids recovery, and improves recovery of traumatic brain injury patients. Literature from medical and health sciences indicates that early multimodal sensory stimulation is the one form of therapeutic nursing that has a positive effect on traumatic brain injury patients. This article is a review, it presents the concept of traumatic brain injury patients, recovery in traumatic brain injury patients, early multimodal sensory stimulation programs, and their effects in the rehabilitation of traumatic brain injury patients.

Keywords: Recovery, Traumatic Brain Injury, Early Multimodal Sensory Stimulation Program

บทนำ

การบาดเจ็บที่สมอง เป็นสาเหตุของการเกิดความพิการและการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรทั่วโลก จากรายงานของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (Strategy and Planning Division, 2017) พบผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 156,095 คน เสียชีวิต 6,539 คน การบาดเจ็บที่สมองทำให้สมองสูญเสียโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว สูญเสียความจำ มีความผิดปกติด้านจิตใจ เกิดรอยโรคในสมอง มีความบกพร่องทางระบบประสาท บางรายอาจมีความผิดปกติด้านร่างกาย มีความบกพร่องด้านการรู้คิด มีความผิดปกติในการรับรู้ความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จึงเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพได้ช้าลงและต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และหากความพิการเกิดขึ้นอย่างถาวรจะทำให้เป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิตและการกลับเข้าสู่สังคม ก่อให้เกิดภาระแก่ครอบครัวและสังคมตามมา (Sumalee, 2009)

การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองภายหลังได้รับบาดเจ็บ เกิดจากการทำงานเชื่อมโยงกันระหว่างเซลล์ประสาทส่วน Reticular Foramen ของก้านสมองและสมองใหญ่ ซึ่งจะเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ อาจนานเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรืออาจเป็นปี โดยพบว่า การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองจะเกิดขึ้นได้เร็วที่สุดในช่วง 6 เดือนแรกภายหลังได้รับบาดเจ็บ และจะฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องจนถึง 2 ปี หลังจากนั้นจะฟื้นฟูสภาพได้ช้าลง นอกจากนี้ผลของการบาดเจ็บอาจทำให้สมองเสียหายอย่างถาวร และฟื้นฟูสภาพได้ไม่สมบูรณ์ (Novack, & Bushnik, 2010) จากการศึกษาของ Sujin (2015) พบว่าก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีร้อยละ 19 พักการร้อยละ 42 มีภาวะไร้ความรู้สึกและการรับรู้ร้อยละ 11 และเสียชีวิตร้อยละ 28 และเมื่อทำการศึกษาย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายกลับบ้านเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีร้อยละ 38 พักการร้อยละ 23 มีภาวะไร้ความรู้สึกและการรับรู้ร้อยละ 6 และเสียชีวิตถึงร้อยละ 33 แต่หากผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพตั้งแต่วัยแรกด้วยโปรแกรมกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึก จะทำให้ระบบประสาทเกิดการงอกใหม่ หรือปรับโครงสร้างใหม่ ส่งผลให้สมองตื่นตัวและสามารถกลับมาทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ดียิ่งขึ้น ผู้ป่วยจึงมีระดับความรู้สึกตัวที่ดี สามารถฟื้นฟูสภาพกลับมาทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติตามศักยภาพของผู้ป่วย (Uraporn, & Chanokporn, 2017) ดังนั้น บทความวิชาการฉบับนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อทบทวนวรรณกรรมจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับแนวคิดผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง การกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึก และผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกระยะแรก ซึ่งผู้เขียนได้ศึกษาค้นคว้าและรวบรวมข้อมูลดังกล่าวอย่างเป็นระบบ โดยคัดเลือกผลงานวิจัยที่ทันสมัยและมีคุณภาพ ในฐานะข้อมูลข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2009-2018 กำหนดคำสืบค้น ได้แก่ การฟื้นฟูสภาพ (Recovery) บาดเจ็บที่สมอง (Traumatic Brain Injury) และการกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึก

(Sensory Stimulation) จากนั้นนำผลงานวิจัยที่ได้จากการสืบค้นไปผ่านกระบวนการประเมินค่าคุณภาพงานวิจัย และนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่น่าเชื่อถือ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมกระตุ้นประสาทรับรู้ให้กับผู้ป่วย อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีและฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

1. สถานการณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในประเทศไทย

จากรายงานของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (Strategy and Planning Division, 2017) พบว่าการบาดเจ็บที่สมองยังเป็น 1 ใน 10 อันดับแรกของสาเหตุการป่วยและเสียชีวิตของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นจาก 142,687 คน เป็น 156,095 คน มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 6,104 คน เป็น 6,539 คน และพบการบาดเจ็บในผู้ป่วยเพศชายสูงกว่าเพศหญิงประมาณ 3 เท่า ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ 15-19 ปี รองลงมา คือ 20-24 ปี ซึ่งเป็นวัยที่เป็นกำลังสำคัญของครอบครัวและประเทศชาติ

2. ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมอง

การบาดเจ็บที่สมองทำให้เกิดผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ เช่นเดียวกับโรคเรื้อรังหรือการบาดเจ็บอื่น ๆ แต่ลักษณะของผลกระทบที่เกิดขึ้นมีความแตกต่างออกไป ดังนี้

2.1 ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อผู้ป่วย

การได้รับบาดเจ็บที่สมองบริเวณสมองใหญ่ส่วนเปลือกสมอง หรือบริเวณก้านสมองในส่วน Reticular Foramen ทำให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลงหรือไม่รู้สึกตัว เส้นเลือดที่หล่อเลี้ยงสมองหดตัว ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงสมองลดลง เกิดภาวะสมองขาดออกซิเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลง (Burnett, Watanabe, & Greenwald, 2003) ทำให้อวัยวะที่อยู่ภายใต้การควบคุมของสมองในส่วนที่บาดเจ็บทำงานผิดปกติ ผู้ป่วยจึงเกิดความผิดปกติของการเคลื่อนไหว อาจมีอาการขาดสมาธิ ขาดสมาธิ หรือแขนงแรง หรือแขนงแรง มีความผิดปกติด้านการขับถ่าย บางรายอาจทำให้แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง โดยอาจนอนไม่หลับ นอนหลับมากเกินไป หรือนอนหลับซ้ำ มีความบกพร่องด้านการรู้คิด ทำให้สูญเสียความจำ ความสนใจ และสมาธิลดลง เรียนรู้สิ่งใหม่ได้ช้า มีความผิดปกติในการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ความเข้าใจ การใช้เหตุผล การคิด การตัดสินใจ การแก้ปัญหา การวางแผน และการประมวลผลข้อมูล (Dombovy, 2011; Greenwald, & Bell, 2015) มีปัญหาด้านความตื่นตัวทำให้ตอบสนองช้าลง มีความบกพร่องด้านการสื่อสารและการใช้ภาษา ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการกลับเข้าสู่สังคม มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ พฤติกรรม และบุคลิกภาพ (Sumalee, 2009) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง ได้แก่ การหายใจล้มเหลว มีไข้สูง มีอาการชัก หัวใจเต้นผิดจังหวะ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ติดเชื้อในกระแสเลือด ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เกิดแผลกดทับ และข้อยึดติด เป็นต้น (Choi, Jakob, Stapf, Marshall, Hartmann, & Mast, 2008)

2.2 ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อครอบครัว

เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่สมอง ครอบครัวต้องปรับแบบแผนและพฤติกรรม การดำเนินชีวิต โดยต้องลดเวลาสำหรับตนเองให้น้อยลง ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย คุณภาพในการนอนหลับลดลง รับประทานอาหารได้น้อย และอาจส่งผลต่อสุขภาพ เช่น ปวดศีรษะ น้ำหนักลด (Chayaput, Utriyaprasit, Bootcheewan, & Thosingha, 2014) การได้รับบาดเจ็บที่สมองอย่างกะทันหันและมีการดำเนินโรคที่ไม่แน่นอน การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยที่ไม่ถูกต้อง หรือไม่เพียงพอ ทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถปรับตัวได้ จึงอาจเกิดความกลัว โกรธ สับสน หงุดหงิด เครียด และวิตกกังวล ส่งผลต่อการตัดสินใจและการทำหน้าที่ของครอบครัว ทำให้ไม่ไว้วางใจในทีมสุขภาพ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา อันจะนำไปสู่การแสดงออก

ทางพฤติกรรม ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เบื่อหน่าย ซึมเศร้า ร้องไห้ ก้าวร้าว และจากการสูญเสีย การทำหน้าที่ของร่างกาย ความบกพร่องด้านการรู้คิด การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องใช้เวลาส่วนใหญ่เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยวันละ 16-24 ชั่วโมง (Chaweewan, 2003; Sumamita, & Praneed, 2013) จึงสูญเสียความเป็นส่วนตัว ความสัมพันธ์และบทบาทหน้าที่ทางสังคมลดลง มีการแยกตัวจากสังคมมากขึ้น และต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัว โดยนอกจากจะมีบทบาทเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวแล้ว ยังต้องมีบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย รวมทั้งอาจต้องรับหน้าที่เป็นผู้จัดการครอบครัว ตัดสินใจเรื่องต่างๆ แทนผู้ป่วย นอกจากนี้การได้รับบาดเจ็บที่สมองยังทำให้ครอบครัวต้องรับภาระเพิ่มขึ้นทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาและการดำเนินชีวิตประจำวัน อีกทั้งต้องสูญเสียรายได้จากการหยุดงานมาดูแลผู้ป่วย หากไม่สามารถบริหารจัดการระบบการเงินได้ อาจส่งผลให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจตามมา (Niramon, Supreeda, & Yupapin, 2014).

2.3 ผลของการบาดเจ็บที่สมองต่อประเทศชาติ

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมักมีความรุนแรง มีการดำเนินโรคที่ไม่แน่นอน และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน และใช้ต้นทุนในการรักษาพยาบาลสูง โดยในแต่ละปีพบว่าต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ ถึงปีละ 3,300 ล้านบาท และการบาดเจ็บที่สมองยังเป็นปัญหาสำคัญ 3 อันดับแรกของประชากรที่มีอายุ 15-49 ปี และเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเพศชายในวัยนี้ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด (Bureau of Non-Communicable Diseases, 2012) โดยประชากรดังกล่าวเป็นวัยแรงงานที่เป็นกำลังสำคัญของครอบครัวและประเทศชาติ เมื่อมีการบาดเจ็บเกิดขึ้นสมาชิกในครอบครัวต้องหยุดงานหรือลางานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ครอบครัวจึงขาดรายได้แต่รายจ่ายกลับเพิ่มขึ้น

แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

1. ความหมายของการฟื้นฟูสภาพ

การฟื้นฟูสภาพ หมายถึง การที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีระดับความรู้สึกตัวที่ดี สามารถฟื้นกลับมาทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติตามศักยภาพของผู้ป่วย (Uraporn, & Chanokporn, 2017)

2. ระยะเวลาของการฟื้นฟูสภาพ

การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้ 1) การฟื้นฟูสภาพระยะแรก เป็นการฟื้นฟูสภาพตั้งแต่วันแรกภายหลังได้รับบาดเจ็บจนถึง 3 สัปดาห์แรกของการบาดเจ็บ ในระยะนี้จะมีการลดบวมของสมอง มีการไหลเวียนเลือดและสารเคมีไปยังสมองเพิ่มขึ้น ทำให้สมองสามารถกลับมาทำหน้าที่ต่างๆ ได้เพิ่มขึ้น ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจมีการลืมตา เริ่มมีวงจรการนอน และอาจทำตามคำสั่งได้ มีการตอบสนองต่อเสียงและการกระตุ้นของสมาชิกในครอบครัว 2) ระยะสับสนและขาดการรับรู้ ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีความสนใจและความสามารถในการเรียนรู้ลดลง วุ่นวาย กระสับกระส่าย มีความตื่นกลัว หรือมีความรู้สึกท้อแท้ รูปแบบการนอนหลับเปลี่ยนแปลง มีปฏิกิริยาการตอบสนองที่รุนแรงและมีพฤติกรรมก้าวร้าว 3) ระยะที่มีพฤติกรรมไม่คงที่ โดยพบว่าบางครั้งผู้ป่วยสามารถทำตามคำสั่งได้ เช่น ยกขา บีบมือ แต่เมื่อให้กระทำซ้ำในเวลาต่อมา พบว่าไม่สามารถปฏิบัติได้ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมขึ้นๆ ลงๆ ไม่แน่นอน แต่เป็นอาการที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มเปลี่ยนไปในทางที่ดี 4) การฟื้นฟูสภาพในระยะท้าย ในระยะนี้สมองสามารถกลับมาทำหน้าที่ต่างๆ ได้เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการตอบสนองที่ดี (Novack & Bushnik, 2010)

3. ปัญหาการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

จากการศึกษาการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง มีการฟื้นฟูสภาพที่ดีร้อยละ 45, 38 และ 14 ตามลำดับ (Thornhill, Teasdale, Murray, McEwen, Roy, Penny, et al., 2000) สำหรับการศึกษาการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อยถึงปานกลางมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีถึงร้อยละ 99.95 ระดับรุนแรง ร้อยละ 50

(Supakij, 2008) และก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรงมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีและพิการระดับเล็กน้อยร้อยละ 19 พิการะดับปานกลางร้อยละ 23 มีภาวะไร้ความรู้สึกและการรับรู้ร้อยละ 11 และเสียชีวิตร้อยละ 28 เมื่อศึกษาการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายกลับบ้านเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีร้อยละ 38 พิการะดับเล็กน้อยร้อยละ 17 พิการะดับปานกลางและมีภาวะไร้ความรู้สึกและการรับรู้ร้อยละ 6 และเสียชีวิตร้อยละ 33 โดยผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรงมีอัตราการเสียชีวิตสูง และมีผลลัพธ์การรักษาในระยะเวลา 6 เดือนที่ไม่ดีถึงร้อยละ 65 (Sujin, 2015)

4. รูปแบบการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 รูปแบบ คือ 1) การฟื้นฟูสภาพจากการปรับโครงสร้างใหม่ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ โดยการฟื้นฟูสภาพในระยะเฉียบพลันเป็นผลมาจากปัจจัยต่างๆ เช่น การลดบวมของสมอง การลดอาการอักเสบของเซลล์ประสาท หรือเป็นผลมาจากการลดขนาดของก้อนเลือด นอกจากนี้พบว่ารอยโรคของสมองบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บมีผลทำให้กระบวนการฟื้นฟูสภาพทำงานบกพร่อง และเป็นสาเหตุให้สมองสูญเสียหน้าที่ในการเชื่อมต่อกับเครือข่ายใยประสาท สำหรับการฟื้นฟูสภาพในระยะหลังเป็นการฟื้นฟูกลับสู่สภาพเดิม และการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของเครือข่ายใยประสาทในส่วนที่สมองที่ได้รับบาดเจ็บ เช่น บริเวณที่ทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหว การใช้ภาษา การรู้คิด การรับรู้ความรู้สึก โดยการฟื้นฟูสภาพที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติเป็นผลจากการงอกใหม่ของเส้นใยประสาทที่เกิดขึ้นระหว่างแอกซอนที่อยู่บริเวณใกล้เคียงกับตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ มีผลทำให้สารสื่อประสาทถูกนำเข้าสู่เซลล์ประสาทและส่งต่อไปยังเนื้อเยื่อบริเวณใกล้เคียงรวมทั้งเนื้อเยื่อที่อยู่ไกลออกไป ซึ่งในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองจะใช้ระยะเวลานานถึง 6 เดือน 2) การฟื้นฟูสภาพที่เกิดจากการฝึก ซึ่งการฟื้นฟูสภาพของสมองเกิดได้จากประสบการณ์และรูปแบบการฟื้นฟูสภาพที่มีความจำเพาะ โดยกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพจะกระตุ้นให้สมองเกิดการเรียนรู้ ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของเครือข่ายใยประสาท ทำให้ระบบประสาทมีการปรับโครงสร้างและการทำงาน โดยสร้างเครือข่ายใยประสาทไปยังเครือข่ายประสาทอื่น ๆ โดยการฝึกซ้ำ ๆ บ่อย ๆ ทำให้ระบบประสาทเกิดการปรับโครงสร้างใหม่ ส่งผลให้สมองเกิดความตื่นตัวและสามารถกลับมาทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ดียิ่งขึ้น (Chen, Epstein, & Stern, 2010)

5. กลไกการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองเกิดจากการทำงานเชื่อมโยงกันระหว่างเซลล์ประสาท Reticular Foramen ของก้านสมองและสมองใหญ่ เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นประสาทรับความรู้สึก สิ่งเร้าเหล่านั้นจะถูกส่งผ่านไปยัง Reticular Foramen ซึ่งประกอบไปด้วยเซลล์ประสาทที่ทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหว ระดับความรู้สึกตัว และการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ โดยส่งผ่านสัญญาณประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด การสัมผัส การได้ยิน การมองเห็น และการรับรส ผ่านอวัยวะรับความรู้สึก คือ หู ตา จมูก ลิ้น และผิวหนัง ทาง Reticulo-Cortical เพื่อส่งกระจายต่อไปทั่วๆ สมองใหญ่ ทำให้สมองตื่นตัวและตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการปรับโครงสร้างใหม่ หรือการงอกใหม่ของเส้นใยประสาท โดยกลไกการฟื้นฟูสภาพประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ 1) การปรับโครงสร้างใหม่ของแอกซอน การงอกใหม่ของเส้นใยประสาทจะเกิดในช่วงสัปดาห์ที่ 1-3 ภายหลังได้รับบาดเจ็บ โดยเริ่มจากการแตกหน่อบริเวณปลาย Proximal ออกไปเป็นแขนงของใยประสาทในทุกทิศทางเพื่อจะหา Endoneural Tube เมื่อแอกซอนออกไปถึงอวัยวะเป้าหมายจะไปบรรจบกับ Schwann Cell ที่อยู่ชิดแนวที่แอกซอนทอดผ่าน จะสร้างปลอกหุ้ม Myelin มาหุ้มแอกซอนที่งอกใหม่ โดยอัตราการงอกของแอกซอนประมาณวันละ 0.5-3 มิลลิเมตร แอกซอนที่งอกใหม่จะมีขนาดไม่เกินร้อยละ 80 ของขนาดเดิม และมีอัตราการนำสัญญาณประสาทช้ากว่าเดิม นอกจากนี้ยังพบว่าหากการงอกของเส้นใยประสาทถูกขัดขวางจะทำให้การงอกของแอกซอนไม่สำเร็จ เช่น ช่องว่างระหว่างรอยขาดกว้างเกินไป หรือมีแผลเป็นของเนื้อเยื่อ (Chusid, 1982) 2) สปรอูตติง (Sprouting) เป็นการงอกของเส้นใยประสาทโดยการสร้างทางเชื่อมต่อใหม่ของแอกซอนที่ไม่ได้รับบาดเจ็บซึ่งอยู่บริเวณใกล้เคียง ในลักษณะของกิ่งก้านของเซลล์ประสาท เพื่อช่วยปรับโครงสร้างการทำงานของสมองใหม่ ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่เกิดขึ้นเมื่อมีการบาดเจ็บ (Wieloch, & Nikolic, 2006) การงอกใหม่ของแอกซอนในระบบประสาทส่วนปลายสามารถเกิดขึ้นได้อย่างสมบูรณ์ แต่ในระบบประสาทส่วนกลางพบว่าส่วน

ใหญ่จะเกิดขึ้นเองได้ยากและจะต้องใช้ระยะนาน โดยในระบบประสาทส่วนกลางจะมีปลายของแอกซอนงอกยื่นออกไปเป็นปมเล็กๆ แต่จะหยุดงอกใน 2-3 สัปดาห์ เนื่องจาก Myelin-Associated Inhibitors และ Chondroitin Sulfate Proteoglycans ซึ่งเป็นโปรตีนที่จำเป็นต่อการงอกของแอกซอนไม่สามารถทำหน้าที่ได้ ส่งผลให้การงอกของแอกซอนถูกยับยั้ง รวมทั้งปัจจัยด้านเซลล์อัตโนมัติที่ทำให้การงอกของแอกซอนล้มเหลว เนื่องจากเซลล์ประสาทในระบบประสาทส่วนกลางไม่สามารถแตกแขนงกระจายออกไปได้เหมือนเซลล์ประสาทส่วนปลาย นอกจากนี้พบว่าระบบประสาทส่วนกลางไม่มี Neurilemmal Sheath ไม่มี Endoneurium หุ้ม และเกิดแผลเป็นของเนื้อเยื่อได้เร็วกว่าในระบบประสาทส่วนปลาย ทำให้เซลล์ประสาทไม่สามารถเจริญเติบโตได้อย่างสมบูรณ์ การงอกของแอกซอนจึงต้องหยุดชะงัก ดังนั้นเมื่อเกิดการบาดเจ็บของแอกซอนในส่วนของสมองและไขสันหลังจึงไม่สามารถซ่อมแซมได้สำเร็จ ส่งผลให้สมองเสียหายอย่างถาวร (Huebner, & Strittmatter, 2009)

6. การประเมินการฟื้นสภาพ

พารามิเตอร์สำคัญที่ใช้ในการประเมินการฟื้นสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง คือ ระดับความรู้สึกตัว (Level of Consciousness) ซึ่งระดับความรู้สึกตัวที่ลดลงจะสัมพันธ์กับความดันในกะโหลกศีรษะที่เพิ่มขึ้น สมองที่ควบคุมระดับความรู้สึกตัว คือ Ascending Reticular Activating System ประกอบด้วยเซลล์ขนาดต่างๆ เรียงกันเป็นร่างแห อยู่บริเวณก้านสมองตั้งแต่ Mid Pons ขึ้นไปถึง Diencephalon และ Hypothalamus ความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัวอาจเกิดจากศูนย์ควบคุมความรู้สึกตัวโดยตรงหรือเกิดจากความผิดปกติของส่วนอื่น แต่มีผลต่อการทำงานของสมอง โดยบุคคลใดจะมีระดับความรู้สึกตัวที่ดีหรือไม่ พิจารณาจาก 2 องค์ประกอบ คือ 1) ความตื่นตัว (Arousal) หมายถึง ภาวะที่สมองยังควบคุมการลืมตา การหลับตาได้ แสดงว่า ก้านสมองยังทำงาน ผู้ป่วยอาจมีการตอบสนองโดย การลืมตา หรือหลับตา แต่ไม่สามารถพูดได้ตอบ หรือทำตามคำสั่งได้ ภาวะนี้จะเห็นได้ชัดเจนในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะไร้ความรู้สึกและการรับรู้ และ 2) การตอบสนองต่อสิ่งเร้า (Awareness) หมายถึง ภาวะที่บุคคลตระหนักรู้ต่อตนเอง เช่น รู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล และสามารถใช้ความรู้ ความคิด สถิติปัญญาในการแก้ไขปัญหา และตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมได้ (Savai, & Phiraya, 2016)

จากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าเครื่องมือที่นำมาใช้ประเมินการฟื้นสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองนั้นมีหลากหลาย ได้แก่ แบบประเมินระดับความรู้สึกตัว ระดับการรู้คิด ระดับความพิการ ความสามารถในการทำหน้าที่ และพฤติกรรมการตอบสนองต่อสิ่งเร้า โดยเครื่องมือดังกล่าว ประกอบด้วย 1) แบบประเมิน Glasgow Outcome Scale (GOS) ของ Jennett, & Bond (1975) ใช้ประเมินการฟื้นสภาพของผู้ป่วยในระยะ 3 เดือนถึง 1 ปี ภายหลังได้รับบาดเจ็บ โดยเป็นการประเมินผลลัพธ์เบื้องต้นของการเจ็บป่วย เน้นที่ระดับความรู้สึกตัวและความสามารถในการทำหน้าที่ นิยมใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท โดยเฉพาะในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง พบว่ามีการนำมาใช้มากที่สุด ผลลัพธ์ที่ได้จะสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 1) เสียชีวิต 2) ภาวะไร้ความรู้สึกและการรับรู้ 3) พิการะดับรุนแรง 4) พิการะดับปานกลาง และ 5) มีการฟื้นสภาพที่ดี 2) แบบประเมินระดับการรู้คิด Rancho Los Amigos Level of Cognitive Function Scale (RLAs) ซึ่งสร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงระดับการรู้คิดของผู้ป่วย ซึ่งเดิมมี 8 ระดับ ต่อมา Hargen (1997) ได้พัฒนาเพิ่มระดับการรู้คิดในแบบประเมินเป็น 10 ระดับ โดยระดับการรู้คิดต่ำสุด คือ ระดับที่ 1 หมายถึง ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น และระดับการรู้คิดสูงสุด คือ ระดับที่ 10 หมายถึง ผู้ป่วยมีการตอบสนองอย่างเหมาะสมและมีเป้าหมาย: สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม 3) แบบประเมินระดับความพิการ Disability Rating Scale (DRS) ของ Rappaport, Hall, Hopkins, Belleza, & Cope (1982) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินการฟื้นสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรง โดยประเมินระดับความพิการและความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ประกอบด้วย การประเมิน 4 ด้าน คือ ด้านระดับความรู้สึกตัว ด้านการรู้คิด ด้านความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และด้านการปรับตัวกลับสู่สังคม โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนน 0-5 คะแนน ผลรวมของคะแนนทั้ง 4 ด้านมีค่าตั้งแต่ 0-29 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีการฟื้นสภาพที่ดี และคะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 29 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีการตอบสนองอย่างรุนแรง 4) แบบประเมิน The Sensory Modality Assessment and Rehabilitation Technique (SMART) ของ Gill-

Thwaites, & Munday (1999) เป็นแบบประเมินพฤติกรรม การตอบสนองในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ซึ่งเป็นการประเมินระดับการรับรู้ของผู้ป่วยภายหลังการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก แบบประเมิน SMART ประกอบด้วยแบบสังเกตพฤติกรรม การตอบสนองของผู้ป่วย 5 ด้าน คือ ด้านการสัมผัส ด้านการได้ยิน ด้านการมองเห็น ด้านการรับรส และด้านการรับกลิ่น โดยแต่ละด้านมีค่าคะแนน ตั้งแต่ 1-5 คะแนน ผลรวมของคะแนนทั้ง 5 ด้าน มีค่าตั้งแต่ 5-25 คะแนน หากผลรวมของคะแนน ทั้ง 5 ด้านมีค่าน้อยแสดงว่าผู้ป่วยฟื้นสภาพได้ไม่ดี และผลรวมของคะแนนมีค่ามากแสดงว่าผู้ป่วยมีการฟื้นสภาพที่ดี 5) แบบประเมิน Coma Recovery Scale-Revised (CRS-R) ของ Giacino, Kalmar, & Whyte (2004) ใช้ประเมินพฤติกรรม การตอบสนองภายหลังการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ไร้ความรู้สึกและการรับรู้ หรือรู้สึกตัวเพียงเล็กน้อย นอกจากนี้ยังใช้วินิจฉัยความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัวและพยากรณ์โรค โดยแบบประเมิน CRS-R ประกอบด้วย การประเมินพฤติกรรม การตอบสนองของผู้ป่วย 6 ด้าน ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านการได้ยิน ด้านการมองเห็น ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการกลืน/การพูด ด้านการสื่อสาร และด้านความตื่นตัว คะแนนพฤติกรรม การตอบสนองในแต่ละด้านมีค่าแตกต่างกัน ผลรวมของคะแนนทั้ง 6 ด้านมีค่าตั้งแต่ 0-23 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และคะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 23 คะแนน ผลรวมของคะแนนมีค่าน้อย หมายถึง ผู้ป่วยฟื้นสภาพได้ไม่ดี และผลรวมของคะแนนมีค่ามาก หมายถึง ผู้ป่วยมีการฟื้นสภาพที่ดี

แนวคิดเกี่ยวกับการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก

1. กระบวนการและกลไกของการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก

กระบวนการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก ประกอบด้วย การรับความรู้สึกและการรับรู้ ซึ่งการรับความรู้สึกเป็นกระบวนการที่เกิดจากการกระตุ้น หรือการได้รับข้อมูลทั้งจากภายในและภายนอกร่างกาย สิ่งกระตุ้นภายนอก ได้แก่ การกระตุ้นการได้ยิน การมองเห็น การสัมผัส การรับกลิ่น และการรับรส และสิ่งกระตุ้นภายใน ได้แก่ การกระตุ้นการเคลื่อนไหว หรือการกระตุ้นอวัยวะภายในร่างกาย ส่วนการรับรู้มีความหมายรวมทั้งระดับความรู้สึกตัว คือ ความตื่นตัวและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า การแปลผล และการให้ความหมายของสิ่งที่ได้รับการกระตุ้น (Craven, Hinle, & Jensen, 2013) เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นจะเกิดกระบวนการเปลี่ยนสิ่งกระตุ้น ซึ่งอยู่ในรูปพลังงานต่างๆ ให้เปลี่ยนเป็นศักย์ไฟฟ้าของตัวรับ (Receptor Potential) ถ้ามีการกระตุ้นมากพอ ศักย์ไฟฟ้าของตัวรับ (Receptor Potential) จะเปลี่ยนไปเป็นศักย์ทำงาน (Action Potential) แล้วส่งต่อไปยังขั้นตอนที่สอง คือ ถ่ายทอดข้อมูลไปสู่ระบบประสาทที่เกี่ยวข้องในการรับและแปลข้อมูล โดยไปทางวิถีประสาทจำเพาะ ข้อมูลจากสิ่งกระตุ้นที่ถูกนำเข้าไปทางกระแสประสาทไปยังระบบประสาทส่วนกลาง และอาจถูกปรับเปลี่ยนก่อนที่จะนำไปสู่บริเวณที่รับและแปลความหมาย เนื่องจากการส่งผ่าน Relay Center เพื่อปรับข้อมูลกระตุ้นให้มีความเหมาะสมหรือมีความคมชัดมากขึ้น หลังจากนั้นจะเป็นการแปลข้อมูลที่ได้รับเพื่อให้เกิดการรับรู้ โดยอาศัยประสบการณ์การรับรู้ที่มีอยู่เดิม ดังนั้นเมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นตัวรับความรู้สึกเซลล์ประสาทรับความรู้สึกจะส่งกระแสประสาทไปตามทางของวิถีประสาททางไขสันหลัง หรือทางสมองโดยตรง แล้วส่งต่อไปบริเวณที่รับความรู้สึกเฉพาะต่อการกระตุ้นแต่ละชนิดในสมองใหญ่ส่วนเปลือกสมอง และไปยังระบบ Reticular Activating และ Thalamus ซึ่งการกระตุ้นระบบ Reticular Activating จะกระตุ้นให้เซลล์ประสาทในสมองส่วน Cortical ตื่นตัว ผู้ป่วยจึงเกิดการรับรู้ และสามารถแปลความหมายของสิ่งเร้าที่มากระตุ้นได้ โดยการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกที่มีประสิทธิภาพต้องมีความถี่ ระยะเวลา และความแรงเพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสมอง และสิ่งที่ใช้กระตุ้นต้องสอดคล้องกับประสบการณ์ในอดีต ความรู้และความสนใจของผู้ป่วยแต่ละราย (Mandeep, Naveen, Sandeep, & Sudhir 2013; Pornnipa, 2004)

ระบบ Reticular Activating อยู่ระหว่างศูนย์กลางเซลล์ประสาทของ Medulla Oblongata มีหน้าที่ควบคุมระดับความรู้สึกตัว การเคลื่อนไหว และระบบประสาทอัตโนมัติ ประกอบด้วย Reticular Excitatory Area และ Reticular Inhibitory Area โดยส่วนที่ทำให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการกระตุ้นและทำให้ผู้ป่วยตื่นตัว คือ Reticular Excitatory Area ซึ่งการตอบสนองเกิดจากการส่งสัญญาณประสาทมาจากสมองใหญ่ส่วน

เปลือกสมอง และบางส่วนของสมองที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะรับรู้ความรู้สึก มาช่วยกระตุ้นให้สมองส่วนที่ได้รับบาดเจ็บเกิดการปรับโครงสร้างใหม่จนสามารถกลับมาทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ (Carol, Carol, Priscilla, & Pamela, 2011) โดยจะมีสัญญาณประสาทรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด อุณหภูมิ การสัมผัสผ่านไปสู่ Diencephalon และสมองใหญ่ส่วนเปลือกสมอง นำความรู้สึกจากอวัยวะภายในและการรับรสมายัง Reticular Formation ในระดับ Medulla นำความรู้สึกการได้ยินและการทรงตัวต่อ Vestibular และ Cochlear Nuclei ไปยัง Reticular Formation ในระดับ Medulla และส่วนหลังของ Pons นำความรู้สึกการรับกลิ่นผ่าน Hypothalamus และ Habenular Nucleus ไปยัง Tegmentum ของสมองส่วนกลาง และนำความรู้สึกการมองเห็นส่งต่อไปยัง Tegmentum ของสมองส่วนกลาง หลังจากนั้นยัง Reticular formation จะส่งกระแสประสาทออกไปกระตุ้นให้สมองใหญ่เกิดความตื่นตัวและตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้น

2. การกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

2.1 การกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกด้านการได้ยิน

การกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกด้านการได้ยิน สิ่งเร้าจะกระตุ้นการทำหน้าที่ของสมองผ่านการทำงานของ Reticular Activating, Superior Olivary Complex, Inferior Colliculus, Thalamus และ Temporal Lobe เมื่อมีเสียงมากระตุ้นคลื่นเสียงจะผ่านเข้ามาในช่องคอเคลีย แล้วเปลี่ยนคลื่นเสียงเป็นสัญญาณประสาทส่งผ่านไปตามแอกซอนของปมประสาท Spiral จากนั้นจะรวมเป็นเส้นประสาทคอเคลีย และรวมกับเส้นประสาท Vestibular เป็นเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 แล้วส่งต่อไปยัง Reticular Foramen เข้าสู่ Cochlear Nucleus ในก้านสมองบริเวณส่วนต้นของ Medulla แล้วทอดข้ามไปที่ Superior Olivary Complex เพื่อบอกตำแหน่งและทิศทางของเสียง และไปที่ Inferior Colliculus ใน Midbrain เพื่อปรับแต่งและถ่ายทอดสัญญาณประสาท รวมทั้งประมวลผลเกี่ยวกับการได้ยิน และส่งผ่านไปยัง Thalamus จากนั้นสัญญาณประสาทจะถูกส่งต่อไปที่ Primary Auditory Cortex ใน Temporal Lobe ทำให้เกิดการรับรู้ทิศทางของเสียง ความดังของเสียง และระดับของเสียงที่ได้ยิน หลังจากนั้นจะส่งไปยังอาณาเขตที่สัมผัสการได้ยิน เพื่อแปลความหมายของเสียงที่ได้ยินเป็นสัญลักษณ์ภาษา โดยการเปรียบเทียบกับประสบการณ์เดิมที่เคยเรียนรู้ และแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อเสียงที่ได้ยินโดยการหันศีรษะ และกลอกตาไปยังแหล่งที่มาของเสียง (Bermejo, 2004; Patcharee, 2012)

2.2 การกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกด้านการมองเห็น

การกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกด้านการมองเห็น สิ่งเร้าจะกระตุ้นการทำหน้าที่ของสมองโดยผ่านการทำงานของระบบ Reticular Activating, Superior Colliculi, Thalamus และ Occipital Lobe เมื่อแสงสะท้อนจากวัตถุเข้าตามาตกระทบที่จอตา เซลล์รับแสงจะถูกกระตุ้นจนเกิดศักย์ไฟฟ้าของตัวรับ (Receptor Potential) และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีภายในเซลล์แล้วส่งสัญญาณประสาทไปตามเซลล์ประสาท หลังจากนั้นแอกซอนของเซลล์ประสาทจะรวมกันเป็นเส้นประสาทสมองคู่ที่ 2 แล้วส่งต่อไปยัง Lateral Geniculate Nucleus ของสมองส่วน Thalamus ไปสิ้นสุดที่ Primary Visual Cortex ที่อยู่บริเวณ Occipital Lobe เพื่อทำให้เกิดการรับรู้ว่ามีภาพเข้ามา จากนั้นจะส่งต่อไปยังอาณาเขตที่สัมผัสการมองเห็น เพื่อแปลผลเกี่ยวกับลักษณะของภาพที่มองเห็น รวมถึงสีและรายละเอียดอื่นๆ ของภาพ และส่งไปยัง Superior Colliculus เพื่อทำให้เกิดรีเฟล็กซ์ของการรับภาพโดยรูม่านตาขยาย การกลอกตาและหันศีรษะไปยังตำแหน่งของสิ่งเร้า (Barker, 2008; Ratree, & Weerachai, 2007)

2.3 การกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกด้านการสัมผัส

การกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกด้านการสัมผัส สิ่งเร้าจะกระตุ้นการทำหน้าที่ของสมองผ่านการทำงานของระบบ Reticular Activating, Thalamus และ Parietal Lobe เมื่อมีการกระตุ้นด้วยการสัมผัส อุณหภูมิ และแรงกด จะมีตัวรับรู้ความรู้สึกทำหน้าที่แปลงพลังงานการกระตุ้นซึ่งเป็นพลังงานกลให้เป็นพลังงานไฟฟ้า แล้วส่งผ่านไปในรูปแบบของสัญญาณประสาทเข้าไปตามประสาทไขสันหลัง แล้วไซแนปส์กับเซลล์ประสาทรับรู้ความรู้สึกจนเกิดเป็นวิถีประสาทรับรู้ความรู้สึก แล้วส่งต่อไปยังสมองส่วน Thalamus เพื่อส่งสัญญาณประสาทเข้าสู่สมองใหญ่ส่วนเปลือกสมองบริเวณ Primary Somatosensory Cortex และ Secondary Somatosensory

Cortex เพื่อแปลผลให้เกิดการรับรู้ขนาด รูปร่าง การเคลื่อนที่และลักษณะพื้นผิวของวัตถุที่มาสัมผัส หลังจากนั้นจะมีการวิเคราะห์ผล เพื่อให้สมองสั่งการไปควบคุมการทำงานของร่างกายให้เกิดการตอบสนองอย่างเหมาะสม (Barker, 2008; Ratree, & Weerachai, 2007)

2.4 การกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกด้านการเคลื่อนไหว

การกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกด้านการเคลื่อนไหว จะกระตุ้นการทำหน้าที่ของสมองผ่านการทำงานของระบบ Reticular Activating สมองน้อย และ Basal Ganglia โดยสิ่งเร้าจะส่งมายัง Reticular Formation ผ่านทางระบบ Reticulo-Cortical ซึ่งมีเซลล์ขนาดต่างๆ กระจายอยู่บนร่างแหของใยประสาท ทำหน้าที่ควบคุมระดับความรู้สึกตัวและระบบประสาทอัตโนมัติ รับประสาทนำเข้าจากไขสันหลัง สมองน้อยและ Frontal Lobe โดยส่งสัญญาณประสาทผ่านตัวรับพลังงานกลในกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อ แล้วส่งกระแสประสาทมาที่เซลล์ประสาทสั่งการในสมองใหญ่ส่วนเปลือกสมอง เพื่อวางแผนและประสานงานการเคลื่อนที่ รวมทั้งควบคุมการหดตัวของกล้ามเนื้อ การทรงตัว และการแสดงท่าทางของร่างกาย สมองน้อยจะควบคุมความตึงของกล้ามเนื้อ ควบคุมการเคลื่อนไหวภายใต้อำนาจจิตใจ ทำให้เกิดแรง ทิศทาง ความเร็ว และช่วงการเคลื่อนไหวให้เหมาะสม ควบคุมท่าทาง และสมดุลของร่างกาย ส่วน Basal Ganglia จะทำให้เกิดแบบแผนของการเคลื่อนไหว โดยการส่งกระแสประสาทผ่าน Thalamus ไปยัง Motor Cortex และบริเวณที่สัมพันธ์กันแล้วส่งไปตามไขสันหลังตามวิถีประสาทไขสันหลัง ไปยังเซลล์ประสาทสั่งการในไขสันหลัง โดยทำงานร่วมกับสมองใหญ่ส่วนเปลือกสมองเพื่อแปลความคิดความรู้สึกและอารมณ์ให้เกิดการเคลื่อนไหว (Mandeep, Naveen, Sandeep, & Sudhir 2013; Pissamai, 2008)

2.5 การกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกด้านการรับกลิ่น

สิ่งเร้าจะกระตุ้นการทำหน้าที่ของสมองผ่านการทำงานของ Frontal Lobe, Temporal Lobe, Thalamus และ Hypothalamus เมื่อกลิ่นเข้ามาบริเวณเยื่อเมือกรับกลิ่นของโพรงจมูก จะเปลี่ยนสารเคมีให้เป็นสัญญาณประสาท แล้วส่งไปตามทางเดินเส้นประสาทนำกลิ่น ไปยังเส้นประสาทสมองคู่ที่ 1 ใน Frontal Lobe และส่งผ่าน Thalamus ไปยัง Orbitofrontal Cortex และบางส่วนจะถูกส่งต่อไปยัง Hypothalamus และ Hippocampus ใน Temporal Lobe และบางส่วนจะส่งโดยตรงมาที่ Diencephalons และระบบ Limbic จึงมีผลต่อการกระตุ้นพฤติกรรมหรือความจำที่ซับซ้อนเกี่ยวกับกลิ่นที่ได้รับ หลังจากสมองมีการประมวลผลข้อมูลจากส่วนปลายแล้วสมองส่วนต่างๆ เหล่านี้จะส่งข้อมูลย้อนกลับมาที่ต่อมรับกลิ่นและก้านสมอง ทำให้เกิดพฤติกรรมตอบสนองต่อกลิ่นที่ได้รับ ซึ่งกลิ่นแต่ละชนิดจะกระตุ้นปุ่มรับกลิ่นในตำแหน่งที่แตกต่างกันทำให้รูปแบบของการตอบสนองที่เกิดขึ้นมีลักษณะแตกต่างกัน (Ratree, & Weerachai, 2007)

2.6 การกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกด้านการรับรส

การกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกด้านการรับรส สิ่งเร้าจะกระตุ้นการทำหน้าที่ของสมองผ่าน Reticular Activating เส้นประสาทสมองคู่ที่ 5, 7, 9, 10 Thalamus, Hypothalamus และ Parietal Lobe เมื่อรสชาติต่างๆ ผ่านลิ้นเข้าสู่ต่อมรับรส จะกระตุ้นซีเลียให้เปลี่ยนสารเคมีเป็นสัญญาณประสาทส่งต่อไปยังสมอง ผ่านไปตามเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7, 9 และ 10 นอกจากนี้ยังมีการส่งสัญญาณประสาทไปตามเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 เข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางที่ Thalamus แล้วส่งต่อไปยัง Parietal Lobe เพื่อรับรู้เกี่ยวกับรสชาติโดยเปรียบเทียบกับประสบการณ์เดิม และส่งไปยัง Hypothalamus เพื่อกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติกให้ควบคุมการสร้างและการหลั่งน้ำลาย (Barker, 2008; Ratree, & Weerachai, 2007)

แนวคิดและผลลัพธ์ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกระยะแรก

1. แนวคิดโปรแกรมกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก

โปรแกรมกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกระยะแรก ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน (Uraporn, 2016) ดังนี้

1.1 ขั้นตอนก่อนการทดลอง เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา และปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งสิ้นสุดโปรแกรม ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญที่ทำให้ญาติเกิดความ

ไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลรวมถึงการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ อันจะนำไปสู่ความสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรม จากนั้นผู้ปฏิบัติต้องแนะนำตนเอง ซึ่งแจ้งรายละเอียดในกิจกรรมกระตุ้นประสาทสำหรับความรู้สึก และรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยด้วยการสอบถามญาติ หรือบุคคลที่มีความใกล้ชิดผู้ป่วย ได้แก่ ภาษาถิ่นที่ผู้ป่วยคุ้นเคย สิ่ง que ผู้ป่วยชอบและคุ้นเคย ตลอดจนกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย หลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาวางแผนการจัดโปรแกรมให้สอดคล้องกับสิ่งที่ผู้ป่วยชอบและคุ้นเคย รวมทั้งสอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

1.2 ขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมการกระตุ้นประสาทสำหรับความรู้สึกให้แก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย

1.2.1 ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวเพื่อประเมินความพร้อมของผู้ป่วย จัดเตรียมอุปกรณ์ สถานที่ และสิ่งแวดล้อมให้มีเสียงรบกวนน้อยที่สุด แนะนำตนเอง บอกวัน เวลา สถานที่ ขั้นตอนการกระตุ้น จัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 15-30 องศา และให้ผู้ป่วยได้พักโดยหยุดกิจกรรมต่างๆ ก่อนเริ่มโปรแกรม 10 นาที

1.2.2 ปฏิบัติกิจกรรมการกระตุ้นประสาทสำหรับความรู้สึก โดยแต่ละโปรแกรมปฏิบัติดังนี้

โปรแกรมกระตุ้นประสาทสำหรับความรู้สึกระยะแรก ตามแนวคิดของ Mandeep, Naveen, Sandeep, & Sudhir (2013) ประกอบด้วย การกระตุ้นด้านการได้ยิน การมองเห็น การสัมผัส และการเคลื่อนไหว โดยกระตุ้นด้านละ 10-15 นาที วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 4 ด้าน ห่างกันทุก 6 ชั่วโมง ในเวลา 09.00 น. และ 15.00 น. เป็นระยะเวลานาน 14 วัน กระตุ้นด้านการได้ยิน โดยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบในทุกกิจกรรมที่ปฏิบัติ ให้ฟังเสียงกระดิ่ง ฟังเทปบันทึกเสียงของญาติหรือบุคคลใกล้ชิดโดยใช้ภาษาถิ่นที่ผู้ป่วยคุ้นเคย และฟังเสียงสวดมนต์ตามหลักความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วย กระตุ้นด้านการมองเห็น โดยให้ผู้ผู้ป่วยดูวัตถุที่มีสีสันตัดกัน รูปภาพและสิ่งของต่างๆ ที่ผู้ป่วยคุ้นเคยในชีวิตประจำวัน กระตุ้นด้านการสัมผัส โดยใช้วัสดุที่มีพื้นผิวแตกต่างกัน ได้แก่ ความนุ่ม ความหยาบ และความแข็ง เช่น ผ้าฝ้าย แปรงไนลอน ผ้ากำมะหยี่ กระดาษทราย สำลี มาเช็ดหรือถูบริเวณแขนและขาทั้ง 2 ข้าง กระตุ้นด้านการเคลื่อนไหว โดยการช่วยเคลื่อนไหวศีรษะ แขน ขาและข้อเข่า ให้ผู้ป่วย ตำแหน่งละ 1 ท่า รวมเป็น 4 ท่า จุดเด่นของการกระตุ้นประสาทสำหรับความรู้สึกตามแนวคิดของ Mandeep, Naveen, Sandeep, & Sudhir (2013) คือ ปฏิบัติได้ง่าย ใช้อุปกรณ์น้อย และมีความถี่ในการกระตุ้นเพียงวันละ 2 ครั้ง จึงสะดวกในการปฏิบัติ แต่ต้องระมัดระวังการกระตุ้นด้านการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่ตื่น กระสับกระส่ายไปมา เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บหรือท้อช่วยหายใจเลื่อนหลุดได้

โปรแกรมกระตุ้นประสาทสำหรับความรู้สึกตามแนวคิดของ Sosnowski, & Ustik (1994) ประกอบด้วย การกระตุ้นด้านการได้ยิน การมองเห็น การรับกลิ่น การรับรส และการสัมผัส โดยกระตุ้นด้านละ 15-30 นาที วันละ 5 ครั้ง ครั้งละ 1 ด้าน ห่างกันทุก 2 ชั่วโมง ในเวลา 08.00 น. 10.00 น. 12.00 น. 14.00 น. และ 16.00 น. เป็นระยะเวลานาน 14 วัน กระตุ้นด้านการได้ยิน โดยอธิบายให้ผู้ผู้ป่วยทราบในทุกกิจกรรมที่ปฏิบัติ ให้ฟังเสียงเทปบันทึกเสียงของญาติหรือบุคคลใกล้ชิด และฟังเพลงที่ผู้ป่วยชอบ กระตุ้นด้านการมองเห็น โดยใช้แสงไฟจากปากกาไฟฉายส่องตา ให้ดูกระดาษสีสะท้อนแสง ดูหน้าและดูภาพถ่ายของญาติหรือบุคคลใกล้ชิด กระตุ้นด้านการรับกลิ่น โดยใช้กลิ่นที่ผู้ป่วยชอบหรือคุ้นเคย เช่น กลิ่นน้ำหอม กลิ่นสบู่ กลิ่นอาหาร กลิ่นยาตมนำมาวางไว้ข้างแก้มบนหมอนให้ผู้ผู้ป่วยดม กระตุ้นด้านการรับรส โดยการแปรงฟันด้วยยาสีฟันและน้ำยาบ้วนปากที่ผู้ป่วยคุ้นเคย หากผู้ป่วยมีปฏิกิริยาการตอบสนองด้วยการเคี้ยวกลืนน้ำลายให้ใช้กระบอกฉีดยาหยดน้ำมะนาวหรือน้ำผลไม้ที่มีรสเปรี้ยวที่ข้างลิ้น และกระตุ้นด้านการสัมผัส โดยใช้ผ้าเช็ดตัวผิวขรุขระกับความลื่นของสบู่ การเช็ดตัวด้วยแรงหนักเบาในการสัมผัส การใช้อุณหภูมิของน้ำที่แตกต่างกัน และการทาโลชั่นให้ผู้ผู้ป่วย จุดเด่นของการกระตุ้นประสาทสำหรับความรู้สึกตามแนวคิดของ Sosnowski, & Ustik (1994) คือ ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าที่หลากหลาย ทั้งพลังงานแสง คลื่นเสียง สารเคมี และพลังงานกล แต่การกระตุ้นดังกล่าวต้องใช้ความถี่ในการกระตุ้นถึงวันละ 5 ครั้ง และการกระตุ้นด้านการรับรสจะทำให้เกิดปฏิกิริยาการขย้อน อาจส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยเกิดการสำลักได้ อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจทางปากและใส่สายให้อาหารทางจมูก ทำให้ความสามารถในการรับกลิ่นและการรับรสของผู้ป่วยลดลง จึงแปลผลการตอบสนองได้ไม่ชัดเจน

2. ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมกระตุ้นประสาทรับรู้สรีระยะแรก

จากประสบการณ์ในการวิจัยของผู้เขียน (Uraporn, 2016) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นประสาทรับรู้สรีระยะแรกด้วยรูปแบบต่างกันต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรง โดยศึกษาเชิงทดลองแบบปกปิดสองทาง (Double-Blinded Randomized Controlled Trial) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน วัดก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกระตุ้นประสาทรับรู้สรีระยะแรกตามแนวคิดของ Mandeep, Naveen, Sandeep, & Sudhir (2013) ที่กระตุ้นประสาทรับรู้สรีระยะ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการได้ยิน การมองเห็น การสัมผัส และการเคลื่อนไหว วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 4 ด้าน เป็นระยะเวลานาน 14 วัน ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกระตุ้นประสาทรับรู้สรีระยะตามแนวคิดของ Sosnowski, & Ustik (1994) ที่กระตุ้นประสาทรับรู้สรีระยะ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการได้ยิน การมองเห็น การรับกลิ่น การรับรส และการสัมผัส วันละ 5 ครั้ง ครั้งละ 1 ด้าน เป็นระยะเวลานาน 14 วัน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกระตุ้นประสาทรับรู้สรีระยะตามแนวคิดของ Sosnowski, & Ustik (1994) มีการฟื้นฟูสภาพดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีพฤติกรรมตอบสนองด้านความตื่นตัวเร็วที่สุด รองลงมา คือ การทำหน้าที่ด้านการได้ยิน ด้านการมองเห็น ด้านการกลืน/การพูด ด้านการเคลื่อนไหว และด้านการสื่อสาร ตามลำดับ นอกจากนี้ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกระตุ้นประสาทรับรู้สรีระยะ ยังมียุทธศาสตร์ที่ไม่รู้สึกตัวลดลง มีระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง ผู้ป่วยจึงหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็ว และถอดท่อช่วยหายใจออกได้เร็ว ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพต่ำกว่าและช้ากว่า ผู้ป่วยจึงมียุทธศาสตร์ที่ไม่รู้สึกตัวนาน ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ง่าย โดยเฉพาะการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยจึงหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จลดลง และต้องใส่เครื่องช่วยหายใจนานขึ้น บางรายไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการเจาะคอ

การศึกษาของ Maryami, Eesa, & Abdoreza (2009) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการกระตุ้นประสาทรับรู้สรีระยะด้านการได้ยินและการสัมผัสของครอบครัวเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วยต่อระดับความรู้สึกตัวในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกระตุ้นประสาทรับรู้สรีระยะจากสมาชิกในครอบครัวขณะเข้าเยี่ยม วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที เป็นระยะเวลานาน 6 วัน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกระตุ้นประสาทรับรู้สรีระยะ มีระดับความรู้สึกตัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และพบว่าการกระตุ้นประสาทรับรู้สรีระยะโดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ระยะแรกจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตัวได้เร็วขึ้น ไม่แตกต่างกับการศึกษาของ Mandeep, & Pravin (2012) ที่ศึกษาผลของการกระตุ้นประสาทรับรู้สรีระยะแรกในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่ไม่รู้สึกตัว โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกระตุ้นประสาทรับรู้สรีระยะ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว การมองเห็น การสัมผัส และการได้ยิน วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 4 ด้าน เป็นระยะเวลานาน 14 วัน และเริ่มกระตุ้นตั้งแต่หลังได้รับบาดเจ็บ 72 ชั่วโมง ผลการศึกษพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการกระตุ้นประสาทรับรู้สรีระยะ มีระดับความรู้สึกตัว พฤติกรรมตอบสนอง และการฟื้นฟูสภาพดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการกระตุ้นประสาทรับรู้สรีระยะ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Khunphitha, Achara, & Suparat (2018) ที่ศึกษาผลของการกระตุ้นประสาทรับรู้สรีระยะโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการตอบสนองเชิงพฤติกรรมรับรู้ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรง โดยการกระตุ้นประสาทรับรู้สรีระยะ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการได้ยิน การมองเห็น การรับกลิ่น การรับรส การสัมผัส และการเคลื่อนไหว วันละ 8-10 ครั้ง เป็นระยะเวลานาน 6-24 วัน พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัว คะแนนการฟื้นฟูสภาพ และการตอบสนองเชิงพฤติกรรมเพิ่มขึ้น และการกระตุ้นประสาทรับรู้สรีระยะไม่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือผลกระทบบางอย่างที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

สรุป

การเริ่มกระตุ้นประสาทรับรู้สรีระยะผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองตั้งแต่ระยะแรกภายหลังได้รับบาดเจ็บ 72 ชั่วโมง เป็นระยะเวลาติดต่อกันนาน 14 วัน ด้วยสิ่งที่คุณป่วยชอบและคุ้นเคย สอดคล้องกับประสบการณ์เดิม

ความรู้และความสนใจของผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้ผู้ป่วยฟื้นสภาพได้เร็วและมีการฟื้นสภาพที่ดี เนื่องจากการกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกจะกระตุ้นให้สมองเกิดการเรียนรู้ ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของเครือข่ายใยประสาท ช่วยซ่อมแซมระบบประสาทส่วนที่ได้รับบาดเจ็บให้สามารถปรับโครงสร้างใหม่หรืออกใหม่ ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวที่ดี มีระยะเวลาที่ไม่รู้สึกตัวสั้นลง สามารถแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการฟื้นสภาพของสมองภายหลังได้รับบาดเจ็บจะสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ โดยผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรงโอกาสในการฟื้นสภาพจะลดลง

ข้อเสนอแนะ

การกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกควรเริ่มตั้งแต่สัปดาห์แรกภายหลังได้รับบาดเจ็บ และปฏิบัติติดต่อกันทุกวันอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยหน้าออกจากโรงพยาบาล และในการกระตุ้นนอกจากจะเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องการออกแบบกิจกรรมการกระตุ้นแล้ว ควรให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกให้แก่ผู้ป่วยด้วย รวมทั้งในการปฏิบัติกิจกรรมกระตุ้นควรควบคุมสิ่งแวดล้อมรอบข้างให้เงียบสงบมากที่สุด และหลีกเลี่ยงการกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกในช่วงที่มีญาติเข้าเยี่ยมหลายคน เนื่องจากจะไม่สามารถควบคุมการพูดคุย หรือการสัมผัสผู้ป่วยของญาติขณะเข้าเยี่ยมได้ ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นที่ไม่มีความหมายหรือได้รับการกระตุ้นมากเกินไป รวมทั้งในช่วงเวลาปฏิบัติกิจกรรมกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกและเก็บข้อมูลการฟื้นสภาพ ไม่ควรเป็นช่วงเวลาที่ยผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดประสาท เช่น ยา Fentanyl เนื่องจากยาจะออกฤทธิ์จับกับ Opiate Receptors ในสมองส่วนกลาง ผลข้างเคียงของยาจะกีดขวางการทำงานของเซลล์ประสาท ทำให้ผู้ป่วยมีอาการง่วงซึม อ่อนเพลีย อารมณ์เปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลง และในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการสร้างโปรแกรมการกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกที่เน้นให้ผู้ผู้ป่วยมีการฟื้นสภาพด้านการสื่อสารและการทำหน้าที่ด้านการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีพฤติกรรมตอบสนองด้านการสื่อสารช้าที่สุด รองลงมา คือ การทำหน้าที่ด้านการเคลื่อนไหว และในการนำแบบประเมิน Coma Recovery Scale-Revised มาใช้ควรมีการปรับระดับคะแนนในการประเมินแต่ละด้านให้เท่ากัน หรือนำคะแนนที่ได้ไปแปลงให้มีระดับคะแนนในแต่ละด้านเท่ากัน เพื่อให้การวัดในแต่ละด้านมีความชัดเจนและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

References

- Barker, E. (2008). *Neuroscience Nursing a Spectrum of Care*. 3rd ed. St. Louis: Mosby.
- Bermejo, J. J. (2004). *Rehabilitation Treatment and Case Management: Auditory Functional Assessment in Posttraumatic Brain Injury Rehabilitation*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Bureau of Non-Communicable Diseases. (2012). *Study Report Head Injury in Injury Patients and Deaths from Motor Vehicle Accidents in 2009-2011*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Burnett, D. M., Watanabe, T. K., & Greenwald, B. D. (2003). Brain Injury Rehabilitation: Medical Management. *Archives Physical Medicine Rehabilitation*, 84(1), S8-S11.
- Carol, R. T., Carol, L., Priscilla, L., & Pamela, L. (2011). *Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care*. 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams, and Wilkins.
- Chaweewan, W. (2003). *Factors Influencing on Quality of Life Among Patients with Traumatic Brain Injury*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science in Adult Nursing Faculty of Graduate Studies. Mahidol University. (in Thai)



- Chayaput, P., Utriyaprasit, K., Bootcheewan, S., & Thosingha, O. (2014). Coping and Health Problems of Caregivers of Survivors with Traumatic Brain Injury. *Aquichan*, 14(2), 170-183.
- Chen, H., Epstein, J., & Stern, E. (2010). Neural Plasticity After Acquired Brain Injury: Evidence from Function Neuroimaging. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 2(12S), S306-S312.
- Choi, J. H., Jakob, M., Stapf, C., Marshall, R. S., Hartmann, A., & Mast, H. (2008). Multimodal Early Rehabilitation and Predictors of Outcome in Survivors of Severe Traumatic Brain Injury. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 65(5), 1028-1035.
- Chusid, J. G. (1982). *Correlative Neuroanatomy and Functional Neurology*. 18th ed. Singapore: Huntsmen Printing.
- Craven, R. F., Hinle, C. J., & Jensen, S. (2013). *Fundamentiontals of Nursing: Human Health and Function*. 7thed. Philadelphia: Wolters Klumer Health, Lippincott Willians, and Wilkins.
- Dombovy, M. (2011). Traumatic Brain Injury. *Continuum Lifelong Learning Neurol*, 17(3), 584-605.
- Giacino, J. T., Kalmar, K., & Whyte, J. (2004). The JFK Coma Recovery Scale-Revised: Measurement Characteristics and Diagnostic Utility. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(12), 2020-2029.
- Gill-Thwaites, H., & Munday, R. (2004). The Sensory Modality Assessment and Rehabilitation Technique (SMART): a Valid and Reliable Assessment for Vegetative State and Minimally Conscious State Patients. *Brain Injury*, 18(12), 1255-1269.
- Greenwald, B., & Bell, K. (2015). Sleep and Traumatic Brain Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96, 1189-1190.
- Hargen, C. (1997). *Level of Cognitive Function-Revised*. Downey: Rancho Los Amigos Hospital.
- Huebner, E. A., & Strittmatter, S. M. (2009). Axon Regeneration in the Peripheral and Central Nervous System. *Results Probl Cell Differ*, 48, 339-351.
- Jennett, B., & Bond, M. (1975). Assessment of Outcome After Severe Brain Damage: A Practical Scale. *The Lancet*, 305(7905), 480-484.
- Khunphitha, J., Achara, S., & Suparat, W. (2018). Effect of Sensory Stimulation Through Families' Participation on Cognitive- Behavioural Response of Patients with Severe Traumatic Brain Injuries. *Thai Journal of Nursing Council*, 33(2), 29-46.
- Mandeep, Naveen, C., Sandeep, G., & Sudhir, S. (2013). Traumatic Head Injury: Early Intervention by Coma Arousal Therapy. *Indian Journal of Neurotrauma*, 10(1), 13-18.
- Mandeep, Pravin, K. (2012). Effectiveness of Early Intervention of Coma Arousal Therapy in Traumatic Head Injury Patients. *International Journal of Head and Neck Surgery*, 3(3), 137-142.
- Maryami, A., Eesa, M., & Abdoreza, SR. (2009). Effect of a Regular Family Visiting Program as an Affective, Auditory, and Tactile Stimulation on the Consciousness Level of Comatose Patients with a Head Injury. *Japan Journal of Nursing Science*, 6(1), 21-26.
- Niramom, L., Supreeda, M., & Yupapin, S. (2014). Effect of Stress Management Program for Relatives of Critically Patients on Relatives' Stress. *Rama Nurs*, 20(1), 67-81.
- Novack, T., & Bushnik, T. (2010). *Understanding TBI, Part 3: The Recovery Process*. Washington: Model Systems Knowledge Translation Center.
- Patcharee, C. (2012). *Applied Neurology*. Bangkok: Pimsuay Co.Ltd. (in Thai)



- Pissamai, P. (2008). *Neurophysiology*. Pathumthani: Rangsit University Print. (in Thai)
- Pornnipa, U. (2004). *Effects of Using The Sensory Stimulation Program on Recovery in Unconscious Patients with Traumatic Brain Injury*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science Faculty of Nursing. Chulalongkorn University. (in Thai)
- Rappaport, M., Hall, K. M., Hopkins, K., Belleza, T., & Cope, D. N. (1982). Disability Rating Scale for Severe Head Trauma: Coma to Community. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63(3), 118-123.
- Ratree, S., & Weerachai, S. (2007). *Neurophysiology*. Bangkok: Chulalongkorn University Print. (in Thai)
- Savai, N., & Phiraya S. (2016). *Trauma Nursing*. Nontaburi: Beyond Enterprise. Co.Ltd. (in Thai)
- Sosnowski, C., & Ustik, M. (1994). Early Intervention: Coma Stimulation in the Intensive Care Unit. *Journal of Neuroscience Nursing*, 26(6), 336-341.
- Strategy and Planning Division. (2017). *Public Health Statistics A.D. 2017*. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Sujin, R. (2015). Factors Affecting Surgical Outcome of Traumatic Brain Injury Patients. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 5(3), 207-214. (in Thai)
- Sumalee, S. (2009). "Rehabilitation in Traumatic Brain Injury. In Phatthawut, I." *Textbook of Rehabilitation Medicine*. (pp. 130-138). Bangkok: Numaugornkarnpim. (in Thai)
- Sumamita, S., & Praneed, S. (2013). Effects of Information and Emotional Support Program on Caregivers Stress and Stress Impacts in Caring for Patients with Traumatic Brain Injury in Critical Phase. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 5(2), 1-13. (in Thai)
- Supakij, S. (2008). The Outcome of Traumatic Brain Injury in the Phramongkutkloa Hospital. *Royal Thai Army Medical Journal*, 61(Special 1), 52. (in Thai)
- Thornhill, S., Teasdale, G. M., Murray, G. D., McEwen, J., Roy, C. W., Penny, K. I., et.al. (2000). Disability in Young People and Adults One Year After Head Injury. *Prospective Cohort Study*, 320(7250), 1631-1635.
- Uraporn, C. (2016). *The Effect of Early Multimodal Sensory Stimulation Program with Different Formats on Recovery in Severe Traumatic Brain Injury Patients*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science Faculty of Nursing. Chulalongkorn University. (in Thai)
- Uraporn, C., & Chanokporn, J. (2017). Effects of Two Sensory Stimulation Models on Recovery in Adults with Severe Traumatic Brain Injury. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 6(8), 69-74.
- Wieloch, T., & Nikolich, K. (2006). Mechanisms of Neural Plasticity Following Brain Injury. *Current Opinion in Neurobiology*, 16(3), 258-264.



ความนอบน้อมต่อวัฒนธรรม: การเรียนรู้เพื่อเข้าใจวิถีวัฒนธรรมสุขภาพของผู้รับบริการ Cultural Humility: Learning for Understanding the Cultural Health Practices of Clients

วิไล อุดมพิทยาสรรพ์^{1*}, นูรฮาฮีดา เจ๊ะมามะ¹, ถาวร ล่อกา² และ รัชนิตา เขียนโพธิ์³

Wilai Udompittayason^{1*}, Nursaheeda Chamama¹, Thaworn Lorga² and Rachanita Khianpo³

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา^{1*}, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง², วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครแพร่³

Boromarajonani College of Nursing, Yala^{1*}, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang²,

Boromarajonani College of Nursing, Phrae³

(Received: February 28, 2019; Revised: April 24, 2019; Accepted: April 24, 2019)

บทคัดย่อ

ความนอบน้อมต่อวัฒนธรรม (Cultural Humility) เป็นเครื่องมือสำคัญของทีมสุขภาพทุกระดับในการเรียนรู้เพื่อยอมรับและเข้าใจวิถีวัฒนธรรม ความเชื่อ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการ ในขณะเดียวกันก็เป็นกระบวนการเรียนรู้ตนเอง รู้จักตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยการสะท้อนคิด พิจารณาตนเองอย่างลึกซึ้ง นำไปสู่การมีส่วนร่วมระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการในการพัฒนา หรือการพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการที่เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมตามบริบทของพื้นที่ต่อไป องค์ประกอบของความนอบน้อมต่อวัฒนธรรม ประกอบด้วย 1) การเปิดใจ (Openness) เรียนรู้ ความคิด ความเชื่อ ความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรม 2) การตระหนักรู้ในตนเอง (Self-Awareness) เป็นการรับรู้ศักยภาพที่เป็นจุดแข็ง ความรู้ความสามารถตนเอง และข้อจำกัดตนเอง 3) การลดอัตตาตนเอง (Egoless) หรือปรับทัศนคติต่อตนเอง ในการมองผู้อื่นอย่างเท่าเทียมกับตนเอง 4) การมีปฏิสัมพันธ์ (Supportive Interaction) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือระหว่างกลุ่ม มีการแบ่งปัน การร่วมรับผิดชอบ 5) การสะท้อนคิดและวิเคราะห์ต่อตนเอง (Self-Reflection and Critique) เพื่อการเรียนรู้ในการเข้าใจผู้อื่น บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิดความนอบน้อมทางวัฒนธรรม หลักการประเมินภาวะสุขภาพในมิติทางวัฒนธรรม และการเรียนรู้ เข้าใจ วัฒนธรรมสุขภาพของผู้รับบริการ

คำสำคัญ: ความนอบน้อมต่อวัฒนธรรม, การเปิดใจ, การตระหนักรู้ในตนเอง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: wilai@bcnyala.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 081-928367)

Abstract

Cultural humility is an important tool and attitude for health care providers. It is the way to learn and understand the cultural beliefs and health behaviors of patients from a different cultural background. Moreover, it is a lifelong learning process of self-reflection and critical thinking. Cultural humility leads to involve a quality of health care service that meets the needs of patients in accordance with the way of life and culture in their cultural contexts. From the health practitioner, cultural humility attitude requires: 1) open-mindedness to learn from people's ideas and cultural beliefs; 2) self-awareness, to recognize self and other's strengths and limitations; 3) to be egoless, so to look at others as truly equals; 4) supportive interactions; 5) self-reflection and critique, to learn from understanding others. The objectives of this article tells about the concept of cultural humility, cultural health assessment, learning and understanding the cultural health practices of clients.

Keywords: Cultural Humility, Openness, Self-Awareness

บทนำ

ความอ่อนน้อมต่อวัฒนธรรม (Cultural Humility) เป็นกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong Learning) สะท้อนคิดตนเอง (Self-Reflection) วิเคราะห์ตนเอง (Critiquing) รู้จักตนเอง เข้าใจความคิด ความเชื่อตามวิถีวัฒนธรรมตนเอง ในขณะเดียวกันก็ เรียนรู้ ยอมรับ และเข้าใจ ความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติของผู้อื่นที่มีความแตกต่างหลากหลายภายใต้วิถีแห่งวัฒนธรรม (Yeager, & Bauer-Wu, 2013) แนวคิดความอ่อนน้อมต่อวัฒนธรรม มีความเกี่ยวข้องกับ 2 แนวคิด ได้แก่ 1) แนวคิดการดูแลเชิงวัฒนธรรม (Cultural Care) เป็นแนวคิดที่อธิบายถึงปัจจัยทางวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ ได้แก่ ความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณี ศาสนา เป็นต้น ซึ่งทีมสุขภาพจะต้องให้ความสนใจและนำไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมในการดูแลผู้รับบริการ 2) สมรรถนะทางวัฒนธรรม (Cultural Competence) เป็นชุดขององค์ความรู้และทักษะทางวัฒนธรรม ซึ่งเป็นสมรรถนะที่สำคัญของทีมสุขภาพในการทำงานกับผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ศึกษาสามารถศึกษาและเรียนรู้ได้ แต่แนวคิดของความอ่อนน้อมต่อวัฒนธรรม จะมุ่งเน้นที่การปรับทัศนคติ และแนวทางปฏิบัติในการเข้าถึง เข้าใจ สร้างการยอมรับและการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Fahlberg, Foronda, & Baptiste, 2016)

สุขภาพ นับเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตและวัฒนธรรม ที่ส่งผลต่อความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ทั้งในภาวะปกติ หรือการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Andrews, 2012) ดังนั้นการเรียนรู้เพื่อเข้าถึงวิถีวัฒนธรรม ความเชื่อ และพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรมของผู้รับบริการ นับเป็นหัวใจสำคัญของทีมสุขภาพทุกระดับ ในการจัดระบบบริการสุขภาพ และดูแลสุขภาพ ที่ตอบสนองความต้องการ ให้สอดคล้องตามบริบทวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ด้วยความใส่ใจ และยึดถือประโยชน์ของประชาชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งสอดคล้องกับค่านิยมหลักของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health, 2016) MOPH: 1) การเป็นนายตนเอง (Mastery) บังคับใจตนเองได้ ลดโลก โกรธ หลง ทำเพื่อประชาชน 2) เร่งสร้างสิ่งใหม่ (Originality) คิดค้นนวัตกรรมใหม่ ๆ รวมถึงแนวทาง หรือวิธีการ ในการดูแลสุขภาพหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้น 3) ใส่ใจประชาชน ยึดถือประโยชน์ของประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People Centered Approach) จะดำเนินการสิ่งใดต้องนึกถึงประชาชนก่อนว่าประชาชนจะได้ประโยชน์อะไร 4) ความถ่อมตน อ่อนน้อม (Humility) บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ นำเสนอแนวคิดความอ่อนน้อมทางวัฒนธรรม เพื่อให้ทีมสุขภาพ มีการเรียนรู้ เข้าใจ วัฒนธรรมของผู้รับบริการ นำไปสู่การจัดระบบบริการสุขภาพที่ให้ความใส่ใจถึงความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรม สามารถเข้าถึงวิถีชีวิตของประชาชนได้อย่างทั่วถึง เหมือนน้ำที่สามารถแทรกซึมได้ทุกพื้นที่

วัฒนธรรมและสุขภาพ

วัฒนธรรม เป็นรากฐานของความคิด ความเชื่อ วิถีชีวิต และวัฒนธรรมประเพณี ในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันของผู้คนในแต่ละชุมชน วัฒนธรรมมีการส่งสมสืบทอดต่อกันมาจากรุ่นสู่รุ่น (Fetterman, 1998; Leininger, 2002) วัฒนธรรม ประกอบไปด้วยองค์ประกอบหลักที่สำคัญ 2 ประการได้แก่ รูปแบบของการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตในสังคม (Materialist Perspective) และรูปแบบความคิดความเชื่อ ความรู้ (Ideational Perspective) สามารถถ่ายทอดและ แลกเปลี่ยนกันของกลุ่มคน หรือชุมชน กลายเป็นวัฒนธรรมของชุมชน (Fetterman, 1998; Leininger, 2002; Santisombat, 2013) ได้สรุปหลักพื้นฐานที่สำคัญของวัฒนธรรมไว้ 6 ประการ ได้แก่

1. วัฒนธรรมเป็นความคิดร่วม และค่านิยมทางสังคม (Shared Ideas) ซึ่งเป็นตัวกำหนดแนวทางในการแสดงออกของพฤติกรรม หรือแนวทางปฏิบัติในการอยู่ร่วมกันของคนในสังคม ที่ทุกคนรับรู้และเข้าใจตรงกัน เช่น ค่านิยมในการเคารพผู้ใหญ่ของคนในสังคมไทย เมื่อเจอกันก็จะทักทายด้วยการไหว้
2. วัฒนธรรมเป็นสิ่งที่มนุษย์เรียนรู้ (Culture is Learned) ถือเป็นมรดกทางสังคม ที่ถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น โดยกระบวนการถ่ายทอดหรือการเรียนรู้ทางวัฒนธรรม (Enculturation) ผ่านการอบรมสั่งสอนจากครอบครัว พ่อแม่ ครูอาจารย์ ตลอดจนประสบการณ์ในการเรียนรู้ของตนเองในการอยู่ร่วมในสังคม
3. วัฒนธรรมมีการใช้สัญลักษณ์เพื่อสื่อสารกันในสังคม (Symbol) ในชีวิตประจำวันของบุคคลล้วนแล้วแต่เกี่ยวข้องกับสัญลักษณ์ที่รับรู้ร่วมกันในการสื่อสาร หรือแนวปฏิบัติต่าง ๆ เช่น สัญลักษณ์ไฟจราจร หรือสัญลักษณ์ ทางศาสนา ภาษาที่ใช้สื่อสารถึงกันที่สามารถถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น
4. วัฒนธรรมเป็นองค์รวมทางความรู้และภูมิปัญญา เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ เช่น ภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพของแต่ละท้องถิ่น ภูมิปัญญาในเรื่องอาหารเพื่อสุขภาพ ตลอดจนภูมิปัญญาในการประดิษฐ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน
5. วัฒนธรรมเป็นพื้นฐานสำคัญของการกำหนดนิยาม หรือความหมายของชีวิตและสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว เป็นแนวความคิด ความเชื่อของบุคคล เช่น ความเชื่อทางศาสนา นำมาสู่แนวคิดที่เป็นพื้นฐานของระบบการเมือง ระบบการปกครองของสังคม
6. วัฒนธรรมไม่หยุดนิ่งมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Dynamic) โดยมีสาเหตุมาจากการแพร่กระจายทางวัฒนธรรม (Diffusion) เช่น ความคิดและค่านิยมจากวัฒนธรรมอื่นที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและการยอมรับของสังคม

สุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมและวิถีในการดำเนินชีวิต ที่มีผลต่อการกำหนดรูปแบบความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Andrews, 2012; Helman, 2007) สอดคล้องกับไลนิงเจอร์ (Leininger, 2002) นักทฤษฎีการพยาบาลเชิงวัฒนธรรม กล่าวว่า บุคคล หรือกลุ่มคนภายใต้บริบทของสังคม วัฒนธรรม มีรูปแบบของพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพภายใต้วิถีแห่งวัฒนธรรม โดยมีเหตุผลดังต่อไปนี้

1. วัฒนธรรม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของกลุ่มคนในแต่ละสังคม ด้านความคิด ความเชื่อ และวิถีปฏิบัติ เป็นแนวทางในการกำหนดความคิด รูปแบบปฏิบัติ และการกำหนดอัตลักษณ์เฉพาะเชิงวัฒนธรรมของแต่ละชุมชนหรือสังคม เช่น รูปแบบการแต่งกาย อาหาร ประเพณีท้องถิ่น รวมถึงวิธีการหรือพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ
2. วัฒนธรรม เป็นสิ่งกำหนดบรรทัดฐานทางสังคม (Norms) ในการประพฤติปฏิบัติ ที่แฝงไว้ด้วยความเชื่อ ความเชื่อที่มีผลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมของบุคคล เช่น การทักทายกันเมื่อเจอกันด้วยการสัมผัสมือ การไหว้ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ
3. การแสดงออกทางวัฒนธรรม สามารถสะท้อนถึง ความหมายในสิ่งที่แสดงออกในเชิงวัฒนธรรมผ่านสื่อสัญลักษณ์ต่าง ๆ เช่น การแต่งกายในชุดเครื่องแบบนักเรียนในประเทศไทย แสดงว่าผู้สวมใส่เป็นนักเรียน หรือการแต่งกายของพยาบาล หรือแพทย์ในโรงพยาบาล ในขณะที่เดียวกันวัฒนธรรมก็เป็นส่วนหนึ่งของความคิด ความเชื่อ

คุณค่าทางจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นสิ่งกำหนดแนวทางในการดำเนินชีวิตรวมถึงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ และด้านที่มีผลกระทบต่อสุขภาพในเวลาเดียวกัน

4. วัฒนธรรม จะมีรูปแบบประเพณีและวิถีปฏิบัติตามวิถีวัฒนธรรมของกลุ่มคนที่แตกต่างกันไป ซึ่งจะมีผลดี หรือเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลได้ในเวลาเดียวกัน เช่น งานประเพณีการกินนุหรี ของชาวไทยมลายู เป็นประเพณีงานบุญของคนในชุมชนที่มีตลอดทั้งปี ที่ทุกคนชุมชนจะไปช่วยเหลือกันในงานประเพณีดังกล่าว โดยเจ้าภาพจะจัดเตรียมอาหารไว้เลี้ยงต้อนรับเพื่อนบ้าน ซึ่งอาหารก็จะเป็นอาหารพื้นบ้านของชุมชนที่มีการช่วยกันทำอย่างพิถีพิถัน ช่วยกันปรุงให้ดีที่สุด อร่อยที่สุดเพื่อจัดเลี้ยงในงาน เป็นอาหารมัน หวานน้ำเป็นหลัก ซึ่งมักจะเป็นอาหารที่ควรลดในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (Udompittayason, 2015)

5. องค์ความรู้เชิงวัฒนธรรม มีผลต่อความคิด ความเชื่อ หรือมุมมองส่วนบุคคล (insider's View) ซึ่งมักจะเป็นเรื่องที่ไม่เปิดเผย ทีมสุขภาพจะรู้ได้ก็ต่อเมื่อได้รับการยอมรับ หรือการเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มคน หรือการเข้าถึง และเข้าใจกลุ่มบุคคลอย่างแท้จริง

ความสัมพันธ์ของวัฒนธรรมและสุขภาพของบุคคล หรือกลุ่มคนในแต่ละสังคม ที่มีภูมิหลังด้านความคิด ความเชื่อที่แตกต่างกัน นำมาสู่การรับรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันไปทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อเจ็บป่วยดังกล่าว เป็นสิ่งสำคัญที่ทีมสุขภาพในทุกระดับจะต้องเรียนรู้ เข้าใจ ยอมรับความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติของผู้รับบริการที่มีความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรม พร้อม ๆ กับการเรียนรู้และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้รับบริการในทุกกระดับ ที่มีคุณภาพที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการภายใต้วิถีวัฒนธรรมของแต่ละชุมชนหรือสังคม

ความนอบน้อมต่อวัฒนธรรม (Cultural Humility)

ความนอบน้อมต่อวัฒนธรรม (Cultural Humility) เป็นเครื่องมือสำคัญของทีมสุขภาพ ในการเข้าใจ เข้าถึงวิถีชีวิตวัฒนธรรม และพฤติกรรมสุขภาพ ภายใต้ ความคิด ความเชื่อที่แตกต่างหลากหลายตามบริบทของพื้นที่ นำไปสู่ การเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (Mutual Empowerment) การเคารพให้เกียรติและให้การยอมรับในความแตกต่างทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ (Respect) การดูแลที่ดี การเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong Learning) (Foronda; Reinholdt, & Ousman, 2016)

องค์ประกอบที่สำคัญของความนอบน้อมต่อวัฒนธรรม เพื่อการเรียนรู้ที่จะเข้าใจถึงวิถีวัฒนธรรมและสุขภาพประกอบด้วย 5 องค์ประกอบได้แก่ (Foronda, Reinholdt, & Ousman, 2016)

1. เปิดใจ (Openness) การเปิดใจเรียนรู้ ความคิด ความเชื่อของผู้คน หรือกลุ่มบุคคลที่มีความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรม เพื่อเตรียมตนเองในการทำงานร่วมกับผู้อื่นอย่างเข้าใจ และยอมรับซึ่งกันและกัน

2. การตระหนักรู้ในตนเอง (Self-Awareness) เป็นการรับรู้ศักยภาพที่เป็นจุดแข็ง ความรู้ความสามารถของตนเอง และข้อจำกัดของตนเอง ความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมที่แสดงออกที่เป็นเอกลักษณ์ของตนเองที่ผู้อื่นเข้าใจได้ เช่น คุณลักษณะเฉพาะของแต่ละวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักการศึกษา เป็นต้น ในขณะเดียวกันต้องเข้าใจในศักยภาพ ข้อจำกัด ความคิด ความเชื่อของผู้อื่นด้วยเช่นกัน อันจะส่งผลให้เกิดกระบวนการของการนอบน้อมทางวัฒนธรรมตามมา

3. การลดอัตตาตนเอง (Egoless) การลดอัตตาของตนเอง หรือปรับทัศนคติต่อตนเอง ในการมองผู้อื่นอย่างเท่าเทียมกับตนเอง

4. การมีปฏิสัมพันธ์ (Supportive Interaction) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือระหว่างกลุ่ม มีการแบ่งปัน การร่วมรับผิดชอบ

5. การสะท้อนคิดและวิเคราะห์ต่อตนเอง (Self-Reflection and Critique) เป็นกระบวนการสะท้อนคิดและวิเคราะห์ ความคิด ความรู้สึก การกระทำของตนเอง การประเมินตนเอง เพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเอง เพื่อการเรียนรู้ในการเข้าใจผู้อื่น

ความนอบน้อมทางวัฒนธรรม เป็นมิติในการคิดและการปฏิบัติ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของทีมสุขภาพทุกระดับในการทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการแบบองค์รวม เพื่อการเข้าใจ เข้าถึง ผู้รับบริการอย่างถ่องแท้ ด้วยการเปิดใจ ลดอัตตาตนเอง ปรับเปลี่ยนทัศนคติของตนเองในการมองผู้อื่นอย่างไม่ตัดสิน รวมถึงพฤติกรรมในการแสดงออก ในการยอมรับ เรียนรู้ ผู้รับบริการ ที่มีวิถีชีวิตและวัฒนธรรมที่แตกต่างหลากหลาย ได้แก่ เชื้อชาติ ศาสนา ภาษา ตลอดจนความคิด ความเชื่อในการดูแลด้านสุขภาพในวิถีวัฒนธรรมของตนเอง นำไปสู่การปรับระบบบริการสุขภาพ และวิธีการดูแลสุขภาพสุขภาพให้กลมกลืนสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของผู้รับบริการที่แตกต่างกัน ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้วยใจถึงใจ

หลักการประเมินภาวะสุขภาพในมิติทางวัฒนธรรม

การประเมินภาวะสุขภาพในมิติทางวัฒนธรรม นับเป็นหัวใจสำคัญของทีมสุขภาพ ในการเรียนรู้เพื่อเข้าใจเข้าถึงวิถีวัฒนธรรมสุขภาพของผู้รับบริการ นำไปสู่การจัดบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรม Puttaruksa, Khumyu, & Dallas (2017) ได้ศึกษาแนวทางการประเมินภาวะสุขภาพตามมิติทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม มุมมองของผู้เชี่ยวชาญ พบว่า องค์ประกอบในการประเมินภาวะสุขภาพในมิติทางวัฒนธรรม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่

1. ด้านกายภาพ เป็นสิ่งที่สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่า ประกอบด้วย มิติการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น น้ำหนักตัว สีผิว ที่ส่งผลต่อการรับรู้และการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพภาวะโภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ และมิติของสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ได้แก่ ความเชื่อและวิถีปฏิบัติในการดูแลตนเอง กิจกรรมประจำวัน และสภาวะแวดล้อม

2. ด้านจิตใจ เป็นสิ่งที่ทีมสุขภาพสัมผัสได้จากการพูดคุย และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ ประกอบด้วย การมีพื้นที่ส่วนตัวตามบริบทของวัฒนธรรม มิติด้านเวลาที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมประเพณี และการสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม

3. ด้านสังคม เป็นลักษณะเฉพาะของผู้รับบริการที่ต่างกันตามสภาวะสังคมที่ผู้รับบริการเกี่ยวข้อง เช่น เชื้อชาติ สิ่งแวดล้อมทางสังคม และรูปแบบการดำเนินชีวิตของครอบครัว หรือชุมชน

4. ด้านจิตวิญญาณ เป็นการให้คุณค่า ความหมาย และพฤติกรรมสุขภาพ ภายใต้ค่านิยมและความเชื่อทางวัฒนธรรม เรื่องความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพ

แนวทางการประเมินภาวะสุขภาพในมิติทางวัฒนธรรมตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลเชิงวัฒนธรรมของไลนิงเกอร์ (Lininger, 2002; Siriphan, Songwathana, 2014 ; & Suttharangsee, 2005) ได้แก่

1. ประเมินมุมมองด้านสุขภาพของผู้รับบริการ ความคิด ความเชื่อ วิถีชีวิต วัฒนธรรมที่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ กระบวนการทางสังคม แบบแผนสุขภาพ วิถีชุมชน พิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาแบบพื้นบ้าน การปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพ

2. เพื่อค้นหาแบบแผน ความหมาย และการให้คุณค่าของการดูแลที่เฉพาะตามบริบทของวัฒนธรรมและความต้องการในการดูแลจากทีมสุขภาพ ทำให้ทีมสุขภาพสามารถกำหนดกิจกรรมที่เฉพาะสอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมของผู้รับบริการ

3. ประเมินบริบททางวัฒนธรรมสุขภาพ ในมุมมองที่ต่างกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

4. ประเมินความหมายของการดูแลที่เป็นองค์ความรู้ทางวัฒนธรรม ภาษาถิ่น

เทคนิคการประเมินภาวะสุขภาพในมิติทางวัฒนธรรม

1. ผู้ประเมินต้องให้ความใส่ใจ สนใจในการฟัง และเรียนรู้จากผู้รับบริการ

2. ใส่ใจในการสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีความแตกต่างกัน เช่น เพศ ระดับการศึกษา ฐานะ

3. ผู้ประเมินต้องรู้จักวัฒนธรรมของตนเอง เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้ทางด้านวัฒนธรรม ไม่ลำเอียง (Bias) ไม่ตีค่าหรือตัดสิน ถูก ผิด ต่อการประเมินผู้รับบริการ

4. ผู้ประเมินต้องให้ข้อมูล หรือ อธิบายวัตถุประสงค์และเวลาในการประเมิน
5. ค้นหามุมมองแบบองค์รวมของผู้ใช้บริการภายใต้บริบทวัฒนธรรมของผู้รับบริการ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อการดูแลสุขภาพ และการเจ็บป่วย
6. สร้างบรรยากาศในการสนทนา ที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกมีความไว้วางใจในการแลกเปลี่ยนข้อมูล ด้านความคิด ความเชื่อ การให้คุณค่า ความหมายในมุมมองของผู้รับบริการ (Emic) ในขณะเดียวกันทำความเข้าใจตนเองในมุมมองเชิงวิชาชีพ (Etic)
7. การสะท้อนคิดการแลกเปลี่ยนทางวัฒนธรรมระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ความนอบน้อมทางวัฒนธรรมเพื่อการเรียนรู้วิถีวัฒนธรรมสุขภาพ

ความนอบน้อมทางวัฒนธรรมเป็นเครื่องมือสำคัญของทีมสุขภาพ ในการเรียนรู้ เพื่อเข้าใจ เข้าถึง วิถีชีวิต ความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และชุมชน ในมุมมองตามบริบทของผู้รับบริการ ทีมสุขภาพจะต้องมีความรู้และทักษะเพื่อการเรียนรู้วิถีวัฒนธรรมสุขภาพ 10 ประการ (Fetterman, 1998; Foronda, Reinholdt, & Ousman, 2016; Roper & Shapira, 2000; Spradley, 1980; Udompittayason, 2015) ได้แก่

1. แนวคิดแบบองค์รวม (Holistic Perspective) ทีมสุขภาพต้องมีความรู้ความเข้าใจมุมมองแบบองค์รวม เพื่อเข้าใจภาพรวมของวิถีชีวิตของบุคคลในสังคม ได้แก่ ประวัติชุมชน พื้นที่ การเมือง เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม
2. การมีปฏิสัมพันธ์ (Supportive Interaction) เป็นด้านแรกที่สำคัญ ในการเรียนรู้และเข้าใจ ผู้รับบริการ เข้าใจในบริบทของพื้นที่ในกรณี การดำเนินงานในชุมชน อันดับแรกคือ การสร้างการยอมรับจากคนในชุมชน โดยการเข้าหาบุคคลที่เป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน เพื่อเปิดประตูให้ทีมสุขภาพเข้าสู่ชุมชน (Gate Keeper) เพื่อเข้าไปแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน และขอเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน
3. เปิดใจ (Openness) เรียนรู้ เข้าใจ มุมมอง ตามความคิด ความเชื่อในวิถีแห่งวัฒนธรรม (Emic Perspective or Native's Perspective) สร้างสัมพันธภาพกับคนในชุมชน โดยการเยี่ยมบ้านเพื่อแนะนำตัวเอง ให้เป็นที่รู้จัก การแลกเปลี่ยนข้อมูลในเรื่องภูมิหลัง ประวัติชีวิตของกันและกันเป็นจุดเริ่มต้นของการทำความรู้จักกันของคนที่มีความแตกต่างกันทางวัฒนธรรม ที่จะทำให้เกิดความคุ้นเคยกันไว้วางใจซึ่งกันและกัน
4. ใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล แยกแยะ ตีความบนพื้นฐานของข้อมูลตามสภาพการณจริงภายใต้วิถีแห่งวัฒนธรรม จากมุมมองของคนภายนอกซึ่งเป็นนักวิจัย (Etic Perspective) หรือทีมสุขภาพ ใช้วิธีการที่หลากหลายในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม เป็นหัวใจสำคัญในการเรียนรู้วิถีชีวิตของชุมชน ได้แก่การมีส่วนร่วมในงานประเพณีของชุมชน ตั้งแต่การเตรียมงาน การทำอาหารพื้นบ้าน การมีจิตอาสาของคนในชุมชนในการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การสัมภาษณ์ด้วยความเคารพให้เกียรติในการถาม เคารพในความเป็นส่วนตัวของผู้ถูกสัมภาษณ์ มีความจริงใจ และให้ความเคารพในคุณค่า ความเชื่อของคนในสังคม
5. การลดอัตตาตนเอง (Egoless) การลดอัตตาของตนเอง หรือปรับทัศนคติต่อตนเอง ในการมองผู้อื่นอย่างเท่าเทียมกับตนเอง ไม่ตัดสิน (Non-Judgment) ไม่ตัดสินการกระทำของผู้อื่น ภายใต้ความคิด ความเชื่อ และวิถีวัฒนธรรมของตนเอง มองทุกอย่างตามความเป็นจริง
6. ใส่ใจและให้ความสำคัญกับทุกวัฒนธรรมของชุมชน เพราะในแต่ละสังคม อาจมีความหลากหลายทางวัฒนธรรมที่หลอมอยู่ร่วมกันเป็นชุมชน แต่อาจแฝงไว้ด้วยความเชื่อเฉพาะของแต่ละกลุ่มคน
7. การตระหนักรู้ในตนเอง (Self-Awareness) รับรู้ความคิด ความเชื่อ และอัตตลักษณ์ของตนเอง ที่ผู้อื่นเข้าใจได้
8. เรียนรู้วัฒนธรรม สัญลักษณ์ และความเป็นเอกลักษณ์ของชุมชน ที่สามารถสื่อสารเป็นความรู้สึกนึกคิด และความเป็นตัวตนของคนในสังคม

9. การสะท้อนคิดและวิเคราะห์ตนเอง (Self-Reflection and Critique) โดยการจดบันทึกประจำวัน และการสะท้อนคิดต่อตนเอง และสะท้อนคิดต่อการเรียนรู้วิถีชีวิตของคนในชุมชน

10. มีความจริงใจ และให้ความเคารพในคุณค่า ความเชื่อของคนในสังคม เพื่อนำไปสู่การจัดการสุขภาพ และจัดระบบบริการสุขภาพตามบริบทของชุมชนต่อไป

การประยุกต์ใช้ความนอบน้อมต่อวัฒนธรรม

ทีมสุขภาพสามารถประยุกต์ใช้ความนอบน้อมวัฒนธรรม เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการในวิถีแห่งวัฒนธรรม ทั้งในคลินิก และในชุมชน เพื่อวางแผนในการพัฒนา หรือจัดระบบบริการที่มีคุณภาพตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ เริ่มตั้งแต่การเปิดใจ ยอมรับความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ตระหนักรู้ในตนเอง เข้าใจตนเอง รับรู้ความคิด ความเชื่อของตนเอง เพื่อเข้าใจผู้อื่น ลดอัตตาตนเอง ปรับทัศนคติในการมองผู้อื่น ไม่ตัดสินการกระทำของผู้อื่น ภายใต้อาณัติของความเชื่อของตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ ด้วยการแสดงออกโดยการให้ความเคารพในคุณค่า วิถีของวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ได้แก่ การพูด การถาม การแสดงออก และการมีส่วนร่วมเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการจัดการสุขภาพ การพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวม ที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรม การสะท้อนคิดและวิเคราะห์ ประเมินผลการดำเนินงานร่วมกัน (ภาพ 1)



ภาพ 1 การประยุกต์ใช้ความนอบน้อมต่อวัฒนธรรม

สรุป

ความนอบน้อมทางวัฒนธรรม นับเป็นหัวใจสำคัญของการเรียนรู้เพื่อเข้าถึงวิถีวัฒนธรรมสุขภาพของผู้รับบริการ นับเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล และทีมสุขภาพทุกระดับ เพื่อตอบสนองความต้องการผู้รับบริการที่สอดคล้องกับบริบทวิถีวัฒนธรรมสุขภาพ เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้รับบริการในการดูแลตนเอง พร้อม ๆ กับการพัฒนาศักยภาพของตนเองพยาบาล และทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่องยั่งยืน โดยยึดถือประโยชน์ของประชาชนเป็นศูนย์กลาง

ข้อเสนอแนะ

1. ทีมสุขภาพในทุกระดับ สามารถนำองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความนอบน้อมต่อวัฒนธรรม (Cultural Humility) ไปเป็นแนวทางในการทำงานกับผู้รับบริการที่มีความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรม เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ และการดูแลสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการผู้รับบริการ ตลอดถึงสร้างการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ และครอบครัว ภายใต้วิถีแห่งวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่
2. ควรสอดแทรกแนวคิดของการนอบน้อมต่อวัฒนธรรม ในการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาทุกหลักสูตรในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อเตรียมคนในระบบสุขภาพที่พร้อมจะเรียนรู้ เข้าใจ เข้าถึง วิถีวัฒนธรรมสุขภาพ ตามบริบทของพื้นที่เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการที่ตอบสนองความต้องการของพื้นที่
3. ด้านการวิจัย นำองค์ความรู้เกี่ยวกับ ความนอบน้อมต่อวัฒนธรรม ไปศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นวิถีชีวิต วัฒนธรรม ความเชื่อ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในบริบทของพื้นที่ ตลอดถึง การพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมของพื้นที่
4. การพัฒนาเครื่องมือในการประเมินความต้องการของผู้รับบริการด้านวัฒนธรรมในการดูแลตนเอง และการจัดระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรม

References

- Andrews, M. M. (2012). The Influence of Cultural and Health Belief Systems on Health Care Practices. In M. M. Andrews & J. S. Boyle (Eds.), *Transcultural Concepts in Nursing Care* (6th ed., pp.73-88). Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Fahlberg, B., Foronda, C., & Baptist, D. (2016). Cultural Humility: The Key to Patient/Family Partnerships for Making Difficult Decisions, *Nursing*, 46(9), 14-16.
- Fetterman, D. M. (1998). *Ethnography Step by Step* (2nd ed.). California: Sage.
- Helman, C. (2007). *Culture, Health and Illness* (5th ed). New York: Hodder Arnold.
- Leininger, M. M. (2002). *Culture Care Diversity and Universality: A theory of Nursing*. California: Jones and Bartlett.
- Ministry of Public Health. (2016). *Strategy Plan of Ministry of Public Health 2017-2021*. (in Thai)
- Puttaruksa, L., Khumyu, A., & Dallas, J. C. (2017). Guidelines for Assessment of Health Status According to Cultural Dimensions of Transcultural Service Recipients Based on Expert Perspective. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 3(28), 36-45. (in Thai)
- Roper, J. M., & Shapira, J. (2000). *Ethnography in Nursing Research*. California: Sage Publications, Inc.
- Santisombat, Y. (2013). *Humans and Culture*. (4th ed). Thammasat University. Bangkok. (in Thai)



- Siriphan, S., & Songwathana, P. (2014). Teaching Methods for Enhancing Cultural Competency of Nursing Students Based on Theoretical Concepts of Campinha-Bacote. *Princess of Naradhiwas Journal*, 6(1), 146-157.
- Spradley, J. P. (1980). *Participant Observation*. Philadelphia: Holt, Rinehart and Winston.
- Suttharangsee, W. (2005). Leininger's Transcultural Nursing. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 2(25), 95-115.
- Udompittayason, W. (2015). *Living with Hypertension: An Ethnographic Study of Thai-Melayu Elderly in a Province of Southern Thailand*. (Unpublish Doctoral Dissertation). Prince of Songkla University. Songkhla, Thailand.
- Yeager, K. A., & Bauer-Wu, S. (2013). *Appl Nurs Res*, 26(4), 1-11 doi: 10.1016/j.apnr.2013.06.008

อาสาสมัครสาธารณสุขผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการในชุมชน: บทบาทที่ท้าทาย The Village Health Volunteers (VHV) in a Case Management Role for Disabled People in Community

พิมพรรณ เรืองพุทธ^{1*} และ วรัญญา จิตบรรทัด^{1*}

Pimpawan Rueangphut¹ and Waranya Jitbantad¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช^{1*}

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat^{1*}

(Received: April 21, 2019; Revised: August 21, 2019; Accepted: August 23, 2019)

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิดการจัดการรายกรณี บทบาทหน้าที่การจัดการรายกรณี สมรรถนะของ อสม.ผู้จัดการรายกรณี และประสบการณ์การดำเนินการพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการดูแลคนพิการในชุมชน ซึ่งการจัดการรายกรณี เป็นกระบวนการประสานความร่วมมือของผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี ผู้จัดการรายกรณีส่วนใหญ่เป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการจัดการรายกรณีปฏิบัติงานในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องคืนกลับสู่ชุมชน จึงต้องมีการส่งต่อข้อมูลให้ผู้ดูแลและครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชน โดยเฉพาะคนพิการซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของสมาชิกในครอบครัว การส่งเสริมสมรรถนะ อสม.เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการ สามารถทำได้โดยการเพิ่มพูนขีดความสามารถของ อสม.ให้มีสมรรถนะเพิ่มขึ้นในด้านต่าง ๆ ดังนี้คือ 1) การพิทักษ์สิทธิและให้ความรู้พื้นฐานในสิทธิคนพิการ 2) การให้ความรู้และทักษะในการคัดกรองภาวะสุขภาพ การวางแผนดูแลสุขภาพคนพิการ การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง การประสานงาน และการประเมินผลลัพธ์ของการดูแล 3) การจัดการด้านการเงิน การใช้ทรัพยากร และการส่งต่อข้อมูล 4) การจัดการด้านจิตสังคม และ 5) การพัฒนาการปฏิบัติงาน

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุข, ผู้จัดการรายกรณี, คนพิการในชุมชน

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding e-mail: ying.pim@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-0992779)

Abstract

Case management is a collaborative process in a health team effort for patient care, with the purpose to achieve good health. Most of case managers are nurses who are trained for case management program, and work in a hospital. When patients who are in the need to receive continuous care return to their community, the information must be forwarded to caregivers and families. The Village Health Volunteers (VHV) is a participating group in the performance of duties, which is as a representative of the service in promoting a public health straightly. Therefore, VHV are an important part in the mechanism that takes care of the health of people in rural areas, especially people with disabilities who are under the care of family members. The VHV case manager is helpful in caring people with disabilities. Goals can be achieved by increasing the capabilities and performance in various fields, such as: 1) basic knowledge on the rights of persons with disabilities, 2) providing knowledge and skills for health, screening, planning for caring, monitoring, coordinating, and evaluating, 3) financial management, resource usage, and transferring data, 4) psychosocial management, and 5) developing performance.

Keywords: Village Health Volunteer, Case Manager, Disable People in Community

บทนำ

ความพิการเป็นการสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆและการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม คนพิการจึงถือเป็นบุคคลสำคัญที่รัฐต้องให้การดูแลสนับสนุนและส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมและเท่าเทียมในสังคม จากข้อมูลการสำรวจคนพิการในประเทศไทยปี พ.ศ. 2561 พบคนพิการทั้งหมด 1,675,753 ราย โดยร้อยละ 48.9 เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหว (National Office for Empowerment of Persons with Disabilities, 2018) ความพิการส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจอารมณ์และสังคมของตนเอง ครอบครัว และสังคม เนื่องจากความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันจากข้อจำกัดของร่างกาย ทำให้ครอบครัวต้องแบกรับภาระการดูแลอย่างต่อเนื่องยาวนาน ก่อให้เกิดความเครียด และส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของคนในครอบครัว ในขณะเดียวกันยังส่งผลกระทบต่อชุมชน หากคนพิการไม่ได้รับการดูแลอย่างเพียงพอ จากปัญหาที่ผ่านมารัฐบาลจึงกำหนดแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 5 ปี พ.ศ.2560-2564 ให้มุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมและการบูรณาการของทุกภาคส่วน โดยให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิทธิได้จริง เท่าเทียมและอย่างเป็นธรรม รวมถึงการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการให้มีประสิทธิภาพ และสร้างความเข้มแข็งขององค์กรด้านคนพิการและเครือข่ายในการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านคนพิการอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ (Department of Empowerment of Person with Disabilities, 2017) ซึ่งในการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าคนพิการได้รับการดูแลไม่ครอบคลุมจากผู้ดูแลหลักในครอบครัว เนื่องจากมีภาระงานมาก ขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลทำให้คุณภาพการดูแลลดลง (Sungsawang, 2011) กระทรวงสาธารณสุขจึงส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ดูแลรอง เพื่อช่วยเหลือคนพิการในชุมชนร่วมกับครอบครัวคนพิการ เนื่องจาก อสม. เป็นภาคประชาชน คนในพื้นที่ของชุมชนที่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติหน้าที่เป็นตัวแทนของหน่วยบริการในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่มีความเข้มแข็ง และมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนค่อนข้างสูง มีความเข้าใจในบริบทของพื้นที่ และเป็นส่วนสำคัญในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของ อสม. ดังนี้ 1) ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข 2) เผยแพร่ประชาสัมพันธ์หรือจัดการรณรงค์ และให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุขมูลฐาน 3) ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขหรือบทบัญญัติของกฎหมายอื่น ๆ 4) จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสภาวะ

สุขภาพของท้องถิ่น 5) เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และประสานแผนการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแหล่งอื่นๆ 6) ให้ความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน และการมีส่วนร่วมในการเสนอความเห็นของชุมชนเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ 7) ศึกษาพัฒนาตนเองและเข้าร่วมประชุม ตลอดจนปฏิบัติงานตามที่หน่วยงานอื่นร้องขอ 8) อสม.จะต้องดำเนินการตามมาตรฐานสมรรถนะของ อสม. 9) ประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชน และปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หน่วยงานของรัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงองค์กรพัฒนาชุมชนอื่น ๆ ในท้องถิ่น (Ministry of Public Health Regulations on Village Health Volunteers, 2011) และเพื่อให้สอดคล้องกับภารกิจดังกล่าว กรมสนับสนุนบริการสุขภาพจึงจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นักจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัย ปี พ.ศ. 2557 (กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มเด็กปฐมวัย กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มคนพิการ) เพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม.ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลสุขภาพประชาชนตามกลุ่มวัย ตลอดจนสามารถนำความรู้และทักษะไปปฏิบัติงานตามบทบาทของนักจัดการสุขภาพในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในเนื้อหาของหลักสูตรอบรมมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพของคนพิการ ในด้านการสำรวจและขึ้นทะเบียนคนพิการ การจัดทำแผนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว และการประเมินผลของแผน (Department of Health Service Support, 2014) นอกจากนี้กรุงเทพมหานครได้กำหนดบทบาทของ อสม.ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ดังนี้ 1) ให้คำแนะนำ เผยแพร่ความรู้ หลังจากที่ อสม. ได้รับการอบรมความรู้ จะเป็นผู้ที่นำความรู้ไปใช้ประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ และชักชวน ซึ่งจะ使人พิการได้รับรู้ถึงสิทธิต่าง ๆ กระตุ้นให้คนพิการและครอบครัวได้มีการพัฒนาตนเองในการดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง 2) การแจ้งข่าวสาร อสม.จะเป็นคนที่ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งจัดให้มีการประชุมประจำเดือนเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อที่จะให้ อสม. ได้มีความรู้ใหม่ๆเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและโรคต่างๆ สำหรับด้านคนพิการนั้นได้มีการให้ความรู้เบื้องต้นเพื่อให้ อสม. ได้มีความรู้ความเข้าใจคนพิการ ตลอดจนสิทธิคนพิการ ขั้นตอนการจัดบริการของหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้ อสม. ไปประชาสัมพันธ์ให้คนพิการทราบและขอรับการช่วยเหลือได้ถูกต้อง 3) การรับข่าวสาร โดยการมีการร่วมค้นปัญหาและความต้องการของคนพิการในชุมชนส่งต่อ เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพของศูนย์บริการสาธารณสุขให้การช่วยเหลือ และดูแลตามสภาพปัญหาและความต้องการต่อไป 4) การจัดบริการ อสม.เป็นผู้ที่มีความรู้ด้านสาธารณสุขมูลฐาน สามารถช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกแก่คนพิการให้เข้าถึงบริการด้านต่างๆ ตลอดจนให้คำปรึกษา แนะนำเบื้องต้น ในการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันความพิการและการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการตามที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 5) การประสานงานเครือข่ายพหุภาคี เพื่อให้การดูแลคนพิการได้เข้าถึงสิทธิที่ควรพึงได้รับอย่างเสมอภาค และเป็นธรรม อสม. ต้องมีความรู้ในการประสานงานเครือข่ายยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เข้าใจขั้นตอนวิธีการ การดำเนินการเพื่อให้คนพิการได้รับสิทธิ

จากบทบาท อสม.ที่กำหนดไว้ดังกล่าว จะเห็นได้ว่าเป็นบริการข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของคนพิการเป็นส่วนใหญ่ และในการดูแลคนพิการก็จะเป็นลักษณะของสื่อสารให้คำแนะนำเบื้องต้น ยังไม่เห็นบทบาทที่ครอบคลุมในการบริหารการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้จัดการรายกรณีที่มีมุ่งเน้นบริหารการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายอย่างครอบคลุม โดยมีบทบาทดังนี้คือ 1) บทบาทของผู้จัดการ ซึ่งเป็นการจัดการตามความต้องการและจำเป็นของผู้รับบริการ ได้แก่ การประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง การจัดการทรัพยากร การจัดการข้อมูล การจัดการดูแลและประเมินผลลัพธ์ 2) บทบาทเป็นผู้ปฏิบัติทางคลินิก ทำการประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหาและความต้องการของคนพิการและครอบครัว วางแผนการดูแลและปฏิบัติการดูแล ประเมินผลและติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง 3) บทบาทการเป็นผู้พิทักษ์สิทธิ เป็นปากเสียงเรียกร้องหรือพิทักษ์สิทธิให้คนพิการเข้าถึงบริการที่จำเป็นตามมาตรฐานการดูแลรักษา 4) บทบาทการตัดสินใจทางจริยธรรม การให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการรักษา (Sindhu, & Wongrod, 2014) หัวใจสำคัญในการจัดการรายกรณีคือความเข้าใจบุคคลแบบองค์รวม การเข้าถึงสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา การร่วมค้นหาคำตอบ และสนับสนุนให้คน

พิการมีพลังในการพัฒนาสุขภาพของตนเอง โดยมีครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม อสม.ที่ดูแลคนพิการจึงควรมีสมรรถนะของการเป็นผู้จัดการรายการกรณีในการดูแลคนพิการในชุมชน

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อสม.ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับบทบาทของตนเองในเรื่องที่จะปฏิบัติงานความรู้ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้ อสม. มีความรู้ความสามารถในการเข้าถึงสุขภาพของคนในชุมชนทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลเบื้องต้น และการประสานงานส่งต่อ โดยการนำครอบครัว และสมาชิกชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ (Rueangphut & Jitbantad, 2013; Sansern, Timsuwan, & Lawang, 2013; Phinyo, Phinyo, Limtragool, Tiamkao, Worawong, Chuasuan, Aphiphatkan, & et.al, 2014; Promjan, Wiriyaongsukit, Benarelee, Donupan, Boonsoh, & Khongsin, 2015; Jampasri, Rattanagreetakul, & Lawang, 2017) แต่ยังไม่มีการศึกษาที่มุ่งเน้นพัฒนา อสม. เป็นผู้จัดการรายการกรณีในการดูแลคนพิการในชุมชนมาก่อน ผู้เขียนนำแนวคิดการจัดการรายการกรณีในบทบาทของ อสม. ในการดูแลคนพิการในชุมชนไปศึกษาในพื้นที่ตามสภาพจริง โดยเน้นกระบวนการส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลคนพิการ และพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ให้สามารถดูแลคนพิการได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถเป็นหัวหน้าทีม ติดตามดูแลคนพิการ สามารถประเมินสถานการณ์และสภาวะของคนพิการ และครอบครัว สามารถวางแผน ประสานงาน ประสานเชื่อมโยงทรัพยากร ระบบส่งต่อ รวมทั้งมีความสามารถในการจัดการงานให้ลุล่วงได้ตามเป้าหมาย

บทความนี้ผู้เขียนขอเสนอกระบวนการพัฒนา อสม.เป็นผู้จัดการรายการกรณีในการดูแลคนพิการในชุมชน โดยศึกษาแนวคิดการจัดการรายการกรณี บทบาทหน้าที่การจัดการรายการกรณี สมรรถนะของ อสม.ผู้จัดการรายการกรณี และประสบการณ์การดำเนินการพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการดูแลคนพิการในชุมชน ซึ่งผู้อ่านสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการรายการกรณีในชุมชน โดยมี อสม.เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนสุขภาพภาคประชาชนร่วมกับครอบครัว ชุมชน และทีมสหสาขาวิชาชีพ

แนวคิดการจัดการรายการกรณีคนพิการในชุมชน

การจัดการรายการกรณี (Case Management) เป็นกระบวนการจัดการบริการสุขภาพ ที่มีเป้าหมายคือการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพต่อเนื่อง โดยมีความร่วมมือในการประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ติดตาม และประเมินทางเลือกและบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยการสื่อสารและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็ว ปลอดภัยและต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ (American Nurse's Association, 1988)

การจัดการรายการกรณีคนพิการในชุมชน เป็นกระบวนการสร้างความร่วมมือในการดูแลที่มุ่งเน้นคนพิการเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของคนพิการแต่ละรายอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) 2) การวางแผน (Planning) 3) การประสานงาน (Coordination) กับทีมสุขภาพและเครือข่ายในชุมชน 4) การกำกับติดตาม (Monitoring) 5) ประเมินผลการจัดการดูแล (Evaluation) เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของคนพิการแต่ละราย ด้วยการสื่อสารและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ การที่ผู้จัดการรายการกรณีสามารถปฏิบัติตามบทบาทได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับสมรรถนะและความสามารถส่วนบุคคล และปัจจัยเกื้อหนุนเฉพาะของแต่ละพื้นที่ (Neelapaijit, Visuttipan, & Vorlapanit, 2016; Norrasan, & Wattananon, 2017) สำหรับทักษะการจัดการรายการกรณีที่สำคัญ จำเป็นต้องนำไปใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร การเจรจาต่อรอง การประสานงานความร่วมมือ การเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำด้านสุขภาพ การส่งเสริมสนับสนุนการดูแลตนเอง การพิทักษ์สิทธิ การแก้ไขปัญหาข้อขัดแย้ง การจัดการแหล่งประโยชน์ การจัดการผลลัพธ์ การสร้างทีมงานและเครือข่าย (Sindhu, & Wongrod, 2014).

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการรายการกรณีในประเทศไทย พบว่าได้มีการนำแนวคิดการจัดการรายการกรณีไปใช้ในการออกแบบการจัดการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายกลุ่มโรค ทั้งในโรงพยาบาล

และในพื้นที่ชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชน โดยผู้จัดการรายกรณีส่วนใหญ่เป็นพยาบาลที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพด้านการจัดการรายกรณี และนำแนวคิดไปประยุกต์ใช้ในการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคต่างๆ เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Kobpungton, Uttama, Aungpaioj, & Khantarak, 2011) โรคเบาหวาน (Phosritong, Maneesilp, Podhipak, & Chonbodeechalermrung, 2009; Kerdmongkol, Amnatsatuse, & Rattanasoungthum, 2017; Kosonjit, & Noimuenwai, 2017; Karaket, & Methakanjanasak, 2017) โรคหลอดเลือดสมอง (Duangkaew, & Jumpamool, 2018) ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Jaunwanpen, Siritarungsri, & Saejueng, 2014) ผลลัพธ์ของการจัดการรายกรณีส่วนใหญ่สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาลที่ดี ส่งผลต่อการดูแลแบบองค์รวม มีการประสานการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาสมรรถนะและทักษะการจัดการรายกรณีของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (Pragodpol, 2017) และองค์ประกอบและระดับสมรรถนะพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรงพยาบาลชุมชน (Seedad, 2014) ที่พบว่าพยาบาลผู้จัดการรายกรณี จำเป็นต้องฝึกฝนสมรรถนะและทักษะการจัดการรายกรณีอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้จัดการรายกรณีได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังมีการศึกษาที่พบว่าความเครียดของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีและอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการจัดการรายกรณี เนื่องจากเป็นเครื่องมือในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้คำแนะนำ และสนับสนุนความสามารถในการดูแลตนเอง และเพื่อเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจง (Kerdmongkol, Amnatsatuse, & Rattanasoungthum, 2017; Phansa, Limtragool, & Sena, 2017; Duangkaew, & Jumpamool, 2018)

แนวคิดการพัฒนาศักยภาพ อสม.เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการในชุมชน

อสม. เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชน และผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรการอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขตามกำหนดของกระทรวงสาธารณสุข และขึ้นทะเบียนเป็น อสม. ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของหน่วยบริการในการส่งเสริมสุขภาพประชาชน และร่วมจัดการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน โดยเน้นบทบาทการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แม่และเด็ก มีความร่วมมือทำงานเป็นทีมกับภาคีเครือข่าย และเป็นแกนหลักในการจัดทำแผนสุขภาพตำบลและขับเคลื่อนร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน เนื่องจากมีความเข้าใจในบริบทของพื้นที่ จึงสมควรได้รับการพัฒนาเพื่อเป็นกลไกสำคัญในการที่จะเป็นผู้ดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เพื่อนำไปสู่การพึ่งตนเองทางสุขภาพอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะคนพิการซึ่งรัฐต้องให้การดูแล การส่งเสริมความสามารถของ อสม.ให้เป็นผู้จัดการรายกรณี ให้มีความสามารถเป็นหัวหน้าทีม ติดตามดูแลคนพิการที่สามารถประเมินสถานการณ์และสถานะของคนพิการและครอบครัว สามารถวางแผน ประสานงาน ประสานเชื่อมโยงทรัพยากร ระบบส่งต่อ รวมทั้งมีความสามารถในการจัดการงานให้ลุล่วงได้ตามเป้าหมาย จึงถือเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างยั่งยืนโดยมีญาติและคนในชุมชนมีส่วนร่วม

อสม.ที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการในชุมชน (Case Manager) จำเป็นต้องกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจนตามสมรรถนะของ อสม. และครอบคลุมตามแนวคิดของการจัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการในชุมชน ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิและให้ความรู้ เพื่อสร้างความมั่นใจให้คนพิการว่าจะมีผู้พิทักษ์สิทธิในการได้รับการบริการและความรู้ที่ควรได้รับการดูแลสุขภาพ 2) การประสานงาน อำนวยความสะดวกในการบริการด้านการดูแลเบื้องต้น เพื่อสร้างความมั่นใจว่าคนพิการจะได้รับดูแลที่มีประสิทธิภาพ 3) การส่งต่อและการสร้างความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้คนพิการได้รับการส่งต่อไปดูแลในระดับที่เหมาะสม 4) การจัดการด้านการเงินและการใช้ทรัพยากร เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และให้คนพิการได้รับการบริการตามสิทธิ 5) การจัดการด้านการดำเนินการและการจัดให้บรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการ เพื่อให้มีการกำกับติดตามผลลัพธ์การดูแล 6) การจัดการด้านจิตสังคม เพื่อประเมินและพิจารณาความต้องการด้านจิตสังคมที่ครอบคลุมทั้งความต้องการของบุคคล ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม และ 7) การพัฒนาการปฏิบัติงาน เพื่อ

กำหนดการปรับปรุงการปฏิบัติงาน และการใช้ฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนาการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงาน

แนวทางการส่งเสริมความสามารถของ อสม. เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการในชุมชน ต้องเข้าใจลักษณะการทำงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ซึ่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของ อสม.ตามมาตรฐานสมรรถนะ อสม. (Department of Health Service Support, 2011) ได้แก่ 1) สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาและแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่ 2) สามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น พื้นฟูสมรรถภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค 3) สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพและหุ่นส่วน 4) สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคมให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสิ่งแวดล้อม 5) สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ๆที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพ 6) สามารถสร้างจิตสำนึกเรื่องจิตอาสาในการร่วมจัดการสุขภาพของชุมชน และ 7) สามารถสร้างโอกาสให้เด็ก เยาวชน แก่นนำอื่นๆเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน ดังนั้นการพัฒนาอสม.เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการระยะยาวในชุมชน ควรเพิ่มแนวคิดในการดูแลดังนี้ 1) การค้นหาคัดกรองคนพิการ ประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งด้านภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วย สภาพจิตใจ ความเป็นอยู่ทางครอบครัวและสังคม 2) ประสานการจัดการให้คนพิการเข้าสู่การยืนยันการเป็นคนพิการเพื่อรับสิทธิประโยชน์ของคนพิการ 3) วางแผนการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยร่วมมือกับผู้ป่วย ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ/นักวิชาการสาธารณสุข บุคลากรทางการแพทย์อื่นที่เกี่ยวข้อง ผู้ช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคม 4) ประสานการประเมินการเข้ารับบริการสุขภาพที่เหมาะสม ในด้านการวินิจฉัย การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ 5) ส่งเสริมให้มีการติดต่อสื่อสาร และประสานความร่วมมือระหว่างสมาชิกทีมในการดูแล ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อลดการแยกส่วนในการดูแล และจัดการให้คนพิการ ครอบครัวและชุมชน มีความสามารถ/มีส่วนร่วมในการดูแลความเจ็บป่วย 6) ให้ข้อมูล ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว และติดตามผลลัพธ์ของการดูแล 7) เสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถประเมินสุขภาพและสถานการณ์ของตนเอง แสวงหาทางเลือกในการดูแล และแก้ไขปัญหา 8) สนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ และสามารถพิทักษ์สิทธิของตนเองได้ โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชี้แนะ และเป็นพี่เลี้ยง

กระบวนการพัฒนาสมรรถนะ อสม. เป็นผู้จัดการรายกรณี

การพัฒนาสมรรถนะ อสม.เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการในชุมชนนั้น อสม.ต้องมีความรู้พื้นฐานในการคัดกรอง ประเมินสภาพปัญหาความต้องการ การวางแผนทำงาน ปฏิบัติการดูแลคนพิการ ประเมินผลลัพธ์ของการดูแล ประสานความร่วมมือกับครอบครัวและทีมสุขภาพ ซึ่งจากประสบการณ์ของผู้เขียนในการพัฒนาศักยภาพ อสม.เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการในชุมชน และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปกระบวนการพัฒนาสมรรถนะ อสม.เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการในชุมชน (Jitbantad, Ruangput, Sahairak, & Warapeang, 2017; Neelapaijit, Visuttiapun, & Vorlapanit, 2009; Norrasan, & Wattananon, 2017) ดังนี้

1. เตรียมความพร้อม อสม.ในการเป็นผู้จัดการรายกรณี โดยค้นหาศักยภาพของ อสม.ว่ามีความรู้และทักษะในการดูแลคนพิการเรื่องใดแล้วบ้าง ประเด็นใดที่จำเป็นต้องให้ความรู้ฝึกทักษะเพิ่มเติม และทำความเข้าใจสภาพปัญหาในการดูแลคนพิการของ อสม.เพื่อนำไปวางแผนให้ความรู้เพิ่มเติม เช่น 1) ความรู้พื้นฐานในสิทธิของคนพิการ ได้แก่ พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคนพิการ 2) ความรู้ในการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ ได้แก่ 2.1) การซักประวัติความเจ็บป่วย 2.2) วัดสัญญาณชีพ 2.3) ตรวจสุขภาพทั่วไป สุขภาวะส่วนบุคคล 2.4) ทดสอบความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อ 2.5) ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 2.6) ประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ 2.7) ประเมินภาวะซึมเศร้า เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบประเมินและคัดกรองสุขภาพ ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of

Daily Living) 2) แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ (Barden's Score) 3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (TMHI-15)

2. จัดอบรม อสม.ให้มีความรู้ความเข้าใจ ในประเด็นดังนี้ 1) ความรู้ความเข้าใจบริบท ปัจจัยครอบครัว ของคนพิการ ศักยภาพและบทบาทการสร้างเสริมการดูแลการเจ็บป่วยของครอบครัว 2) ความรู้ความเข้าใจใน บริบทวัฒนธรรมภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่สัมพันธ์กับการดูแลคนพิการในชุมชน 3) ความรู้ความเข้าใจในเรื่องปัญหา สุขภาพของคนพิการทั่วไป และ อสม.ต้องสามารถนำมาเชื่อมโยงกับคนพิการที่ตนเองรับผิดชอบ โดยครอบคลุม ทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ 4) ความรู้ความเข้าใจในแนวทางการจัดการรายกรณีคนพิการของ อสม. ทั้ง การประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผนดูแล การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง การประสานงาน และการประเมินผล ลัพธ์การดูแล

3. จัดประสบการณ์ให้ อสม.ปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือคนพิการที่บ้าน เพื่อพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการ เป็นผู้จัดการรายกรณี ได้แก่ 1) ทักษะการดูแลฟื้นฟูสุขภาพคนพิการ เช่น การพลิกตะแคงตัว การฟื้นฟู สมรรถภาพของกล้ามเนื้อและข้อ การทำแผลกดทับที่ไม่รุนแรง การเคลื่อนย้าย การนวด การส่งเสริมภาวะ โภชนาการ และการดูแลด้านจิตใจ 2) ทักษะการวิเคราะห์ กำหนดแนวทางการดูแลคนพิการที่ อสม.ต้องเรียนรู้ จากทีมสุขภาพ โดย อสม.ต้องทราบข้อมูลของคนพิการทุกกรณีศึกษา เพื่อที่จะสามารถส่งต่อข้อมูลการดูแลได้ 3) ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ในการแลกเปลี่ยนข้อมูล ปัญหา อุปสรรค ข้อดี ข้อเสียจากการดูแล มา ประชุมกลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนร่วมกัน เพื่อค้นหาแนวทาง/วิธีการดูแลที่ดีที่สุด ทั้งนี้ อสม.ผู้จัดการ รายกรณีต้องมีสมุดบันทึกการดูแลคนพิการของแต่ละสัปดาห์ ประกอบด้วยข้อมูลการบันทึกสัญญาณชีพ ประเมิน คัดกรอง ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ประเมินสภาวะช่องปาก ประเมินภาวะซึมเศร้า และ บันทึกรายการ การดูแล คำแนะนำ ปัญหาอุปสรรคในการดูแล ประเมินผล และปัญหาที่ต้องส่งต่อหรือติดตาม ต่อไป 4) ทักษะภาวะผู้นำ สามารถบริหารจัดการตนเองและงานที่รับผิดชอบ สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่น สามารถเลือกใช้แหล่งทรัพยากรและภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการปฏิบัติการดูแลคนพิการได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนสามารถติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้

4. ประเมินผลการจัดการรายกรณี โดย 1) ประเมินจากผลของกิจกรรมที่ อสม.ผู้จัดการรายกรณีได้ วางแผนและดำเนินการในการดูแลคนพิการ ผลลัพธ์ของการดูแลด้านภาวะสุขภาพ ความสามารถในการพึ่งพา ตนเองของคนพิการ และคุณภาพชีวิต โดยใช้กระบวนการสะท้อนคิดและถอดบทเรียน 2) ประเมินผลจากความ พึงพอใจของคนพิการและครอบครัว ทีมสุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน โดยใช้หลักการประเมินผลแบบ เสริมแรง (Empowerment Evaluation) เนื่องจากกระบวนการจัดการรายกรณีอย่างต่อเนื่องในการดูแลคน พิการ จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การประเมินผลแบบเสริมแรงจะช่วยส่งเสริมให้เกิดกำลังใจ ในการดูแลระยะยาวต่อไป

สรุป

การพัฒนาสมรรถนะ อสม.ผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการในชุมชน นับเป็นอีกบทบาทหนึ่งที่ทำ ท้ายความสามารถของ อสม. ในการเพิ่มสมรรถนะในการจัดการรายกรณีทั้งด้านความรู้ทักษะการดูแล การ จัดการเฉพาะโรค การประสานงาน การทำงานเป็นทีม การบริหารจัดการ การเจรจาต่อรอง การคิดและการ ทำงานเชิงระบบ รวมทั้งความสามารถในการประเมินผลลัพธ์ และจัดการผลลัพธ์ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้การดูแล แบบมีส่วนร่วม โดยมีกระบวนการ ดังนี้ 1) เตรียมความพร้อม อสม.ในการเป็นผู้จัดการรายกรณี โดยค้นหา ศักยภาพของ อสม.ว่ามีความรู้และทักษะในการดูแลคนพิการเรื่องใดแล้วบ้าง ประเด็นใดที่จำเป็นต้องให้ความรู้ ฝึกทักษะเพิ่มเติม และทำความเข้าใจสภาพปัญหาในการดูแลคนพิการของ อสม.เพื่อนำไปวางแผนให้ความรู้ เพิ่มเติม 2) จัดอบรม อสม.ให้มีความรู้ความเข้าใจในแนวทางการจัดการรายกรณีคนพิการ ทั้งการประเมินภาวะ สุขภาพ การวางแผนดูแล การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง การประสานงาน และการประเมินผลลัพธ์การดูแล 3) จัดประสบการณ์ให้ อสม.ปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือคนพิการที่บ้าน เพื่อพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการเป็น

ผู้จัดการรายกรณี และ 4) ประเมินผลการจัดการรายกรณี โดยประเมินจากผลของกิจกรรมที่ อสม.ผู้จัดการรายกรณีได้วางแผนและดำเนินการในการดูแลคนพิการ และผลลัพธ์ของการดูแลด้านภาวะสุขภาพ ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง และคุณภาพชีวิตของคนพิการ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนา อสม.ให้มีสมรรถนะในการเป็นผู้จัดการรายกรณี เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกในชุมชนได้ดูแลกันเอง ผ่านความสัมพันธ์ทางเครือญาติ ความใกล้ชิด บ้านใกล้เรือนเคียง รับรู้และเข้าถึงสภาพของคนพิการเป็นอย่างดี ทำให้สามารถให้การดูแลได้อย่างครอบคลุมทุกมิติ ทั้งนี้ต้องผ่านการให้ความรู้ในการดูแล และแนวทางการประสานงานกับหน่วยงานภายนอกเพื่อให้การดูแลคนพิการเป็นไปอย่างครอบคลุม

2. ควรส่งเสริมให้ผู้จัดการรายกรณี ในอาสาสมัครพัฒนาสังคมช่วยเหลือคนพิการ (อพมก) แต่ละตำบล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานของพื้นที่

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรสนับสนุนให้มีการสร้างหลักสูตร อสม.ผู้จัดการรายกรณี เพื่อพัฒนาอสม.ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการทำหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณีในพื้นที่ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งนอกจากจะช่วยคนพิการอย่างต่อเนื่องแล้ว ยังเป็นการกระตุ้นขวัญและกำลังใจให้คนพิการรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง ผู้ดูแลและครอบครัวก็รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ชุมชนก็จะมีส่วนร่วมในการดูแลคนพิการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็นฐานของการสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชนต่อไป

References

- American Nurse's Association. (1988). *Nurse Case Management*. Missouri: American Nurse's Association.
- Department of Empowerment of Person with Disabilities. (2017). *Empowerment of Persons With Disabilities Act, B.E. 2007*. Retired from [http:// dep.go.th/?q=th/law/act](http://dep.go.th/?q=th/law/act). (in Thai).
- Department of Health Service Support. (2011). *New Village Health Volunteers Guide*. Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand.
- Department of Health Service Support. (2014). *Guide to Village Health Volunteers for Community Health Managers*. Retired from https://www.nakhonphc.go.th/datacenter/doc_download/osm19356.pdf. (in Thai).
- Duangkaew, A. & Jumpamool, A., (2018). Effect of case Management for Hemorrhagic Stroke Patients on Length of Stay, Cost of care and Provider's Satisfaction. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(3), 42-50. (in Thai)
- Jampasri, P., Rattanaagreeethakul, S., & Lawang, W. (2017). Factors Influencing Rehabilitation Practice for Persons with Physical Disability among Village Health Volunteers in Nakhon Pathom Province. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 25(3), 76-88 (in Thai).
- Jaunwanpen, K., Siritarungsri, B., & Saejueng, B. (2014). The Development of a Case Management Model for Patients with Acute Myocardial Infarction. *The Journal of Boromrajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 20(1), 80-94. (in Thai).
- Jitbantad, W., Rueangphut, P., Sahairak, S., & Warapeang, W. (2017). *Capacity Building of Community Volunteers to be Case Manager of Community Dwelling Elderly with Disabilities*. Retrieved from <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4808?locale-attribute=th>. (in Thai).

- Karaket, K., & Methakanjanasak, N. (2017). Effective of a Nurse Case Management Intervention on Selected Outcomes among Patient with Type II Diabetes Mellitus. *Journal of Nursing and Health Care*, 35(1), 119-127. (in Thai).
- Kerdmongkol, P., Amnatsatuse, K., & Rattanasoungthum, P. (2017). Effect of a Case Management Program for Older People with Diabetic Retinopathy. *Journal of Public Health Nursing*, 31(2), 1-10
- Kobpungton, P., Uttama, C., Aungpaioj, N., & Khantarak, P. (2011). Development of a Case Management System for the Chronic Obstructive Pulmonary Disease at Nakornping Hospital. *Journal of Nursing Science & Health*, 34(2), 22-31.
- Kosonjit, R., & Noimuenwai, P. (2017). Effectiveness of Case Management in Patients with Diabetic Mellitus at Pak Phil Hospital, Nakhon Nayaok Province. *Nursing Journal*, 44(1), 26-38. (in Thai).
- National Office for Empowerment of Persons with Disabilities. (2018). *Statistics for People with Disabilities with ID Cards*. Retired from <https://data.go.th/DatasetDetail.aspx?id=b5966a54-0b48-4128-b180-a22d2baed159&AspxAutoDetectCookieSupport=1>
- Neelapaijit, A., Visuttiapan, P., & Vorlapanit, N. (2016). Case Management for Person with Disabilities Service Center. *Journal of Ratchasuda College for Research and Development of Person with Disabilities*, 12(15), 203-214. (in Thai).
- Norrasan, S., & Wattananon, W. (2017). Nurse Case Manager: Roles of Providing Elderly Dependent Care in Community. *Journal of Nursing Science and Health*, 40(2), 138-145. (in Thai).
- Ministry of Public Health Regulations on Village Health Volunteers. (2011). The Government Gazette. 128(33), 1-10. Zin Thai).
- Phansa, U., Limtragool, P., & Sena, W. (2017). *Case Management for Patients with Tuberculosis in Community at Erawan District, Loei Province*. Proceeding of the Graduate Research of Conference. Khon kaen University, Thailand, 1091-1099. (in Thai)
- Phinyo, P., Phinyo, K., Limtragool, P., Tiamkao, S., Worawong, C., Chuasuan, W., et.al. (2015). Care Improvement for Patients with Stroke Through Community Participation. *Journal of Nursing*, 35(2), 93-111 (in Thai).
- Phosritong, W., Maneesilp, T., Podhipak, P., & Chonbodeechalermrung, N. (2009). The Development of Diabetes Care System: a Case Management Model at Saraburi Hospital. *Journal of Nursing Division*, 39(2), 79-93. (in Thai).
- Pragodpol, P. (2017). The Study of Case Management's Competencies and Skills of Chronic Disease Nurse Case Manager. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 28(1), 14-25. (in Thai)
- Promjan, S., Wiriyaongsukit, S., Benarelee, W., Donjpan, J., Boonsoh, R., & Khongsin, N. (2015). The Development of Care System for Disabled People with Participation of Community Health Partnerships. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 2(1), 37-51 (in Thai)
- Rueangphut, P., & Jitbuntad, W. (2013). Village Health Volunteers' Knowledge and Performance in the Care of People with Disabilities: A Case Study of Nakean Community, Muang Nakhon Si Thammarat. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 23(2), 32:43 (in Thai)



- Sansern, S., Timsuwan, B., & Lawang W. (2013). Developing Disabled Caregiving System Based on Families and Communities. *Journal of Nursing and Education*, 6(3), 25-41. (in Thai)
- Seedad, A. (2014). *Components and Levels of Nurse Case Manager Competencies in Community Hospitals*. Proceeding of the Research of Conference, 2014 May 14-15, Chonburi, Thailand. Bangkok: Triple Education. (in Thai)
- Sindhu, S., & Wongrod, P. (2014). *Case Management for Clients with Diabetes Mellitus and Hypertension* 2nd ed. Bangkok: Wattanakanpim Printing. (in Thai)
- Sungsawang, P. (2011). Situation, Problems and Needs for Rehabilitation Services for People with Disabilities of Health Stations in Nakhon Pathom Province. *Journal of Ratchasuda College for Research and Development of Person with Disabilities*, 7(10), abstract. (in Thai)

การให้คุณค่าเชิงวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลกับการก้าวสู่วิชาชีพ Professional Values of Nursing Students and Entering into a Profession

ชุตินา เพ็งใหญ่^{1*}, ดวงพร ชุมประเสริฐ¹ และ ศรีวัฒนา เพ็ชรรัตน์²

Chutima Perngyai^{1*}, Tuangporn Chumprasert¹ and Sriwatana Petcharat²

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา^{1*}, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครสวรรค์²

Boromarajonani College of Nursing, Songkhla^{1*}, Boromarajonani College of Nursing, Nakhonsawan²

(Received: April 16, 2019; Revised: August 21, 2019; Accepted: August 23, 2019)

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอประเด็นนักศึกษาพยาบาลกับบทบาททางวิชาชีพที่สังคมคาดหวังการให้คุณค่าเชิงวิชาชีพพยาบาล และการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลในการก้าวสู่วิชาชีพ ทั้งนี้เนื่องจากวิชาชีพพยาบาลต้องปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและครอบครัวภายใต้การดูแลแบบองค์รวม พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การให้ความเคารพในตัวตนบุคคล มีความยุติธรรม พึงกษัตริย์ผู้รับบริการ ความรับผิดชอบ มีความซื่อสัตย์ต่อตนเองและวิชาชีพ ยอมรับในความแตกต่างในการให้คุณค่าและความเชื่อของแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตาม การให้คุณค่าเชิงวิชาชีพพยาบาลยังเป็นสิ่งสำคัญในการสะท้อนทัศนคติต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่มีมาตรฐานสูง ดังนั้น การเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลก่อนสำเร็จการศึกษาในหลักสูตรทั้งด้านความรู้ และทักษะการปฏิบัติยังอาจไม่เพียงพอ การเพิ่มทัศนคติทางบวกโดยเฉพาะการให้คุณค่าเชิงวิชาชีพพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลชั้นปีสุดท้าย สามารถปฏิบัติการพยาบาลที่ได้มาตรฐานและสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการอย่างแท้จริง

คำสำคัญ: การให้คุณค่าเชิงวิชาชีพ, นักศึกษาพยาบาล, การก้าวเข้าสู่วิชาชีพพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding: e-mail: chu.smile1@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-5981173)

Abstract

This academic article aimed to present the useful concepts in the preparation of nursing students during their transitional phase from being student to entering into the nursing profession, creating awareness of nurses' professional values, and factors enhancing nursing standard of care that are based on ethics. Nursing professionals must perform human-related tasks in order to maximize benefits for patients and families under holistic care. Nurses have to realize and perform actions that are moral, comprising respect for persons, fairness of care, patient's advocacy, responsibility, honesty for themselves and other healthcare professionals, and accepting differences in individual values and beliefs. However, the provision of professional nursing values is important for attitudes and reflection towards nursing practice in order to ensure high standards in care. Therefore, in the curriculum, preparation of nursing students before graduation should include not only knowledge and skills, but also nurse professional values.

Keyword: Nurse Professional Values, Nursing Students, Entering into Nursing Profession

บทนำ

ในสังคมปัจจุบันต้องการพยาบาลที่มีคุณธรรมจริยธรรมสูงเนื่องจากการรักษาพยาบาลเป็นการกระทำต่อผู้ป่วย หากเกิดความผิดพลาดก็อาจทำให้เกิดการฟ้องร้องได้ถึงแม้ว่าบางครั้งพยาบาลกระทำผิดโดยที่ผู้ป่วยหรือบุคคลอื่นไม่รับรู้ถึงการกระทำดังกล่าว แต่พยาบาลจะต้องมีความซื่อสัตย์ทั้งต่อตนเองและผู้ป่วย เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นและผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์อย่างสูงสุด (Pengmark, 2010) จึงอาจกล่าวได้ว่า ผู้ที่มีความตระหนักถึงความสำคัญและนำคุณธรรมจริยธรรมไปใช้ในชีวิตประจำวันมีแนวโน้มว่าจะเป็นผู้มีจริยธรรมสูง และสามารถสะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมจริยธรรมได้เป็นอย่างดี (Kurpis, Beqiri, & Helgeson, 2007) ดังจะเห็นได้จากการนำเสนอประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความคาดหวังของสังคมที่มีต่อวิชาชีพพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับเปลี่ยนบทบาทจากการเป็นนักศึกษาไปสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพ นอกจากนี้ การให้คุณค่าเชิงวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลยังเป็นสิ่งที่ประเมินทัศนคติทางบวกต่อการทำงานซึ่งมีปัจจัยต่างๆที่เข้ามาเกี่ยวข้อง การเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลทั้งด้านความรู้ ทัศนคติ และทักษะด้านการปฏิบัติจึงเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้น การให้คุณค่าเชิงวิชาชีพด้วยการสร้างทัศนคติในทางบวกต่อวิชาชีพการพยาบาลให้กับนักศึกษาพยาบาลก่อนก้าวสู่วิชาชีพพยาบาลที่มีองค์ความรู้และทักษะด้านการปฏิบัติจะส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลอย่างมีคุณภาพต่อไป

นักศึกษาพยาบาลกับบทบาททางวิชาชีพที่สังคมคาดหวัง

นักศึกษาพยาบาลชั้นปีสุดท้ายเป็นกลุ่มที่ได้รับความคาดหวังให้เป็นผู้ที่มีทางสมรรถนะวิชาชีพด้านจริยธรรมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอยู่ในช่วงของการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากนักศึกษาพยาบาลสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพจึงอาจจะมีความรู้สึกเครียดกลัวและวิตกกังวล เหนื่อยหน่ายท้อแท้อยากลาออก สับสนในบทบาทของตนเอง แต่ในขณะเดียวกันก็มีความสุขท่ามกลางรอยยิ้มคำชื่นชมและคำขอบคุณจากผู้รับบริการ รวมทั้งรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ ตอบแทนบุญคุณบิดามารดา (Raetong & Harnirattisai, 2012) อย่างไรก็ตาม นอกจากสมรรถนะด้านการปฏิบัติการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพแล้ว สมรรถนะทางด้านจริยธรรมจรรยาบรรณและกฎหมาย ยังเป็นอีกหนึ่งสมรรถนะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพร่วมกับการปฏิบัติการพยาบาล (Pochanakij, 2017) มีการศึกษาที่พบว่านักศึกษาพยาบาลจะมีคุณธรรมจริยธรรมอยู่ในระดับสูง และนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ซึ่งเป็นนักศึกษาที่กำลังจะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยของจริยธรรมรายด้านสูงกว่าทุกชั้นปี ได้แก่ ความรับผิดชอบ ความใฝ่รู้ ความอดทนอดกลั้น ความกล้าหาญ และความซื่อสัตย์ (Sansomros, Yomdit, Yaowarat, Sawangket, & DOUNGCHAN, 2017) การดูแลที่มีมาตรฐาน

โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยรวมถึงส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้มีการปฏิบัติตามคุณค่าและความเชื่อสะท้อนให้เห็นถึงการให้คุณค่าเชิงวิชาชีพการพยาบาลในระดับสูงของนักศึกษาพยาบาล (Ion, Smith, Moir, & Nimmo, 2016)

พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสุขภาพ และบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้รับบริการ (Grace, 2014) ความประหลาดที่ตึงตัวของพยาบาลจึงควบคู่ไปกับการปฏิบัติการดูแลที่มีมาตรฐานจริยธรรมแห่งวิชาชีพพยาบาลจึงเป็นสิ่งผู้ป่วยและสังคมคาดหวังเนื่องจากต้องการพยาบาลที่เป็นผู้มีจริยธรรมสูง ดังนั้นจริยธรรมกับการปฏิบัติของพยาบาลจึงไม่สามารถแยกออกจากกันได้ (Mason, Leavitt, & Chaffee, 2012) ในสังคมปัจจุบันผู้รับบริการมักคาดหวังที่จะได้รับการดูแลที่ตรงกับความต้องการของตนเอง การปฏิบัติการพยาบาลจึงต้องตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยโดยเน้นความปลอดภัย รวดเร็ว ทันเวลา อย่างไรก็ตาม สิ่งที่พยาบาลบอกว่ามีประโยชน์เหมาะสมปลอดภัยกับผู้ป่วยอาจจะไม่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย (Sirilai, 2013) นอกจากนี้ การที่พยาบาลสามารถสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้เกิดขึ้น ยังส่งผลต่อการสร้างความศรัทธาให้เกิดขึ้นกับบุคคลที่อยู่ในวิชาชีพพยาบาลด้วยเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ ปรีชาคุณ, ตูยานนท์, เนตรมูย, และดำรงรักษ์ (Preechakoon, Tuvayanon, Netmuy, & Damrongrak, 2015) กล่าวถึงภาพลักษณ์ที่ส่งผลต่อคุณค่าและศรัทธาในวิชาชีพการพยาบาล ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องจะทำให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่นในวิชาชีพพยาบาล บุคลิกภาพของพยาบาลที่บ่งบอกถึงความเมตตา กรุณา เอื้ออาทร และมีท่าที่เป็นมิตร จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ และไว้วางใจในการรักษา ใน การศึกษานี้ ยังพบว่ามนุษยสัมพันธ์ของพยาบาล ได้แก่ การมีท่าที่เต็มใจในการให้บริการ มีความกระตือรือร้น ดูแลเอาใจใส่และเต็มใจในการให้บริการ จะส่งผลต่อคุณค่าและศรัทธาในวิชาชีพพยาบาลให้อยู่ในระดับสูง

นอกจากความคาดหวังจากผู้รับบริการหรือสังคมแล้ว ผู้ร่วมวิชาชีพพยาบาลยังมีความคาดหวังต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพด้วยกันในระดับสูง (Raetong, & Harnirattisai, 2012) จากการศึกษาเกี่ยวกับจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลไทย ตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการพยาบาลของ อาภาณัติกุล, ประไพพานิช, เสนาดีสัย, และอรัทัย (Arpanantikul, Prapaipanich, Senadisai, & Orathai, 2014) สะท้อนให้เห็นว่า จริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลไทยที่พึงมี ได้แก่ การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย ความซื่อสัตย์ ความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย การช่วยเหลือโดยไม่รับสิ่งตอบแทน การมีระเบียบวินัย การเสียสละ การมีพฤติกรรมบริการและมีใจให้บริการที่ดี การดูแลผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมและไม่เลือกปฏิบัติ ความรับผิดชอบ และการรักษาความลับ ในขณะที่ผู้บริหารของวิชาชีพพยาบาลในหน่วยงาน ก็มีนโยบายในการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาจริยธรรมขององค์กร ดังเช่นการศึกษาของ Poonkhwan, Chaowalit, & Nasae (2017) ซึ่งพบว่าหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นตัวแทนหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล มีกลไกจริยธรรมด้านการบริหาร บุคลากร ด้วยการเสริมสร้างความรู้ความตระหนักและทักษะด้านจริยธรรมให้กับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการ งบประมาณในการจัดทำและจัดหาคู่มือแนวปฏิบัติหนังสือและเอกสารด้านจริยธรรมสำหรับบุคลากร และกำหนดนโยบายในการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมของผู้ปฏิบัติให้สอดคล้องกับวิชาชีพ และองค์กรควบคุมคุณภาพ

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า นักศึกษาพยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งเป็นที่คาดหวังจากผู้รับบริการในเรื่องการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อให้ได้รับการดูแลที่ปลอดภัยและเกิดประโยชน์สูงสุด ในขณะเดียวกันเมื่อใกล้สำเร็จการศึกษาก็มักจะถูกคาดหวังจากผู้ร่วมวิชาชีพและวิชาชีพอื่น ๆ ว่าพยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้และทักษะในการทำงานร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งสามารถนำองค์ความรู้มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสมัยใหม่และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป การปฏิบัติการพยาบาลจึงเป็นอีกหนึ่งมุมมองที่สะท้อนให้เห็นถึงการให้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล

การให้คุณค่าเชิงวิชาชีพพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

คุณค่า (Value) หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ประเพณี การแสดงพฤติกรรม หรือการให้ มูลค่าของบุคคล กลุ่ม หรือสังคม (Burkhardt, & Nathaniel, 2002) การให้คุณค่าเชิงวิชาชีพพยาบาล คือการที่พยาบาลเพิ่มคุณค่าในงานบริการให้กับผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะคุณค่าที่เกิดจากการรับรู้ของตนเอง (Self-Reward Value) ถ้าหากบุคคลในวิชาชีพพยาบาลมีประสบการณ์ทางบวก เช่น การได้รับรางวัล คำชมเชย จะทำให้รู้สึกภาคภูมิใจและรับรู้คุณค่าในวิชาชีพของตนเอง (Thara, Wivatvanit, & Kespichayawattana, 2009) การให้คุณค่าจึงเปรียบเสมือนพันธะสัญญาของบุคคลที่จะแสดงออกถึงความมุ่งมั่นในการที่จะปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลดีที่สุด (Collier, 1997) จากการศึกษาของ Thara (2008) เกี่ยวกับการให้ความหมายและประสบการณ์คุณค่าในงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พยาบาลวิชาชีพให้ความหมายของคุณค่าไว้ 3 ประการ ได้แก่ 1) คุณค่าจากการดูแล เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ การดูแลให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย และการดูแลด้วยความเอื้ออาทรด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 2) คุณค่าจากการให้ เป็นการให้ที่ตรงตามความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย ให้ด้วยความเต็มใจไม่หวังผลตอบแทนหวังเพียงให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น และ 3) คุณค่าจากความปิติในใจ เป็นความรู้สึกอิ่มใจเหมือนได้ทำบุญ ซึ่งคุณค่าทั้ง 3 ประการทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความภาคภูมิใจ มีกำลังใจในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการทำงานช่วยให้พยาบาลวิชาชีพเห็นคุณค่าในวิชาชีพ การเห็นคุณค่าของงาน ทำให้พยาบาลปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างเต็มความสามารถ สอดคล้องกับที่ Kosolchuenvijit (2013) กล่าวว่า ปัจจัยที่จะนำไปสู่ ความสุขและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงมีที่มาจาก ความรัก ความผูกพัน ความอบอุ่นเอื้ออาทร ที่ได้รับ จากญาติมิตรและผู้คนรอบข้าง การทำหน้าที่ที่ได้รับ มอบหมายด้วยหัวใจที่อ่อนโยนต่อความเป็นมนุษย์นั้นมี คุณค่ามากกว่าการเป็นภารกิจตามหน้าที่เป็นคุณความดี ที่เป็นพลังใจให้กับชีวิตทั้งของผู้ป่วยและตัวพยาบาลเอง นอกจากนี้การเห็นคุณค่าของผู้อื่นและการปฏิบัติดีต่อผู้อื่นยังเป็นการสร้างคุณค่าให้กับตนเองด้วยเช่นเดียวกัน

การให้คุณค่าเชิงวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลขึ้นกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ศาสนา วัฒนธรรม สังคม ประสบการณ์ส่วนตัว รวมถึงวิถีชีวิตความเป็นอยู่ในแต่ละสังคมซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกันออกไป (Becker, 1960; Lyneham, & Levett-Jones, 2016) จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนและยับยั้งการพัฒนาค่านิยมวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น บุคลิกภาพส่วนตัว และสิ่งรบกวนภายใน และปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น อาจารย์พยาบาล จะส่งผลต่อการแสดงออกถึงการให้คุณค่าเชิงวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล รวมทั้งประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติงานภายใต้บริบทของสิ่งแวดล้อมที่ต่างกัน จะส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลแต่ละคนจะมีการแสดงออกถึงการให้คุณค่าที่ต่างกัน (Shafakhah, Khademi, Molazem, & Sharif, 2018) การให้คุณค่าของวิชาชีพพยาบาลด้วยการมีทัศนคติในเชิงบวกสะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติที่มีจริยธรรมต่อผู้รับบริการ ผู้ร่วมงานและองค์กร ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของกฤติยาวรรณ (Krittianawan, 2016) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมตามจรรยาบรรณวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี ที่พบว่า นักศึกษาที่มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพเพราะมีเหตุผลในการเลือกเรียนพยาบาล เนื่องจากมีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่นและเกิดประโยชน์ต่อสังคม นำความรู้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัว จะมีพฤติกรรมเชิงจริยธรรมตามจรรยาบรรณวิชาชีพโดยรวมในระดับมากที่สุดทั้งจรรยาบรรณต่อตนเอง ประชาชน ผู้ร่วมวิชาชีพและผู้ประกอบวิชาชีพอื่น รวมทั้งสังคมและประเทศชาติ

สรุปได้ว่าการให้คุณค่าเชิงวิชาชีพพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นการให้คุณค่าทั้งต่อตนเองและต่อวิชาชีพการพยาบาล เป็นพื้นฐานในการสร้างความตระหนัก เสริมสร้างพลังความคิด และทัศนคติในทางบวกต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้มาตรฐานและผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ รวมทั้งลดประเด็นการฟ้องร้องหรือเป็นคดีความทางกฎหมาย การประเมินการรับรู้ของตนเองเรื่องการให้คุณค่าเชิงวิชาชีพพยาบาลจึงเป็นอีกแนวทางที่สำคัญเพื่อเตรียมตัวก้าวสู่วิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีสุดท้าย

การเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลในการก้าวสู่วิชาชีพ

จากการที่พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ ควบคู่กับการมีจริยธรรมในการประกอบอาชีพ การมีจริยธรรม เพื่อแสดงถึงความเป็นมนุษย์ที่มีจิตใจสูง ซึ่งครอบคลุมถึง ความประพฤติดี การดำรงตนของพยาบาลที่ดี ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเอื้ออาทร การปฏิบัติตามหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาลจึงเป็นแนวทางที่จะช่วยในการกำกับการทำงานของพยาบาลให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และที่สำคัญที่สุดคือ เกิดความปลอดภัยกับผู้ใช้บริการ ทำให้สังคมเกิดความเชื่อมั่นยอมรับ และ ไว้วางใจในวิชาชีพการพยาบาลตลอดไป (Arpanantikul, Prapaipanich, Senadisai, & Orathai, 2014) การจัดการศึกษาพยาบาลที่ทันกับการเปลี่ยนแปลงของโลกในปัจจุบันจึงมีความจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพบัณฑิตให้มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์และสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อให้เป็นพยาบาลที่มีความรู้ควบคู่กับคุณธรรม เช่นเดียวกับการจัดการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ซึ่งเป็นศาสตร์ทางการศึกษาพยาบาลที่มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญโดยบูรณาการศาสตร์ทางการพยาบาล และศาสตร์ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เรียนผู้สอนและผู้ให้บริการบนพื้นฐานความเอื้ออาทรภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้จากสภาพจริงด้วยวิธีการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลายมุ่งเน้นชุมชนเพื่อให้ได้บัณฑิตที่มีคุณลักษณะมีความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพมีคุณธรรมจริยธรรม (Praboromarajchanok Institute, 2018) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพันธิสและบุญญกุล (Punthasee, & Bunyakul, 2017) ที่พบว่าการจัดการเรียนการสอนจริยธรรมทางการพยาบาลและกฎหมาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมและการปฏิบัติตามกฎหมายในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการจัดการเรียนการสอนเพื่อเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโดยยึดหลักคุณธรรมจริยธรรมเมื่อสำเร็จการศึกษา และจากการศึกษาของเพ็งใหญ่ (Perngyai, 2018) พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีสุดท้ายมีการให้คุณค่าเชิงวิชาชีพพยาบาลสัมพันธ์กับความมุ่งมั่นทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย สะท้อนให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลที่มีการให้คุณค่าเชิงวิชาชีพพยาบาลในระดับสูงจะมีความมุ่งมั่นทางจริยธรรมในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยคำนึงถึงการรักษาความเป็นส่วนตัวและความลับของผู้ป่วย การเคารพผู้ป่วย การให้การดูแลผู้ป่วยอย่างยุติธรรม การไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย การทำในสิ่งที่ดีสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยและทีมสุขภาพ

การเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลเพื่อก้าวสู่ประชาคมอาเซียนและวิชาชีพพยาบาลจึงควรครอบคลุมในเรื่องของการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมความรู้ และทักษะเชิงวิชาชีพจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่สอดคล้องกับความต้องการของนักศึกษาที่มีการศึกษาที่พบว่านักศึกษาพยาบาล ยังไม่มีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเองเพื่อการพัฒนาตนเองและวิชาชีพในด้านการสื่อสาร การคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบโดยใช้ประสบการณ์เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบททางสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึงการรับผิดชอบต่อหน้าที่ สังคมและการพัฒนาด้านในวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง (Meekanon, & Sirikamonsathian, 2015) ในขณะเดียวกัน นักศึกษาพยาบาลก็มีความคาดหวังที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่มีการปรับเปลี่ยนบทบาทจากนักศึกษาไปเป็นพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ การที่ตนเองจะเป็นพยาบาลที่ดี การมีส่วนร่วมที่จริงใจให้ความช่วยเหลือ การมีส่วนร่วมในการพัฒนางานและองค์กร การมีรายได้ที่เพียงพอ การได้ทำงานในแผนกที่ต้องการและได้รับการยอมรับจากแพทย์ การมีโอกาสพัฒนาตนเอง และการมีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา (Raetong, & Harnirattisai, 2012) สอดคล้องกับ Supapvanich, Khuchauy, & Kardkumhang (2019) ที่พบว่า ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน และการสนับสนุนจากองค์กรในด้านต่างๆ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตาม นอกจากความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติแล้ว พยาบาลวิชาชีพยังต้องเป็นผู้ที่มีจริยธรรม มีความรับผิดชอบสูง มีภาวะผู้นำ และทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ สามารถปรับตัวเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมในปัจจุบัน มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งพยาบาลที่มีความพร้อมและสมบูรณ์ทางด้านร่างกายและจิตใจ จะเป็นผู้ที่สามารถให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพตามความคาดหวังของสังคม (Sricamsuk Saito, Voraharn, & Senarak, 2011)

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลในการก้าวสู่วิชาชีพเริ่มจากการวางแผนการจัดการศึกษาในหลักสูตรที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนบนพื้นฐานความเอื้ออาทร ตลอดจนการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตร เพื่อให้บัณฑิตที่กำลังจะสำเร็จการศึกษาเป็นผู้มีความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพพยาบาล ในขณะเดียวกันต้องเป็นผู้ที่มีคุณธรรมจริยธรรมเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุด ซึ่งจำเป็นต้องได้รับ เสริมแรง สนับสนุนและยอมรับจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อาจารย์ผู้สอน พยาบาลในแหล่งฝึก รวมทั้งผู้ร่วมงานเพื่อให้สามารถก้าวสู่วิชาชีพพยาบาลได้อย่างภาคภูมิใจ

สรุป

การที่ผู้รับบริการจะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับความต้องการนั้น นอกจากจะได้รับการพยาบาลจากพยาบาลที่มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติที่ถูกต้องตามมาตรฐานการดูแลแล้ว จะต้องเป็นผู้ที่มีทัศนคติที่ดีและให้คุณค่าต่อวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งเป็นการรับรู้ของพยาบาลว่าคุณค่าที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเพื่อให้พ้นจากความทุกข์ทรมานและด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ คุณค่าจากการให้ที่ตรงตามความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและให้โดยไม่หวังผลตอบแทน อันจะก่อให้เกิดคุณค่าจากความปิติในใจ รู้สึกอิ่มใจเหมือนได้ทำบุญ ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีจริยธรรม ดังนั้น การเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลเพื่อก้าวสู่วิชาชีพด้วยการประเมินและปลูกฝังการให้คุณค่าเชิงวิชาชีพพยาบาล จึงมีความจำเป็นเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของตนเองและสังคม โดยสามารถให้การดูแลบุคคลทุกช่วงวัยทุกระดับการศึกษา และในทุกภาวะสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพ ครอบคลุมทั้งในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทุติยภูมิและตติยภูมิ

ข้อเสนอแนะ

สืบเนื่องจากความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงจากบทบาทของการเป็นผู้ที่อยู่ภายใต้การนิเทศของอาจารย์พยาบาลและพยาบาลวิชาชีพในแหล่งฝึกมาเป็นผู้ให้บริการโดยสมบูรณ์แบบต่อผู้รับบริการภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและสังคม การสร้างความตระหนักรู้ต่อการให้คุณค่าเชิงวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลจึงมีความสำคัญยิ่ง ดังนั้น อาจารย์พยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการจัดการเรียนการสอนแก่นักศึกษาตลอดหลักสูตร สามารถนำประโยชน์ที่ได้จากบทความนี้ไปวางแผนเพื่อสอดแทรกในการจัดกิจกรรมการสอนในรายวิชาทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ กิจกรรมเสริมเพื่อเป็นการพัฒนานักศึกษา การปฎิบัติงานก่อนสำเร็จการศึกษาเพื่อสร้างความตระหนักรู้ในการให้คุณค่าเชิงวิชาชีพพยาบาล ด้วยการปลูกฝังทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพและเป็นแบบอย่างที่ดีอันจะส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลที่กำลังจะสำเร็จการศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดี มีความรับผิดชอบ รวมทั้งตระหนักในคุณค่าของผู้อื่น ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการในสังคมปัจจุบันอย่างแท้จริง

References

- Arpanantikul, M., Prapaipanich, W., Senadisai, S., & Orathai, P. (2014). Nursing Administrators' Perception of Thai Registered Nurses' Professional Ethics. *Thai Journal of Nursing Council*, 29(2), 5-20. (in Thai)
- Becker, H. S. (1960). Notes on the Concept of Commitment. *American Journal of Sociology*, 66(1), 32-40.
- Burkhardt, M. A., & Nathaniel, A. K. (2002). *Ethics & Issues in Contemporary Nursing*. (2nd ed.). Albany, New York: Delmar.
- Collier, G. (1997). Learning Moral Commitment in Higher Education? *Journal of Moral Education*, 26(1), 73-83.



- Grace, P. J. (2014). *Nursing Ethics and Professional Responsibility in Advanced Practice*. (2nd ed.). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Ion, R., Smith, K., Moir, J., & Nimmo, S. (2016). Accounting for Actions and Omission: A Discourse Analysis of Student Nurse Accounts of Responding to Instances of Poor care. *Journal of Advanced Nursing*, 72(5), 1054-1064. doi: 10.1111/jan.12893.
- Kosolchuenvijit, J. (2013). Caring: Central Focus of Humanistic Care. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 29(2), 134-141.
- Krittianwan, J. (2016). *Factor Related to Ethical Behaviors of Nursing Students at the Faculty of Nursing, Ratchathani Unversity*. In RTUNC 2016, the 1st National Conference July 29, 2016 (p. 1661-1674). Ubonratchathani, Thailand.
- Kurpis, L. V., Beqiri, M. S., & Helgeson, J. G. (2007). The Effects of Commitment to Moral Self-Improvement and Religiosity on Ethics of Business Students. *Journal of Business Ethics*, 80, 447-463.
- Lyneham, J., & Levett-Jones, T. (2016). Insight Into Registered Nurses' Professional Value Through the Eyes of Graduating Students. *Nurse Education in Practice*, 17, 86-90.
- Mason, D. J., Leavitt, J. K., & Chaffee, M. W. (2012). *Policy & Politics in Nursing and Healthcare*. (6th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Meekanon, P., & Sirikamonsathian, B. (2015). Factors Influencing Readiness to Join the ASEAN Community of Nursing Students from Boromarajonnani College of Nursing Nopparat Vajira. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 35(Supplement), 29-44. (in Thai)
- Punthasee, P., & Bunyakul, J. (2017). Factors Affecting Ethical and Legal Behaviors in the Clinical Nursing Practice of Nursing Students, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 10(1), 81-94. (in Thai)
- Pengmark, T. (2010). *Head Nurses, Advocacy Perceived and Experienced by Head Nurses and Registered Nurses in Hospitals in the Three Southernmost Provinces of Thailand*. (Master of Nursing Science, Prince of Songkla University. (in Thai)
- Perngyai, C. (2018). *Development and Psychometric Evaluation of the Moral Commitment Scale for Thai Baccalaureate Nursing Students (MCS-Thai)*. (Doctoral Dissertation, Prince of Songkla University.
- Pochanakij, C. (2017). *Development of Competency Indicators for Register Nurses of Songklanagarind Hospital*. (Master of Nursing Science, Prince of Songkla University). (in Thai)
- Poonkhwan, S., Chaowalit, A., & Nasae, T. (2017). Ethics Mechanism of Nursing Divisions in Community Hospitals, Southern Thailand. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 37(4), 1-9. (in Thai)
- Praboromarajchanok Institute. (2018). *Measurements of Thai Qualification Frameworks on Bachelor Degree of Nursing Science*. Bangkok: Praboromarajchanok Institute. (in Thai)
- Preechakoon, B., Tuvayanon, W., Netmuy, P., & Damrongrak, P. (2015). Professional Nurses' Perceptions Towards Images Influencing Value and Trust in Nursing Profession. *Nursing Journal*, 42(1), 122-131.
- Raetong, P., & Harnirattisai, T. (2012). Role Change Experience: From Nursing Students to Registered Nurses. *Thai Journal of Nursing Council*, 27(2), 51-62. (in Thai)



- Sansomros, W., Yomdit, V., Yaowarat, N., Sawangket, A., & Doungchan, N. (2017). Moral Virtues of Nursing Students: Case Study Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi. *Journal of Nursing and Education*, 10(4), 144-159. (in Thai)
- Shafakhah, Z., Khademi, M., Molazem, Z., & Sharif, F. (2018). Facilitators and Inhibitors in Developing Professional Values in Nursing Students. *Nursing Ethics*, 25(2), 153-164.
- Sirilai, S. (2013). *Ethics for Nurses*. (13th ed.). Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)
- Sricamsuk Saito, A., Voraharn, W., & Senarak, W. (2011). Happiness of Undergraduate Nursing Students, Faculty of Nursing, Khon Kaen University. *Journal of Nursing Science & Health*, 34(2), 71-79. (in Thai)
- Supapvanich, C. Khuchauy, S., & Kardkumhang, S. (2019). Factors Related to Motivation at Work among Dental Health Officers in Yala Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(2), 115-125. (in Thai)
- Thara, K. (2008). *Nursing Work Values: Meanings and Experiences of Professional Nurses*. (Master of Nursing Science, Chulalongkorn University). (in Thai)
- Thara, K., Wivatvanit, S., & Kespichayawattana, J. (2009). Nursing Work Values: Meanings and Experiences of Professional Nurses. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 25(2), 38-49. (in Thai)



การประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ในงานสาธารณสุข The Use of Geographic Information Systems (GIS) in Public Health

พุทธจักร ชูयरาย^{1*} และ อาจินต์ สงทับ¹
Buddhajak Chuayray and Archin Songthap¹
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร^{1*}
Faculty of Public Health, Naresuan University^{1*}

(Received: January 27, 2019; Revised: September 05, 2019; Accepted: September 05, 2019)

บทคัดย่อ

ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ เป็นกระบวนการทำงานโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งเกี่ยวกับข้อมูลเชิงพื้นที่ โดยใช้ข้อมูลเชิงบรรยาย ที่มีความสัมพันธ์กับตำแหน่งในเชิงพื้นที่ ในรูปของตารางข้อมูล และฐานข้อมูล ปัจจุบันมีการใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์มาอธิบายความสัมพันธ์เชิงพื้นที่ในศาสตร์หลาย ๆ แขนง ทำให้ผู้ใช้งานสามารถเห็นข้อมูลตามสภาพความเป็นจริงในทางสาธารณสุขก็ได้ นำระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์มาใช้อย่างแพร่หลาย ในบทความนี้ผู้เขียน นำเสนอประเด็นที่มีความเกี่ยวข้องกับการใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ในงานสาธารณสุข ได้แก่ การประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ในการควบคุมโรคติดต่อ การจัดการโรคไม่ติดต่อ และการส่งเสริมสุขภาพ การวางแผนสาธารณสุขสำหรับอนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย ซึ่งจะเห็นได้ว่าระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์สามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขได้

คำสำคัญ: ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์, สาธารณสุข, การประยุกต์ใช้

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: BuddhajakBank@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 096-6454263)

Abstract

A geographic information system (GIS) is a computer system for capturing, checking, storing, and displaying data related to positions on the Earth's surface. By relating seemingly unrelated data, a GIS can help individuals and organizations to better understand spatial patterns and relationships. In public health it can explain spatial relationships in many fields, allowing users to see the actual data. This descriptive article aimed to compile issues related to the use of GIS in public health, such as the use of GIS for communicable disease control, non-communicable disease management, public health planning, environmental health, as well as occupational health and safety.

Keywords: GIS, Geographic Information System, Public Health

บทนำ

ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information System) ถูกนำมาใช้ในการรวบรวม จัดเก็บ วิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ และเป็นขั้นตอน สามารถค้นหาข้อมูลได้ในเวลาอันรวดเร็ว และยังสามารถนำผลการวิเคราะห์ไปใช้ในการตัดสินใจได้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (Geographic Information System; GIS) เป็นเครื่องมือที่นำแผนที่มาทำงานร่วมกับระบบฐานข้อมูล ให้กลายเป็นข้อมูลเชิงพื้นที่ (Spatial Data) ให้สามารถแสดงและรายงานผลข้อมูลเชิงพื้นที่ด้วยระบบคอมพิวเตอร์โดยอาศัยความสัมพันธ์ทางภูมิศาสตร์เป็นตัวเชื่อมโยงความสัมพันธ์กับข้อมูลอื่น ๆ โดยการนำเสนอข้อมูล จะอ้างอิงตามลักษณะข้อมูลในระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ ได้แก่ 1) การนำเสนอแบบจุด (Point) ใช้แสดงตำแหน่งของพื้นที่นั้นๆ เช่น ตำแหน่งบ้านของผู้ป่วย ตำแหน่งสถานที่สำคัญต่างๆในชุมชน เป็นต้น 2) การนำเสนอแบบเส้น (Line) ใช้แสดงลักษณะเชื่อมต่อของพื้นที่ เช่น ถนน แม่น้ำ เป็นต้น และ 3) การนำเสนอแบบพื้นที่ (Polygon) ใช้แสดงลักษณะของพื้นที่หรือขอบเขต เช่น พื้นที่จังหวัด พื้นที่อ่างเก็บน้ำ เป็นต้น การวิเคราะห์เชิงพื้นที่ (Spatial Analysis) เป็นวิธีการผลิตสารสนเทศภูมิศาสตร์เพิ่มเติม โดยใช้ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างสารสนเทศภูมิศาสตร์ หรือการเน้นโครงสร้างของพื้นที่ ได้แก่ 1) เทคนิคการซ้อนทับ (Overlay) เป็นเทคนิคการนำข้อมูลเชิงพื้นที่ (Spatial Data) หลายชั้น ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเชิงภาพ (Graphic Data) ข้อมูลอรรถธิบาย (Attribute data) มาซ้อนทับกันด้วยปฏิบัติการทางตรรกะ (Logical Operations) เช่น การซ้อนทับปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ (Sermkarndee, Manwicha & Khunchoo, 2016) 2) เทคนิคการกันพื้นที่ (Buffering) เป็นการหาพื้นที่ภายในระยะห่างที่แน่นอนจากจุดหรือเส้นที่กำหนดให้ เช่น การกำหนดแนวพื้นที่กันชน (Buffer) โดยรอบสถานพยาบาลในพื้นที่ควบคุมและเฝ้าระวัง 3) การแบ่งพื้นที่แบบโวโลนอย (Voronoi Tessellation) เป็นการแบ่ง "พื้นที่อิทธิพล" ออกเป็นกลุ่ม โดยสามารถสร้างรูปได้ 2 ส่วน ระหว่างจุดต่าง ๆ ที่กระจายเชิงพื้นที่เช่นการแบ่งเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสองแห่ง เป็นต้น

ประวัติศาสตร์การศึกษาด้านสารสนเทศภูมิศาสตร์ที่มีความสัมพันธ์กับการสาธารณสุขนั้นมีมายาวนาน จากการศึกษาค้นคว้าข้อมูล พบว่า เมื่อประมาณ 400 ปีก่อนคริสตกาล Hippocrates นักปราชญ์ชาวกรีกได้แสดงให้เห็นว่าสถานที่ที่มีบทบาทสำคัญในการทำความเข้าใจเรื่องโรคและสถานะสุขภาพ โดยพบว่าสถานที่ที่เป็นองค์ประกอบหลักในการวิเคราะห์โรคหรือสถานสุขภาพเชิงพื้นที่ (Lyseen, Nøhr, Sørensen, Gudes, Geraghty, Shaw, et al, 2014) Filippo Arrieta ได้นำเอาแผนที่มาใช้เพื่ออธิบายถึงปรากฏการณ์ด้านสุขภาพและโรคทางภูมิศาสตร์ (Barcus, & Halfacree, 2018) Leonhard Ludwig Finke ได้สร้างแผนที่โรค (Disease Map) ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการทำทำความเข้าใจอุบัติการณ์และการแพร่กระจายของโรคติดต่อตลอดจนการระบุความเกี่ยวข้องระหว่างโรคกับสภาพแวดล้อมที่กระจายตามพื้นที่ (Musa, Chiang, Sylk, Bavley, Keating, Lakew, et al, 2013) Valentine Seaman ได้สร้างแผนที่ (Spot Map) เพื่ออธิบายกรณีโรคไข้เหลือง (Yellow

Fever) ในนิวยอร์ก John Snow ทำแผนที่โรคที่มีชื่อเสียงที่สุดคือการทำแผนที่การระบาดของหิวตักโรคในกรุงลอนดอน (Shiode, Shiode, Rod-Thatcher, Rana, & Vinten-Johansen, 2015)

ในอดีตการนำเสนอแผนที่ใช้การเขียนลงบนกระดาษ ทั้งที่เป็นการทำแผนที่รายบุคคลและแบบสมุดแผนที่พัฒนาการของเทคโนโลยีได้ขยายแนวความคิดของการจัดทำแผนที่ เป็นการจัดทำแผนที่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อนำเสนอได้ทั้งแบบคงที่ แบบเคลื่อนไหว หรือแบบโต้ตอบ (Interactive Maps) ในช่วงระยะเวลาไม่กี่ปีที่ผ่านมาการใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์มาใช้ในการดูแลสุขภาพได้ขยายตัวอย่างรวดเร็ว ถึงแม้ว่าการใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่มีผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจำนวนน้อยที่มีความรู้และเข้าใจในระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ จากการทบทวนข้อมูลของ Peterson พบว่า มีงานวิจัยจำนวนหนึ่งได้ใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ในการดูแลสุขภาพ แต่มีงานวิจัยน้อยมากที่กล่าวถึงการฝึกอบรมบุคลากรด้านการใช้งานระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์มีความก้าวหน้าครอบคลุมความหลากหลายด้านการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก คือ ด้านระบาดวิทยา และระบบบริการด้านสาธารณสุข โดยในทางระบาดวิทยาจะมุ่งเน้นไปที่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ รูปแบบ หรือแนวโน้มของโรค เป็นต้น ส่วนด้านระบบบริการสาธารณสุขมุ่งเน้นไปที่ประโยชน์ การเข้าถึง การกระจายบริการ การจัดสรรทรัพยากร ความเหลื่อมล้ำในการดูแล การวางแผนเชิงกลยุทธ์ เป็นต้น (Peterson, 2017)

บทความวิชาการฉบับนี้ผู้เขียนได้ทบทวนวรรณกรรมพบว่าการใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์กับงานสาธารณสุขประกอบด้วย 4 ประเด็น คือการประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ในการควบคุมโรคติดต่อ การจัดการโรคไม่ติดต่อและการส่งเสริมสุขภาพการวางแผนสาธารณสุข และอนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัยผู้เขียนขอเสนอแยกบรรยายประเด็นต่อไป

1. การประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ในการควบคุมโรคติดต่อ (GIS Applications in Communicable Disease Control)

การประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ในการศึกษาทางระบาดวิทยา (Tipayamongkhogul, 2012) เพื่อแสดงสถานการณ์ของโรคหรือความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสามทางระบาดวิทยา (Epidemiologic Triad) นำเสนอข้อมูลเชิงพื้นที่ เพื่อระบุพื้นที่การเกิดโรค การกระจายตัวในเชิงเวลา สถานที่ และกลุ่มประชากรได้ ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการวางแผนป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ และเกิดประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของประชาชน (Kongmung, 2010) เช่น การศึกษากลุ่มของหมู่บ้านที่เกิดไข้เลือดออกในแต่ละปีด้วยวิธีวิเคราะห์สหสัมพันธ์เชิงพื้นที่โดยใช้ข้อมูลอุบัติการณ์สะสมรายหมู่บ้านในจังหวัดตากร่วมกับลักษณะข้อมูลพื้นที่ของชุมชน ทำให้พบกลุ่มของหมู่บ้านที่เกิดโรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นพื้นที่รอยต่อกับตำบล อำเภอข้างเคียง พื้นที่ในเมือง ย่านการค้า พื้นที่ราบผสมสวนผลไม้ โดยกลุ่มของหมู่บ้านมีการเปลี่ยนแปลงทุกปี และมีพื้นที่เกิดซ้ำในอำเภอเดียวกัน ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคได้ (Korphayakkhin, Tipayamonkhogul, & Areechokchai, 2018)การนำระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ผสมผสานร่วมกับวิธีการทางระบาดวิทยา และการสร้างแบบจำลองทางสถิติช่วยระบุ และอธิบายลักษณะที่สำคัญของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (Stopka, Goulart, Meyers, Hutcheson, Barton, Onofrey, et al, (2017). การศึกษาความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศแถบแอฟริกาใต้สะฮารา(Sub-Saharan Africa) ตัวแปรซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพจะส่งผลต่อการติดเชื้อยังพบว่ารูปแบบทางภูมิศาสตร์ที่หลากหลายและซับซ้อนส่งผลต่อการระบาดของเชื้อเอชไอวี ปัจจัยด้านระยะทางระหว่างที่พักและถนนสายหลักก็เป็นปัจจัยเสี่ยงในระดับที่สูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (Cuadros, Li, Branscum, Akullian, Jia, Mziray ed al, 2017) ในประเทศจีนใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ในการศึกษาการระบาดของเชื้อเอชไอวี และ/หรือ ไวรัสตับอักเสบซี โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้เข้าเสพติดของโครงการบริการเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment; MTT) การศึกษานี้ทำให้ทราบว่ากลุ่มผู้เข้าเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และ/หรือ ไวรัสตับอักเสบซีและพบการกระจายในพื้นที่ที่มีความแตกต่างทางด้านภูมิศาสตร์ นอกจากนี้ยังพบว่าความแตกต่างทางด้านภูมิศาสตร์ส่งผลต่อการขึ้นทะเบียนผู้ใช้สารเสพติดด้วย (Li, Li, Shen, Li, Liang, Peng ed al, 2017) จากงานวิจัยเกี่ยวกับความชุกของ

การติดเชื้อเอชไอวีได้นำเอาระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์มาใช้ในการวิเคราะห์ความชุก สามารถวิเคราะห์ปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลต่อการติดเชื้อเอชไอวี รวมไปถึงการสร้างแบบจำลองทางสถิติที่ช่วยอธิบายลักษณะของการระบาดได้ด้วย นอกจากการนำระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ไปใช้ศึกษาเรื่องการระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือสารคัดหลั่งข้างต้นแล้ว การนำเอาระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ไปใช้ในการศึกษาโรคติดต่อระหว่างสัตว์สู่คน (Zoonosis) ได้เช่นกัน เห็นได้จากกรณีศึกษาที่จังหวัดบุรีรัมย์ที่ด้วยระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ เพื่อหาความชุกและอุบัติการณ์ของ *Schistosoma Mansoni* ในประเทศสาธารณรัฐเวียดนาม และใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์เพื่อระบุพื้นที่ที่เหมาะสมสำหรับการนำโปรแกรมควบคุมการระบาดของ *S. Mansoni* ในระดับพื้นที่ด้วย (Nyandwi, Veldkamp, Amer, Karema, & Umulisa, 2017) โรคติดต่อทางธรรมชาติบางโรคที่มีพยาธิสภาพรุนแรง พบว่ามนุษย์เป็นโฮสต์ที่ติดเชื้อปรสิตนั้นโดยบังเอิญ (Accidental Host) เช่น โรคไข้สมองอักเสบจากเห็บ (Tick-Borne Encephalitis; TBE) เป็นโรคติดต่อทางธรรมชาติที่มีเห็บเป็นพาหะ การกระจายตัวการติดต่อยังขึ้นอยู่กับปัจจัยทางภูมิศาสตร์และสิ่งแวดล้อม การใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ระบุตัวช่วงชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของโรคไข้สมองอักเสบจากเห็บมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเข้าใจการกระจายตัวของโรคไข้สมองอักเสบจากเห็บ (Li, Wang, Gao, Fang, Liu, Lyu et al, 2017) การควบคุมแบคทีเรียดื้อยา (Drug-Resistant Bacteria) สามารถนำเอาระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์มาใช้ในการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการแพร่กระจายของแบคทีเรียดื้อยา เช่น การศึกษาอัตราการติดเชื้อ *Clostridium Difficile* ที่เพิ่มสูงขึ้น การนำสถิติเชิงพื้นที่ และการวิจัยแบบผสมผสานไปใช้หาปัจจัยเสี่ยงทางด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญต่อการแพร่กระจาย *C. Difficile* ในสิ่งแวดล้อม และในกระบวนการรักษา *C. Difficile* เอง อาจส่งผลทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการดื้อยาที่สำคัญได้ (Anderson, Rojas, Watson, Knelson, Pruitt, Lewis et al, 2017)

2. การประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์สำหรับการจัดการโรคไม่ติดต่อ และการส่งเสริมสุขภาพ (GIS Applications In Non-Communicable Disease Management and Health Promotion)

โรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อ ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค ไม่สามารถติดต่อได้ผ่านการสัมผัส การคลุกคลี แต่เกิดจากปัจจัยต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลจากวิถีชีวิต พฤติกรรมเสี่ยง เช่น บุหรี่ สุรา ขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และมีความเครียดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อ คือ 1) การเปลี่ยนผ่านทางประชากร (Demographic Transition) เป็นปรากฏการณ์ของการเปลี่ยนแปลงอัตราเพิ่มประชากรเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของภาวะการตายและภาวะเจริญพันธุ์ (Prasartkul, & Vapattanawong, 2011) 2) การเปลี่ยนผ่านทางวิทยาการระบาด (Epidemiologic Transition) การเปลี่ยนแปลงการเกิดโรคจากโรคติดเชื้อที่ค่อย ๆ ลดน้อยลง และเปลี่ยนไปสู่โรคไม่ติดเชื้อและโรคในผู้สูงอายุมากขึ้นและ 3) การเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพ (Health Transition) การเปลี่ยนแปลงสภาวะทางสุขภาพของประชากร อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนผ่านทางวิทยาการระบาด ซึ่งทำให้สาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและการตายเปลี่ยนจากโรคติดเชื้อ เป็นโรคไม่ติดเชื้อและโรคที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมของมนุษย์เป็นหลัก เป็นการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้นำไปสู่ การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic Non-Communicable Diseases; CNCD) การนำระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์มาจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อวางแผนสนับสนุนการดูแลสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพชุมชน โดยการนำข้อมูลสถานะสุขภาพที่หน่วยบริการสาธารณสุขจัดเก็บไว้ เชื่อมโยงกับข้อมูลเชิงพื้นที่ ช่วยให้ทีมดูแลสุขภาพตัดสินใจให้บริการด้านสุขภาพได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ การประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ สามารถจัดทำแผนที่โรคในการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน เพื่อสร้างแผนที่แสดงความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อยในชุมชน ให้ชุมชนตระหนักถึงปัญหาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเสริมสร้างการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนให้เข้มแข็ง โดยพบว่าแผนที่โรคแสดงให้เห็นว่ามีครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 50.73 ของครอบครัวทั้งหมด ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชนเห็นความสำคัญ ส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Reunthongdee, 2015) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แนวคำถามถึงโครงสร้าง

เกี่ยวกับความต้องการที่มสุขภาพ เพื่อจัดทำระบบแบบสอบถามทุนทางสุขภาพของชุมชน และแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสำรวจข้อมูล GPS ภาคสนาม การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่าระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนที่กลุ่มเป้าหมายต้องการเป็นข้อมูลคุณลักษณะที่สัมพันธ์กับข้อมูลเชิงพื้นที่ การศึกษานี้ได้ข้อค้นพบว่า การพัฒนาระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและใช้งานได้ง่าย ต้องเริ่มจากความต้องการของผู้ใช้งานจริง การใช้งานระบบหลังการติดตั้งต้องอาศัยระยะเวลาเพื่อ การประเมินผลและปรับปรุงแก้ไขระบบให้มีประสิทธิภาพ (Jaraeprapal, & Aekwarangkoon, 2008) ในทาง ทันตสาธารณสุขก็ได้มีการนำเอาระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ไปใช้ในการวิเคราะห์ความชุกของโรคฟันตกระ (Fluorosis) โดยการวิเคราะห์ปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำบาดาล และศึกษาความสัมพันธ์กับความชุกของโรคฟันตกระ โดยการศึกษาครั้งนี้ส่งผลให้เกิดหน่วยงานของรัฐตระหนักถึงการตรวจสอบปริมาณของฟลูออไรด์ในน้ำ การจัดหา น้ำดื่มที่มีปริมาณของฟลูออไรด์ตามมาตรฐานให้ประชาชน รวมไปถึงการนำไปใช้ในการวางแผนการส่งเสริม สุขภาพทางด้านทันตสาธารณสุขต่อไป (Malek Mohammadi, Derakhshani, Tavallaie, Raoof, Hasheminejad, & Haghdoost, 2017)

3. การประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์สำหรับการวางแผนสาธารณสุข (GIS Applications in Public Health Planning)

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกรอบระบบสุขภาพ (Health Systems Framework) ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ส่วน (6 Building Blocks of Health System) (WHO, 2010) ประกอบด้วย 1) ระบบบริการ (Service Delivery) 2) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) 3) ระบบข้อมูลข่าวสาร (Health Information System) 4) เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Access to Essential Medicine) 5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Financing) และ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and Governance) องค์ประกอบอย่างน้อย 1 ใน 6 องค์ประกอบนี้ มีตำแหน่งทางภูมิศาสตร์และสถานที่ตั้งร่วมกันถือเป็นโอกาสสำหรับการบริหารจัดการ การนำ เทคนิคทางด้านสารสนเทศภูมิศาสตร์ ไปใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสำหรับประชาชนโดยรวม นอกเหนือจากการวิเคราะห์ตำแหน่งทางภูมิศาสตร์แล้ว เมื่อมีการวางแผนสิ่งอำนวยความสะดวกด้านการดูแลสุขภาพยังสามารถวิเคราะห์พารามิเตอร์ความต้องการทั้งอุปสงค์และอุปทานได้ด้วย การใช้ระบบสารสนเทศ ภูมิศาสตร์มาเป็นเครื่องมือศึกษาและวางแผนการเข้าถึงบริการสาธารณสุข เช่นในประเทศญี่ปุ่น รัฐบาลได้ จัดระบบประกันทางการแพทย์สาธารณะ เช่น ประกันที่ทำงาน และประกันท้องถิ่น เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีระบบ ประกันสุขภาพพลเมือง ซึ่งประชากรที่ไม่เข้าข่ายระบบประกันสุขภาพ สาธารณะต้องเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ พลเมือง โดยระบบประกันสุขภาพพลเมือง กำหนดให้มีการการตรวจสุขภาพสำหรับผู้เข้าระบบประกันที่มีอายุ ตั้งแต่ 40 ถึง 74 ปีเพื่อป้องกันโรคร้ายในชีวิตประจำวันสามารถตรวจสุขภาพโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย จากการศึกษา การเข้าถึงบริการสุขภาพทางโดยอาศัยข้อมูลทางภูมิศาสตร์ ลักษณะเศรษฐกิจและสังคม เป็นปัจจัยสำคัญในการ ใช้บริการสุขภาพ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำมีความเสี่ยง และได้รับผลกระทบจากการ เข้าถึงบริการสุขภาพ มากกว่ากลุ่มที่มีรายได้สูง ใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์วิเคราะห์การเข้าถึงบริการ สุขภาพอาจทำให้การตรวจสุขภาพเพิ่มขึ้นและลดความเหลื่อมล้ำในการใช้ประโยชน์ (Fujita, Sato, Nagashima, Takahashi, & Hata, 2017) หรือแม้แต่วิทยาการศึกษาด้านบริการสุขภาพและข้อมูลของประชากรในประเทศเฮติ โดยการเชื่อมโยงข้อมูลกับระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ชาวเฮติมีอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ สุขภาพ เนื่องจากลักษณะภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นภูเขาสูง ซึ่งปัญหาที่หญิงตั้งครรภ์ต้องเผชิญคือการคลอดที่ สถานบริการสุขภาพ ข้อมูลเหล่านี้นำไปสู่การปรับปรุงการให้บริการ การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก ส่งผลต่อการ ลดอัตราการตายของมารดา โดยเฉพาะการจัดให้มีการเข้าถึงบริการสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ในพื้นที่ชนบท (Wang, Winner, & Burgert-Brucker, 2017) สำหรับในประเทศไทยมีการประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศ ภูมิศาสตร์ และรูปแบบการวิเคราะห์ที่ช่วยให้เพิ่มประสิทธิภาพการติดตามการกระจายตัวของหน่วยบริการสาธารณสุข ในจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อให้เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงหน่วยบริการด้านสาธารณสุข ผลการศึกษา

พบว่า ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการระดับพื้นฐาน มีค่าเฉลี่ยของเวลาจากหมู่บ้านไปยังหน่วยบริการ 3.39 นาที การนำเอาระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ไปประกอบการวางแผนเพื่อการติดตามงานด้านสาธารณสุขช่วยให้ติดตามการกระจายทรัพยากรด้านสาธารณสุข และวิเคราะห์การเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขได้สะดวกมากขึ้น (Jirakajohnkool, Junkaew, Oumkratum, & Klawwikarn, 2011)

4. การประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์สำหรับอนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย (GIS Applications in Environmental Health, Occupational Safety and Health)

อนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพอนามัยของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวมนุษย์ส่วนอาชีวอนามัยและความปลอดภัยเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการควบคุมดูแลสุขภาพอนามัยของผู้ประกอบอาชีพให้มีภาวะสมบูรณ์ดีทั้งทางร่างกาย ทางจิตใจ และสามารถดำรงชีพอยู่ในสังคมได้ด้วยดี รวมทั้งมีความปลอดภัยจากภัยคุกคาม อันตรายและความเสี่ยงต่างๆ การนำระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์มาใช้สำหรับการศึกษาด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัยมีแพร่หลาย เช่น การนำระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ มาใช้ระบุกลุ่มเปราะบาง/กลุ่มเสี่ยง (Human Vulnerability) ที่อยู่ภายในขอบเขตพื้นที่เสี่ยงที่ได้จากการจำลองสถานการณ์การรั่วไหลของสารเคมีจากการศึกษาพบว่าข้อมูลและการจัดลำดับกลุ่มเปราะบาง/กลุ่มเสี่ยง ภายในพื้นที่เสี่ยงจากสถานการณ์การรั่วไหลของสารเคมี สามารถนำไปใช้ปรับปรุง การจัดเตรียมอุปกรณ์ บุคลากร และเส้นทาง รวมทั้งความพร้อมของหน่วยงานในการจัดการภาวะฉุกเฉินสารเคมี เพื่อให้การช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงต่างๆมีประสิทธิภาพ (Usadee, 2016) การประยุกต์ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์เพื่อการวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงภัยสารอินทรีย์ระเหยง่าย เป็นการศึกษาพื้นที่เสี่ยงภัย และผลกระทบจากการแพร่กระจายของสารอินทรีย์ระเหยง่าย ในบรรยากาศโดยทั่วไป โดยใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ พบว่าในพื้นที่จังหวัดระยองมีการแพร่กระจายของสารอินทรีย์ระเหยง่ายในบรรยากาศทั่วไปค่าเฉลี่ยรายปีที่มีค่าความเข้มข้นเกินค่ามาตรฐานค่าเฉลี่ย 12 เดือน (Moving Average) มีหมู่บ้านอยู่ในขอบเขตพื้นที่เสี่ยงภัยระดับเสี่ยงมากที่สุดจากสารอินทรีย์ระเหยง่ายที่เกินค่ามาตรฐานจำนวน 4 ชนิด 158 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 38.92 ซึ่งเป็นอัตราความเสี่ยงที่สูงและเป็นปัญหาที่สำคัญของหน่วยงานในท้องถิ่นที่ควรให้ความสำคัญและเฝ้าระวังภัยจากสารอินทรีย์ระเหยง่ายในเขตพื้นที่จังหวัดระยอง (Thanyarat, & Jirakajohnkool, 2014)

สรุป

ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (Geographic Information System; GIS) เป็นเครื่องมือที่นำแผนที่ (Geographic) มาทำงานร่วมกับฐานข้อมูล (Data Base) ให้กลายเป็นข้อมูลเชิงพื้นที่ (Spatial Data) สามารถแสดงและรายงานผลข้อมูล ด้วยระบบคอมพิวเตอร์ โดยอ้างอิงตามลักษณะข้อมูลในระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ ได้แก่ 1) การนำเสนอแบบจุด (Point) 2) การนำเสนอแบบเส้น (Line) และ 3) การนำเสนอแบบพื้นที่ (Polygon) การประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ในงานสาธารณสุข ด้านระบาดวิทยา ใช้การควบคุมโรคติดต่อ การพยากรณ์โรคสามารถติดตามแนวโน้มการกระจายตัวของโรค ความสัมพันธ์ ระหว่าง สถานที่ เวลา และบุคคล ได้ด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ในการสร้างแผนที่โรค เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์แต่ละปัจจัย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปฏิบัติงานด้านนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุข ใช้ติดตามแนวโน้มข้อมูลสำหรับผู้บริหาร และสามารถนำเสนอข้อมูลต่างในรูปสารสนเทศที่ทันสมัยสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องได้ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย ใช้ในการสร้างแบบจำลองต่างๆ เพื่อวางแผนสำหรับการดำเนินงาน เพื่อความปลอดภัยต่อสุขภาพของประชากร

ข้อเสนอแนะ

ในปัจจุบันมีการนำระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์มาประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น แต่ยังไม่แพร่หลายมากนัก หน่วยงานที่มีองค์ความรู้ทางด้านระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ควรเปิดช่องทางให้มีการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุขเพื่อนำไปสู่การพัฒนาอย่าง



ยั่งยืนตามสาระสำคัญในแผนปฏิบัติการที่ 21 (Agenda 21) โดยให้เกิดความสมดุลทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม เทคโนโลยีด้านการจัดการสารสนเทศเชิงพื้นที่ (Geospatial Technology)

References

- Anderson, D. J., Rojas, L. F., Watson, S., Knelson, L. P., Pruitt, S., Lewis, S. S., et al (2017). Identification of Novel Risk Factors for Community-Acquired Clostridium Difficile Infection Using Spatial Statistics and Geographic Information System Analyses. *PloS one*, 12(5).
- Barcus, H. R., & Halfacree, K. (2018). *An Introduction to Population Geographies: Lives Across Space*. Abingdon, Oxon: Routledge.
- Cuadros, D. F., Li, J., Branscum, A. J., Akullian, A., Jia, P., Mziray, E. N., et al. (2017). Mapping the Spatial Variability of HIV Infection in Sub-Saharan Africa: Effective Information for Localized HIV Prevention and Control. *Scientific Reports*, 7(1).
- Fujita, M., Sato, Y., Nagashima, K., Takahashi, S., & Hata, A. (2017) Impact of Geographic Accessibility on Utilization of the Annual Health Check-Ups by Income Level in Japan: A Multilevel Analysis, *PLoS One*, 12(5).
- Jaraeprapal, U., & Aekwarangkoon S. (2008). Geographic Information System Development for Community Health Promotio. *Thai Journal of Nursing Council*, 23(3), 50-60. (in Thai)
- Jirakajohnkool, S., Junkaew, N., Oumkratum, S., & Klawwikarn, P. (2011). Geo-Informatics for Increasing Healthy Cities Project Efficiency and Service Zone, Nakhon Si Thammarat Province. *Thai Science and Technology Journal*, 2(19), 64-74. (in Thai)
- Kongmung, K. (2010). Application of Geographic Information System of Epidemiological Surveillance. *Built Environment Inquiry Journal Faculty of Architecture Khon Kaen University, Thailand*, 9(1), 76-89. (in Thai)
- Korpayakkhin, T., Tipayamonkholgul, M., & Areechokchai, D. (2018). *Spatial Autocorrelation of Dengue Fever at Village Level in Tak Province, 2014-2016. Paper Presented at the 16th National Conference on Public Health, Mahidol*. Retrieved September 1, 2019 from https://www.ph.mahidol.ac.th/phep/Present_Teerawadee2018.pdf
- Li, M., Li, R., Shen, Z., Li, C., Liang, N., Peng, Z., et al, (2017). Spatial Distribution of HIV, HCV, and Co-Infections among Drug Users in the Southwestern Border Areas of China (2004-2014): a Cohort Study of a National Methadone Maintenance Treatment Program. *BMC Public Health*, 17(1).
- Li, Y., Wang, J., Gao, M., Fang, L., Liu, C., Lyu, X., et al (2017). Geographical Environment Factors and Risk Assessment of Tick-Borne Encephalitis in Hulunbair, Northeastern China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(6).
- Lyseen, A. K., Nøhr, C., Sørensen, E. M., Gudes, O., Geraghty, E. M., Shaw, N. T., et al, (2014). A Review and Framework for Categorizing Current Research and Development in Health Related Geographical Information Systems (GIS) Studies. *Yearbook of Medical Informatics*, 9(1), 110-124.
- Malek Mohammadi, T., Derakhshani, R., Tavallaie, M., Raoof, M., Hasheminejad, N., & Haghdooost, A. A. (2017). Analysis of Ground Water Fluoride Content and its Association with Prevalence of Fluorosis in Zarand/Kerman: (Using GIS). *Journal of Dental Biomaterials*, 4(2), 379-386.



- Musa, G. J., Chiang, P. H., Sylk, T., Bavley, R., Keating, W., Lakew, B., et al (2013). Use of GIS Mapping as a Public Health Tool-From Cholera to Cancer. *Health Services Insights*, 6, 111-116.
- Nyandwi, E., Veldkamp, A., Amer, S., Karema, C., & Umulisa, I. (2017) Schistosomiasis Mansonii Incidence Data in Rwanda can Improve Prevalence Assessments, by Providing High-Resolution Hotspot and Risk Factors Identification. *BMC Public Health*, 17(1).
- Peterson, J. (2017). The Role of Health Information Management Professionals in the Use of Geographic Information Systems. *Perspectives in Health Information Management*, 14(Summer), 1b.
- Prasartkul, P., & Vapattanawong, P. (2011). *Transitional Point of the Thai Population*. Thailand's Population in Transition : a Turning Point for Thai Society. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.
- Reunthongdee, U. (2015). The Effectiveness of the "Disease Map" in the Community Health Promotion, *Burapha Journal of Medicine*, 2(2), 11-21. (in Thai)
- Sermkarndee, P., Manwicha, J., & Khunchoo, R., (2016). *Risk Areas Analysis of Dengue Fever Using Geographic Information Systems, Hatyai District, Songkhla Province*. Paper presented at the The 10th Hatyai National and International Conference, Hatyai University.
- Shiode, N., Shiode, S., Rod-Thatcher, E., Rana, S., & Vinten-Johansen, P. (2015). The Mortality Rates and the Space-Time Patterns of John Snow's Cholera Epidemic Map. *International Journal of Health Geographics*, 14, 21.
- Stopka, T. J., Goulart, M. A., Meyers, D. J., Hutcheson, M., Barton, K., Onofrey, S., et al, (2017). Identifying and Characterizing Hepatitis C Virus Hotspots in Massachusetts: a Spatial Epidemiological Approach. *BMC Infectious Diseases*, 17(1), 294.
- Thanyarat, C., & Jirakajohnkool S. (2014). Geographic Information Systems Application for Volatile Organic Compounds (VOCs) Risk Zone Analysis, in Rayong Province. *Thai Journal of Science and Technology*, 3(3), 160-172 (in Thai)
- Tipayamongkhogul, M. (2012). Spatial Epidemiology in Public Health. *Journal of Public Health*, 42(3), 44-54. (in Thai)
- Usadee, C. (2016). *Applied Geographic Information Systems (GIS) for Management Human Vulnerability to Chemical Disaster in an Industrial Estate of Banchang District* (Independent study master of public health). Thammasat University, Pathum Thani. (in Thai)
- Wang, W., Winner, M., & Burgert-Brucker, C. R. (2017). Limited Service Availability, Readiness, and Use of Facility-Based Delivery Care in Haiti: A Study Linking Health Facility Data and Population Data. *Global Health, Science and Practice*, 5(2), 244-260.
- WHO. (2010). *Monitoring The Building Blocks of Health System: a Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies*. Switzerland: WHO Document Production Services.

ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง Depression: an Important Mental Health Problem among Elderly with Hypertension

อรทัย แก้วมหากาฬ^{1*} และ ดารารัตน์ อยู่เจริญ²

Oratai Kaewmahakan^{1*} and Dararat Yucharoen²

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา^{1*}, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครสวรรค์²

Boromarajonani College of Nursing Songkhla^{1*}, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Sawan²

(Received: December 11, 2018; Revised: September 09, 2019; Accepted: September 09, 2019)

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบไปด้วยปัจจัยที่เกิดจากความสูงอายุนอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง สำหรับปัจจัยที่เกิดจากความสูงอายุนอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ทำให้มีโรคประจำตัว ต้องใช้ยาประจำ ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ และการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม ส่วนปัจจัยที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานยาลดความดันโลหิต การเผชิญอาการและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมีอาการของภาวะซึมเศร้าเหมือนกับผู้สูงอายุทั่วไป ได้แก่ รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง คิดลบต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม แยกตัว เป็นต้น สำหรับแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในคลินิกโรคเรื้อรังซึ่งจะสามารถป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และการดูแลเอาใจใส่ของครอบครัว บทความนี้นำเสนอเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบ และแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและลดผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งจากภาวะซึมเศร้า และการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ, ความดันโลหิตสูง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: oratai.52@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 086-9570790)

Abstract

Depression is a common psychological illness in the elderly with hypertension. There are risk factors associated with the ageing process as well as with hypertension. As for the ageing process, factors are: 1) physical changes as cause of underlying disease, 2) the use of medication, 3) the ability to perform activities, 4) psychological and social change. For factors of illness with hypertension, they include the use of antihypertensive medication, confrontation with symptoms and hypertension complication, and difficulties in modifying lifestyle. The elderly with hypertension have the same symptoms of depression as the general elderly. Symptoms of depression include fatigue, loss of energy, negative thought and isolation. The guidelines for prevention of depression in the elderly with hypertension contain depression screening in chronic disease clinic which could prevent severe depression, keeping blood pressure under control and normal level, and family involvement. This article aims to present an awareness of the importance of preventing depression in the elderly with hypertension, mental health promotion which further reduce consequences of both depression and uncontrolled hypertension.

Keywords: Depression, Elderly, Hypertension

บทนำ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ด้านร่างกายนั้นพบว่าผู้สูงอายุมีความเสื่อมของระบบต่าง ๆ ทำให้เกิดโรคได้ง่าย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ซึ่งจากการเจ็บป่วยดังกล่าวส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกท้อแท้ ไร้ค่า ส่วนการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคมในผู้สูงอายุนั้น พบว่าผู้สูงอายุมักพบกับการสูญเสีย ไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส เพื่อน หรือบุคคลใกล้ชิด สูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคม จากการเกษียณจากการทำงาน ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ จากผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย โดยผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13 (Muangpaisan, 2016) และมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สถานภาพการสมรสหย่าหรือแยกกันอยู่ การดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด การทำใจไม่ได้ต่อการสูญเสียคนใกล้ชิดนอนไม่หลับ รายได้ไม่เพียงพอ สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง (Yaiyong, 2010; Jitaree, 2012; Yodkul, 2012) และเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Wold, 2008) โดยโรคเรื้อรังที่พบมากในวัยสูงอายุคือกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (Aroonsang, 2011)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบมากในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งพบได้บ่อยในวัยสูงอายุ มักเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดจากความเสื่อมตามวัย โดยผนังหลอดเลือดแดงจะมีความยืดหยุ่นลดลงและมีความแข็งตัวมากขึ้นส่งผลต่อการทำงานของหัวใจ และไต ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เมื่อป่วยเป็นความดันโลหิตสูงผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบต่าง ๆ มากมาย ไม่ว่าจะเป็น การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นจากการติดตามการรักษา การเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนของโรค ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ส่วนการรับประทานยาลดความดันโลหิตกลุ่มกัณเปตา (Beta-Adrenergic Receptor Blockers) เป็นประจำ (Tham-Aree, 2007) ทำให้รบกวนการหลั่งของสารสื่อประสาท ซึ่งปัจจัยดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 24.41 เมื่อจำแนกชนิดของโรคเรื้อรังพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงมีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 12.6 (Sangiumnaimuang, Aemraj, & Selakat, 2010)

ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีผลกระทบตามมามากมายไม่ว่าจะเป็น การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดส่วนปลาย โรคไตวายเรื้อรัง และจอประสาทตาเสื่อม (Kraipibul, 2012; Ruengkhananaset, 2009) และมีความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ เนื่องจากภาวะซึมเศร้าทำให้ไม่สนใจตัวเอง แยกตัว ไม่สนใจการรับประทาน อาหาร การรับประทานยา ฯลฯ ทำให้ความร่วมมือในการรักษาลดลง (Chabantom, 2007) นอกจากนี้หากมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงจะทำให้ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงฆ่าตัวตายได้ ซึ่งจากสถิติการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ พบว่าร้อยละ 90 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Thongtang, 2010) จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงทั้งจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงและจากภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งจากบุคลากรสาธารณสุขและครอบครัว

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง ผลกระทบ และแนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีไม่เกิดผลกระทบทั้งจากภาวะซึมเศร้าและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

1. ปัจจัยด้านความสูงอายุ ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่เกี่ยวกับความสูงอายุ มีดังต่อไปนี้

1.1 โรคประจำตัว ภาวะสูงอายุทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ ไปในทางที่เสื่อมลง ผู้สูงอายุจึงเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้ง่าย เช่น โรคความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมักเกิดจากผนังหลอดเลือดแดงที่หนาขึ้นจากการสะสมของไขมันและแคลเซียม ทำให้หลอดเลือดตีบแคบ ขาดความยืดหยุ่น และขยายตัวไม่ดี (Jamkrajang, 2015) โรคสมองเสื่อม และโรคพาร์กินสัน เกิดจากการฝ่อลีบของสมองทำให้จำนวนเซลล์สมอง และเซลล์ประสาทลดลง ส่งผลต่อการสร้างสารสื่อประสาท (Wold, 2008) และโรคเบาหวาน ซึ่งเกิดจากตับอ่อนผลิตอินซูลินน้อยลง และความเสื่อมของตัวรับอินซูลินบริเวณเนื้อเยื่อต่างๆ ทำให้ไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้ (Nantasupawat, 2009) จากการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุต้องรักษาต่อเนื่องและยาวนาน มีค่าใช้จ่ายสูง เกิดความพิการทั้งจากความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรค รวมทั้งยังทำให้รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว เกิดภาวะเครียด ท้อแท้ หดหู่กำลังใจ รู้สึกไม่มีค่า จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Unnapirak, 2009; Nantasupawat, 2009) จากการศึกษาของ Klinwichit, Klinwichit, Inchai & Klinwichit (2015) พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังจะมีความเครียดระดับสูง ร้อยละ 21.62 และมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้เนื่องจากภาวะเครียดจะทำให้การหลั่งสารสื่อประสาทเสียสมดุลจึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

1.2 ยาที่ใช้ประจำ จากภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุซึ่งมักเกิดเนื่องจากความเสื่อมด้านร่างกายตามวัยตามที่กล่าวมาแล้วจึงทำให้จำเป็นต้องรักษาด้วยยา แต่จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากภาวะสูงอายุทำให้ความสามารถในการกำจัดยา การขับยาออกจากร่างกาย และการทำหน้าที่ของตัวกรองกั้นระหว่างเลือดและสมอง (Blood Brain Barrier) ลดลง (Ananchaisarp, 2015) ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้ง่าย โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ซึ่งยาเหล่านี้ ได้แก่ ยาแก้ปวด ยาต้านการอักเสบ ยารักษาโรคพาร์กินสัน ยารักษาโรคกระเพาะอาหาร ยาต้านมะเร็ง (Aroonsang, 2011) และยารักษาความดันโลหิตสูงกลุ่มกัณเปตา (Beta-Adrenergic Receptor Blockers) (Tham-Aree, 2007)

1.3 ความสามารถในการทำกิจกรรม ปัญหาด้านการเคลื่อนไหวในวัยสูงอายุ มักเกิดจากความเสื่อมของกระดูกและข้อ และระบบประสาทที่ควบคุมการเคลื่อนไหว สำหรับปัญหาที่เกิดจากกระดูกพบว่า ผู้สูงอายุจะเกิดกระดูกหักได้ง่ายเนื่องจากความแข็งแรงของกระดูกลดลง ทั้งจากการสูญเสียแคลเซียม และการดูดซึมแคลเซียมลดลง (Thongcharoen, 2011) ส่วนความเสื่อมของข้อนั้นพบว่า มีการทำลายของกระดูกอ่อนผิวข้อ ทำให้ความยืดหยุ่นของข้อลดลง (Boonchun, 2009; Pankong, 2010) เป็นผลให้เกิดอาการปวดข้อเรื้อรัง หรือ

มีความพิการจากการไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อได้ตามปกติ (Kraipibul, 2011) ส่วนปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงระบบประสาทพบว่า เกิดจากความเสื่อมของผนังหลอดเลือดแดง ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีอาการแขนขาอ่อนแรง และไม่สามารถทรงตัวได้ตามปกติ (Puwarawuttipanit, 2009) จะเห็นว่า อาการปวด และความพิการ จากความเสื่อมของกระดูกและข้อ และระบบประสาทที่ควบคุมการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่างๆ ได้น้อยลง ไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเข้าสังคม ทำให้รู้สึกไม่มีคุณค่า ถูกแยกจากสังคม ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง จึงเกิดภาวะซึมเศร้าได้ จากการศึกษาของ Yodkul (2012) พบว่าภาวะทุพพลภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ส่วน Jitaree (2012) ศึกษาพบว่าความสามารถในการทำวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

1.4 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ การที่ผู้สูงอายุมีการสูญเสียคู่ชีวิตหรือคนรัก การเกษียณอายุการทำงาน ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตตามสภาพที่เปลี่ยนแปลงไป จากเดิมที่เคยมีคนที่รู้ใจหรือเพื่อนสนิท หรือมีคนรู้จักมากมาย เมื่อสูญเสียไปทำให้ขาดเพื่อนคุย ขาดที่ปรึกษา ทำให้เกิดความเหงา เดียวดาย

1.5 การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม จากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้บทบาทของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย จากเคยเป็นหัวหน้าครอบครัวเปลี่ยนมาเป็นสมาชิกในครอบครัว ลูกหลานไม่ให้ความสำคัญเคารพนับถือ และไม่สามารถตามเทคโนโลยีหรือสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันได้ทัน ก่อให้เกิดความเครียด ความขัดแย้งในใจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

2. ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย ได้แก่ ยารักษาความดันโลหิตสูง การเผชิญอาการของโรค/ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 ยารักษาความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องได้รับยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง แต่ยารักษาความดันโลหิตสูงบางกลุ่มทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เช่น กลุ่มกั้นเบตา (Beta-Adrenergic Blocker) (Tham-Aree, 2007) ยาปิดกั้นแอลฟาวันแอดรีเนอร์จิก (Alpha 1- Adrenergic Blockers) (Singhun, 2006) โดยเฉพาะโพรพานอลอล (Propranolol) และเมโทโพรลอล (Metoprolol) ซึ่งละลายได้ดีในไขมันจึงซึมผ่านไปสู่สมองได้ง่าย (Jongtrakul, 2014) ทำให้รบกวนการหลั่งของสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงของยาลดความดันโลหิต ไม่ว่าจะเป็นการถ่ายปัสสาวะบ่อย จากยากลุ่มขับปัสสาวะ (Diuretics) อาการไอแห้ง ๆ จากยากลุ่มยับยั้งการเปลี่ยนเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors) อาการท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ จากยากลุ่มต้านแคลเซียม (Calcium Channel Blockers) (Thupairua, 2009) อาการหน้ามืดจากความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าจากยากลุ่มขยายหลอดเลือด (Vasodilator) (Puwarit, Hergkhuntod, & Tangbandit, 2006) ซึ่งอาการต่างๆ เหล่านี้ทำให้รู้สึกไม่สุขสบาย วิตกกังวล และรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2.2 การเผชิญอาการของโรค/ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงจะมีอาการและอาการแสดงหลายอย่างขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของระดับความดันโลหิต ในระยะแรกที่มีความดันโลหิตเริ่มสูงจะมีอาการปวดมึนท้ายทอย ตึงบริเวณต้นคอ วิงเวียน โดยอาการจะเป็น ๆ หาย ๆ มีอาการขณะตื่นนอน (Carline, 2010) หลังจากนั้นอาการจะทุเลาลง เมื่อระดับความดันโลหิตสูงขึ้นพบว่าจะมีอาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ปวดศีรษะ วิงเวียน ตาพร่ามัว อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เจ็บหน้าอก และหอบเหนื่อย (Tongcharoen, 2011) ซึ่งอาการเหล่านี้ทำให้เกิดความเครียด และวิตกกังวลส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เนื่องจากมีข้อจำกัดในการควบคุมความดันโลหิต ไม่ว่าจะเป็นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต หรือการรับประทานยา นอกจากนี้ การเสื่อมตามวัยในวัยสูงอายุ เช่น การตีบแข็งหลอดเลือดก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรค

หลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจล้มเหลว โรคไตวายเรื้อรัง ประสาทตาเสื่อม และหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดกั้น (Touhy, & Jett, 2014) เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ต้องมีการรักษาที่ซับซ้อน ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ทำให้เกิดความพิการ ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (Inthana, Chaiyoyingyong, Wongyara, Khumthana, & Sriyothin, 2010) ทำให้รู้สึกไม่มีคุณค่า หมดหวังในชีวิต ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2.3 การเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตเพื่อช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต ทำให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการใช้ยา จากการที่ต้องเคร่งครัดในการดำเนินชีวิต ไม่ว่าจะเป็นด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการผ่อนคลายความเครียด (Thai Hypertension Society, 2015) ล้วนสร้างความกดดัน ความยุ่งยากลำบากใจให้แก่ผู้สูงอายุทั้งสิ้น เนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตดังกล่าว ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

จะเห็นได้ว่าปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมีทั้งปัจจัยที่เกิดจากความสูงอายุ และปัจจัยจากความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้สูงอายุไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้แต่สามารถที่จะปรับเปลี่ยนความคิด มุมมอง และพฤติกรรมเพื่อให้สามารถเผชิญกับปัจจัยเหล่านี้ได้

อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงจะมีอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุทั่วไปที่มีภาวะซึมเศร้า โดยแบ่งเป็น 5 ด้านดังต่อไปนี้ (Thongcharoen, 2011)

1. ด้านอารมณ์ ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอารมณ์เศร้าสร้อย หดหู่ สะเทือนใจง่าย บางครั้งร้องไห้โดยไม่มีสาเหตุ อ่อนไหวง่าย ไม่สดชื่นแจ่มใส เบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร หงุดหงิด ฉุนเฉียวก้าวร้าว
2. ด้านความคิด ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้าจะคิดลบต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม คิดตำหนิตัวเอง คิดว่าตัวเองไร้ค่า ย่ำแย่ มองอะไรรู้สึกแย่ไปหมด และมีความคิดอยากตาย
3. ด้านความจำและสมาธิ ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้าจะหลงลืมง่าย จำอะไรไม่ค่อยได้ เหม่อลอย ไม่สามารถทำอะไรที่ต่อเนื่องได้เนื่องจากไม่มีสมาธิ
4. ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ทำให้น้ำหนักลด นอนไม่หลับหรือหลับ ๆ ตื่น ๆ ใจสั่น หายใจลำบาก ปวดท้อง แน่นอึดอัดท้อง
5. ด้านสัมพันธภาพ ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นแย่ลง โดยจะแยกตัว เก็บตัวตามลำพัง ไม่สนใจผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมรอบตัว เคยสนใจอะไรก็ไม่สนใจอีกต่อไป

อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง และผู้สูงอายุทั่วไปมักจะแตกต่างกัน สามารถสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงได้ง่ายไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์ ความคิด ความจำ ร่างกาย และสัมพันธภาพ

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ดังนี้

1. การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้ามักไม่สนใจในการติดตามอาการที่ผิดปกติของตนเอง ไม่ออกกำลังกาย ไม่สนใจติดตามผลการรักษา ละเลยการรับประทานยาและการรักษา และขาดแรงจูงใจในการให้ความร่วมมือในการรักษา (Unnapirak, 2009; Aroonsang, 2011; Tongcharoen, 2011) ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงได้ง่ายขึ้น

2. ด้านเศรษฐกิจ เมื่อมีอาการซึมเศร้า ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องรักษากับจิตแพทย์ โดยการรักษาและกิจกรรมบำบัดอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ควบคุมโรคและการรักษาที่มีประสิทธิภาพ จึงต้องมี

ค่าใช้จ่ายทั้งค่ารักษา ค่าเดินทาง ผู้ดูแลต้องหยุดงานเพื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ ทำให้ต้องสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งของครอบครัวและประเทศชาติ

3. การฆ่าตัวตาย ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดในแง่ร้าย โดยคิดว่าตนเองเป็นภาระกับผู้อื่น (Nantasupawat, 2009) ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ทำให้ความสามารถในการคิดตัดสินใจ และความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้า มักคิดว่ารักษาไม่หายจึงไม่ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง คิดว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจะเป็นภาระกับลูกหลาน เมื่อเกิดความพิการจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงจึงไม่สามารถแก้ปัญหาที่เหมาะสมได้ อาจจะมีความคิดฆ่าตัวตายตามมา (Muangpaisan, 2016) ซึ่งมีการศึกษาพบว่า ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่ฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้า (Thongtang, 2010)

ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีปัญหาการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ตามมาเนื่องจากละเลยตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ นอกจากนี้ยังส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นเพราะการรักษาภาวะซึมเศร้านั้นต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน สุดท้ายหากภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้น ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงก็จะฆ่าตัวตายตามมา

แนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

1. การคัดกรองภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงต้องได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในคลินิกโรคเรื้อรังขณะที่มาติดตามการรักษา โดยพยาบาลประจำคลินิก สำหรับแบบประเมินที่ใช้ ได้แก่ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) หากพบความผิดปกติจะสามารถรักษาได้ทันทั่วทั้งที่ไม่เกิดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

2. การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงต้องควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงโดยการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ได้แก่ การพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง งดรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงและอาหารรสเค็มโดยลดเกลือโซเดียมไม่ให้เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน และ งดสูบบุหรี่และดื่มสุรา ควบคุมน้ำหนักตัวโดยให้ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5-22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และผ่อนคลายความเครียดโดยทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ฯลฯ

3. การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางอารมณ์ มองตนและโลกในแง่ดี ส่งผลให้เห็นคุณค่าของตัวเองและผู้อื่นซึ่งเป็นประเด็นหนึ่งในแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลัก 3 อ. (Waichompu, Boontud, & Singweratham, 2019) ร่วมกับการส่งเสริมให้ควบคุมความดันโลหิตโดยมีแนวทางดังต่อไปนี้

3.1 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงได้มีการปรับตัวในการเผชิญกับโรคความดันโลหิตสูง และบทบาทหน้าที่ในครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป

3.2 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงได้ทำกิจกรรมในชุมชน เช่น การเข้าชมรมผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย กิจกรรมจิตอาสา เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้เห็นคุณค่าของตนเอง

3.3 ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวโดยการทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น รับประทานอาหารร่วมกัน การเดินทางท่องเที่ยว การปฏิบัติศาสนกิจ เป็นต้น

3.4 ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวได้แสดงออกถึงการให้คุณค่ากับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง การเคารพนับถือ การให้เป็นที่ปรึกษาในเรื่องต่าง ๆ

3.5 คอยสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง เช่น แยกตัว ไม่พูดคุย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ฯลฯ

ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงนั้น ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต้องร่วมมือกัน ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ต้องคัดกรองภาวะซึมเศร้า ส่วนตัวผู้สูงอายุเองก็ต้องควบคุมความดันโลหิตให้

อยู่ในเกณฑ์ปกติโดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต สำหรับผู้ดูแล/ครอบครัวต้องส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของตัวเอง มีความมั่นคงทางอารมณ์ มองตนและโลกในแง่ดี ตลอดจนสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ เป็นต้น

บทสรุป

ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายโดยมีปัจจัยที่เกิดจากความสูงอายุนอกจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยผลกระทบที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ การสูญเสียทางเศรษฐกิจจากรักษาทั้งภาวะซึมเศร้าและโรคแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง และอาจจะฆ่าตัวตายได้หากมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้น แนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงสามารถทำได้โดยการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในคลินิกโรคเรื้อรัง และการดูแลเอาใจใส่ของครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายเนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ ซึ่งการคัดกรองตั้งแต่เริ่มต้นจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง ดังนั้นบุคลากรด้านสาธารณสุขต้องคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงเมื่อมาติดตามผลการรักษา และต้องแนะนำแก่ครอบครัวให้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงอย่างใกล้ชิด และรีบพามาพบแพทย์เมื่อพบว่าผิดปกติเปลี่ยนแปลงไป เช่น แยกตัว ไม่สนใจตัวเอง นอนไม่หลับ เป็นต้น

Reference

- Ananchaisarp, T. (2015). Appropriate Use of Drug in the Elderly. In Amraklert, W., Fumaneechot, O., Ananchaisarp, T. & Chamroonkeatkut, P. (Eds), *Care of Aging Disabled and Palliative in Primary Care* (pp.47-88). Bangkok: Sahamitpattanakarnpim. (in Thai)
- Aroonsang, P. (2011). *Nursing of Important Problem in Elderly: Application*. Khon Kaen: Klangnanavittaya. (in Thai)
- Boonchun, N. (2009). *Joint Pain Degenerative Arthritis: Nursing Application*. (2nd ed.). Bangkok: N.P. Press. (in Thai)
- Carline, C. L. (2010). *Cardiovascular Care*. London: Lippincott Williams & Wilkin.
- Chabantom, R. (2007). *Effect of Depression on Medication Adherence and Glycemic Control in Patients with Type 2 Diabetic*. Master Degree of Clinical Pharmacy, Chulalongkorn University, Bangkok. (in Thai)
- Inthana, J., Chaiyoyingyong, R., Wongyara, N., Khumthana, P., & Sriyothin, B. (2010). *Self- Health Care Behaviours of Elderly with Hypertension Ratchaburi Province*. Ratchaburi: Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi. (in Thai)
- Jamkrajang, T. (2015). Physical Change. In Jamkrajang, T. & Kumthaweepon, P. (Eds.), *Gerontological Nursing* (pp.1-24). Bangkok: TSB Products. (in Thai)
- Jitaree, B. (2012). *The Factors Influencing Depression Among the Elderly at a Community in Nakhon Pathom Province*. Master of Nursing Science Thesis in Community Nurse in Practitioner, Christian University, Nakhon Pathom. (in Thai)
- Jongtrakul, P. (2014). *Rational Drug Use in Diabetes Mellitus and Hypertension*. (2nd ed.). Bangkok: Wattanakarnpim. (in Thai)



- Klinwichit, S., Klinwichit, W., Inchai, P., & Klinwichit, P. (2015). Mental Health Evaluation of the Elderly with Chronic Illness in Community: Saensuk Municipality, Chonburi Thailand. *BJM*, 2(1), 21-23. (in Thai)
- Kraipibul, P. (2011). *Disease of Muscle Bone & Joint*. Bangkok: Amarin Printing & Publishing. (in Thai)
- Kraipibul, P. (2012). *Cardiovascular Disease*. Bangkok: Amarin Printing & Publishing. (in Thai)
- Muangpaisan, W. (2016). *Know and Understand in the Elderly Health and Dementia*. Bangkok: V Print. (in Thai)
- Nantasupawat, W. (2009). *Gerontological Nursing Challenges in Aging Population*. (2nd ed.). Khon khaen: Khon khaen Karnpim. (in Thai)
- Pankong, O. (2010). *Gerontological Nursing*. (2nd ed.). Bangkok: Thanapress.
- Puwarawuttipanit, W. (2009). *Nursing Care of Neurovascular Disease*. Bangkok: N P Press. (in Thai)
- Puwarit, P., Hergkhuntod, P., & Tangbundit, P. (2006). *Pharmacology Version 3*. (2nd ed.). Bangkok: Prachumchang. (in Thai)
- Ruengkhanaset, P. (2009). Hypertension. In Sathirapod, B. (Ed.), *Symptom in Medicine* (2nd ed. pp. 256-270). Bangkok: Namaksornkarnpim. (in Thai)
- Singhun, A. (2006). Antihypertensive Drugs. In Puwarit, P., Hergkhuntod, P. & Tangbundit, P. (Eds.), *Pharmacology Version 3*, (2nd ed., pp. 317-348). Bangkok: Prachumchang. (in Thai)
- Sangiumnaimuang, P., Aemraj, S., & Selakat, J. (2010). *Report of Research Depression in Elderly in Huatale Sub-District Muang District Nakhon Ratchasima Province*. Nakhon Ratchasima: Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima.
- Thai Hypertension Society. (2015). *Guidelines in Treatment of Hypertension*. Retrieved from <http://www.thaihypertension.org/guideline.html>
- Tham-aree, S. (2007). Antihypertensive Drug. In Faculty of Pharmacology (Eds.), *Pharmacology*, (pp. 246-261). Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)
- Thongcharoen, W. (2011). *Science & Art in Geriatric Nursing*. Bangkok: Faculty of Nursing Mahidol University. (in Thai)
- Thongtang, O. (2010). *Depression and Suicide*. Bangkok: Department of Psychiatry Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University. (in Thai)
- Thupairua, P. (2009). *Handbook of Drugs*. (2nd ed.). Bangkok: N. P. Press. (in Thai)
- Touhy, T. A., & Jett, K. F. (2014). *Gerontological Nursing & Healthy Aging* (4th ed.) St. Louis, Missouri: Mosby.
- Unnapirak, L. (2009). *Gerontological Nursing: Neurological Problem and Other*. (2nd ed.). Bangkok: Boonsirikarnpim. (in Thai)
- Waichompu, N., Boontud, R. and Singweratham, N. (2019). Elderly Health Promotion by Three Main Concepts. *The southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(2), 262-269. (in Thai)
- Wold, G. H. (2008). *Basic Geriatric Nursing* (5th ed.). St. Louis, Missouri: Mosby.
- Yaiyong, O. (2010). *Depression and Grief of the Elderly at the Elderly Association in Nonthaburi Province*. Master Degree of Science Program in Mental Health, Chulalongkorn University, Bangkok. (in Thai)



Yodkul, S. (2012). *Predictive Factors of Depression Among Older People with Chronic Disease in Burirum Hospital*. Master of Nursing Science Thesis in Gerantological Nursing, Khon Khaen University, Khon Khaen. (in Thai)



คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

กองบรรณาธิการ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านการสอน การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์ เผยแพร่ทั้งนี้ ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร ฯ

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง และ ลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์
3. บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ และปกิณกะ

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการ อ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรง กับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ตอบบทคัดย่อ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16
7. การใช้ตัวเลขคำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
8. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้
 - บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
 - บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)



- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
 - การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- References

9. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (Abstract)
- บทนำ (Introduction)
- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ตองการนำเสนอตามลำดับ
- สรุป (Conclusion)
- ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
- References

10. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 5th Edition โดย ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <https://www.wooster.edu/psychology/apa-crib.html>.

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้ระบบนาม- ปี (Name – year system) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., ดังตัวอย่าง

(Nawsuwan, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, & Singsri, 2015)



(Nawsuwan, Chotibun, Singsri, Singhasem, Suwannaraj, Janpes et al, 2015)
การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม-ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” กรณีชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษเช่น
Bandura (1991) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม”...
“พยาบาลจึงจะต้องเป็นนักคิด และมีการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ความสงสัยที่เกิดขึ้นตลอดเวลา” (Kunaviktikul, 2007)
สอดคล้องกับการศึกษาของ Nawsuwan (2017)

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “et al.” สำหรับบทความ หนังสือ หรือเอกสาร ที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in thai) ดังตัวอย่าง

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Songkhla*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

Fraenkel, R. J., Wallen, E. N., & Hyun, H. H. (2012). *How to Design and Evaluate Research in Education*. (8th ed). New York: McGraw-Hill.

2. ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

Praboromarajchanok Institute of Health Workforce Development. (2013). *Collection of Academic Performance in Humanized Service Mind*. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

3. การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

Waite, J. (2011). “Information and Documentation. In Potter, A. P., Perry, G. A., Stockert, A. P. & Hall, A.” *Basic Nursing Challenge*. (pp. 142-164). Missouri: Mosby/Elsevier.

4. การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต

Heubecke, E. (2008). *The New Face of Nursing: Expanding Patient Advocacy with Leadership, Creativity, and Vision*. Johns Hopkins Nursing Magazine. Retrieved November 3, 2013 from <https://magazine.nursing.jhu.edu/>.



5. การอ้างอิงจากวารสาร

Sheiham, A. (2006). Dental Caries Affects Body Weight, Growth and Quality of Life in Pre-School Children. *British Dental Journal*, 201(10), 625-626.

6. วิทยานิพนธ์

Nawsuwan, K. (2015). *Indicators Development of Nursing Students's Identities in Nursing Colleges, Ministry of Public Health*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Doctor of Education Degree in Educational Administration Faculty of Education and Liberal Arts, Hatyai University. (in Thai).

การส่งบทความ

ส่งบทความผ่านเว็บไซต์ <https://www.tci-thaijo.org/> และส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์มาที่ sc.net.journal@gmail.com หรือ jock2667@gmail.com



แบบฟอร์มการส่งบทความวิจัย/บทความวิชาการ
วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

.....ระบุที่อยู่.....

.....ระบุที่อยู่.....

.....ระบุวันที่.....

เรื่อง ขอส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข
ภาคใต้

เรียน บรรณาธิการวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบฟอร์มส่งบทความ/ใบสมัครสมาชิก/แบบรับรองบทความจากวิทยานิพนธ์

ด้วยข้าพเจ้า.....ตำแหน่งงาน/หน่วยงาน หากเป็นนิสิตให้ระบุ
สาขา/คณะ/มหาวิทยาลัย.....ขอส่งบทความจำนวน.....เรื่อง.....
ดังรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้ เพื่อนำตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการ
สาธารณสุขภาคใต้

ในการนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความที่ข้าพเจ้าได้ส่งมานี้ ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใด ๆ มา
ก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใด ๆ ทั้งสิ้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....
โทรสาร.....
e-mail.....



ของผู้เขียนเพื่อสะดวกในการติดต่อ