

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้
The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health



วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้
ผ่านการรับรองคุณภาพ TCI กลุ่มที่ 1 (พ.ศ.2563-2567)
ISSN 2408-1051 (Print)
ISSN 2651-2270 (Online)



<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet>



วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2566

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. 0-7431-1890 ต่อ 623 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 10 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2566

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ	
ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร ศาสตราจารย์ พญ.วนิดา ชื่นกองแก้ว อาจารย์ ดร.ศุภพร เพชรเรียง อาจารย์ ดร.ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง อาจารย์สุทัศน์ เหมทานนท์ อาจารย์ ดร.วิชาญ ภิบาล อาจารย์สุนทร ปราบเขต	ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย รองศาสตราจารย์ ดร.กฤษดา รัตนสังธรรม รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา จรจิตร รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ อารีเอื้อ รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต รองศาสตราจารย์ ดร.สุรชาติ ณ หนองคาย รองศาสตราจารย์ ดร.โยธิน แสงดี รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ปญญพัฒน์ ไชยมะลิ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงษ์เทพ สุธีระวุฒิ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พูนสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธุ์	มหาวิทยาลัยคริสเตียน ประธานกรรมการหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา สำนักโครงการปริญญาเอก มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ สถาบันการจัดการสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล English Language Editor วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
บรรณาธิการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ.ดร.อรุณวรรณ หล้าอุบล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณมล สิงห์ตง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ อาจารย์ ดร.นงษา สิงห์วีธรรม Mr.Patrick Wauters	
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อดิวัฒน์ ศรีเกษตริณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งภา จันทรา อาจารย์ ดร.รณยานิกิต พลศึก อาจารย์ ดร.มาริสา สุวรรณราช อาจารย์ ดร.ณัฐ วอลเตอร์ อาจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร อาจารย์ ดร.ปริยญา ชัยกองเกียรติ อาจารย์ ดร.ปาริฉัตร อุทัยพันธ์	
กองจัดการ	นางสาวกมลวรรณ จันทร์เพ็ช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	
กำหนดออก	ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม	
เจ้าของ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์อย่างน้อยจำนวน 2 ท่าน ต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

บทบรรณาธิการวารสาร

สวัสดี

สมาชิกวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ทุกท่าน วารสารฯ ได้ดำเนินการปรับปรุงการตรวจพิจารณาบทความจากผู้เชี่ยวชาญ (Peer Review) เป็น 3 คน ต่อ 1 บทความ ทำให้ขั้นตอนการทำงานของวารสารมากขึ้น แต่เพื่อคุณภาพของบทความและการนำไปใช้ประโยชน์ ในการขอตำแหน่งทางวิชาการสำหรับอาจารย์ในมหาวิทยาลัยตามที่ ก.พ.อ. กำหนด ความเข้มข้น และคุณภาพ ของงานก็ยิ่งเพิ่มขึ้น

ในปี พ.ศ.2568 ทางวารสารจะต้องรับการประเมินคุณภาพจากศูนย์อ้างอิงดัชนีวารสารไทย (TCI) ในรอบที่ 5 ทั้งนี้เพื่อคุณภาพของวารสาร ทางวารสารฯ ยังคงทำงานกันอย่างเข้มข้นเพื่อคัดสรรผลงานที่มี คุณภาพเข้าตีพิมพ์ในวารสารทั้งการรับผ่านระบบ Thai jo การจัดอบรมการเขียนบทความทางวิชาการเพื่อ ชี้แนะแนวทางการเขียนที่ถูกต้อง การใช้สถิติที่ถูกต้อง ตลอดจนผลงานจากนักศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา เพื่อการพัฒนาศักยภาพทางวิชาการให้กับนักวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพต่อไป



(ดร.กิตติพร นาว์สุวรรณ)

บรรณาธิการ

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

สารบัญ

บทความวิจัย :

- e254160 ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการใช้ดนตรีต่อความ
อยากเสพยาของวัยรุ่นชายที่เสพยาติสารแอมเฟตามีน.....1-14
*The Effects of a New Nursing Care with Music Program Based on King's Theory of
Goal Attainment on Amphetamine Craving among Male Adolescents*
อรพิต มีคลัง, อรรวรรณ หนูแก้ว, วิธนา คั่นฉ่อง
- e255865 การพัฒนาเครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสงขลา
นครินทร์: การทดสอบต้นแบบ.....1-11
*Development of Alarm Equipment for Perioperative Nurses in Songklanagarind
Hospital: Prototype Testing*
กันตพร ยอดไชย, บุปผา ส่งศรีบุญสิทธิ์
- e260483 โมเดลเชิงสาเหตุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลใน
สามจังหวัดชายแดนภาคใต้.....1-15
*A Causal Model of Factors Influencing Quality of Work Life of Professional Nurses
in Hospitals of Three Southern Border Provinces*
ลินีนานา เนาว์สุวรรณ, กาญจนา ศรีสวัสดิ์, สังวรรณ ังดกระโทก
- e261343 ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสุขภาพจิตที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด
ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบุนทริก
จังหวัดอุบลราชธานี.....1-11
*The Relationships among Personal Factors, Stress and Depression Levels, and
Glycemic Control among Uncontrolled Diabetic Patients*
อิทธิศักดิ์ เจริญทรัพย์, นวรัตน์ สิงห์คำ
- e261177 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามของ
นักเรียนระดับมัธยมศึกษา: กรณีศึกษาโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา.....1-14
*Factors Influencing Risk Perceptions and Protective Behaviors of Cosmetic
Product Use among High School Students: A Case Study from Songkhla Province*
ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ, วรินทร์ลดา จันทวีเมือง, สกุนตลา แซ่เตียว, ทิพย์สุคนธ์ กิจรุ่งโรจน์,
จินตวีร์พร แป้นแก้ว, เรวดีศิริ อ่อนรักษ์
- e254962 ปัจจัยด้านจิตวิทยาเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคม ที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการทำงานของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้.....1-12
*Positive Psychological Factors and Social Support Affecting Public Health
Officers' Working Motivation Southern Border Provinces of Thailand*
อัมรัน สาแหละ, พวงสร้อย วรกุล, บุญโรม สุวรรณพาหุ, จิระวัฒน์ ต้นสกุล

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

- e256236 การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
จังหวัดสกลนคร.....1-17
*Development of a Home and Community-Based Self-Care Model for Delaying
Chronic Kidney Disease among Diabetic Patients from Sakon Nakhon Province*
ศศิธรณ ทศนเอี่ยม, นภาพร อินสิน, จิราพร วรวงศ์, พิทยา ศรีเมือง, สุมัทนา กลางคาร
- e258494 ผลของโปรแกรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต่อความตั้งใจและพฤติกรรมป้องกันภาวะ
เบาหวานขณะตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน.....1-14
*Gestational Diabetes among Overweight Pregnant Women: The Effects of a New
Program on Preventive Intention and Behaviors*
จิตติมา คาระบุตร, สนิทราภรณ์ กล่อมยงค์, จาญพัจน์ ศรีพุ่ม, อนงค์พร แก้วทับทิม
- e255588 ประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมใน
สถานการณ์การระบาดของโควิด-19.....1-13
*End Stage Renal Disease (ESRD): Experiences of Patients Receiving Hemodialysis
During Covid-19 Pandemic*
ศิริตรา หนูวิลัย, กันตพร ยอดไชย, วราภรณ์ คงสุวรรณ
- e254416 การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้าน
การเรียนรู้.....1-13
Children with Learning Disability: A New Empowerment Program for Caregivers
กาญจน์ดี แสงสงวน, อรรพรรณ หนูแก้ว, ประกอบ ชาตะรัตน์, ปัทมวรรณ ชันหาญศิริ
- e256573 รูปแบบการพัฒนาจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชน
จังหวัดยะลา.....1-12
*The Model of Volunteer Development for Basic Response to Disaster in the
Community, Yala Province*
เจตน์วิษุวัตม์ บริรักษ์, สุทธิพร มุลศาสตร์, วันเพ็ญ แก้วปาน
- e254332 กลยุทธ์การพัฒนาประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่ 4 อำเภอฝั่ง
ตะวันออก จังหวัดตาก.....1-15
*Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control: New and Efficient Strategies
Applied in Four Districts of Eastern Tak Province*
ขวัญชัย กันทะใจ, รัชนี นิธากร, กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด
- e254820 ปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทาง
จิตร่วม.....1-14
*Substance-Induced Psychosis Disorder: Factors Predicting Caregivers' Capabilities
of Care Operations*
ธิษามณพน์ สวนกระจำง, วินิภาญจน์ คงสุวรรณ, อรรพรรณ หนูแก้ว

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

- e256380 อิทธิพลของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในชีวิต และภาวะซึมเศร้า ต่อการติดสื่อสังคมออนไลน์ของวัยรุ่นในจังหวัดอุบลราชธานี.....1-15
Social Media Addiction among Adolescents: The Influence of Self-esteem, Life-Satisfaction, and Depression
เชาวลิต ศรีเสริม, วิจิตรา จิตรักษ์, โปรยทิพย์ สันตะพันธ์, อีรวิร์ มรกตเขียว

บทความวิชาการ :

- e262072 การจัดการการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่ไม่ทราบสาเหตุในชุมชน.....1-13
Rehabilitation Management in the Community of Patients with Non-Specific Low Back Pain
จิรวัดน์ ทิววัฒนปกรณ์, พงศ์เทพ สุธีรวัฒน์, ทวีศักดิ์ วงศ์กิริติเมธาวิ

ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับ
การใช้ดนตรีต่อความอยากเสพยาของวัยรุ่นชายที่เสพยาผิดสารแอมเฟตามีน
The Effects of a New Nursing Care with Music Program Based on
King's Theory of Goal Attainment on Amphetamine Craving among
Male Adolescents

อรพิศ มีคลัง¹, อรวรรณ หนูแก้ว^{2*}, วีณา คันฉ่อง²

Orapis Meeklung¹, Orawan Nukaew^{2*}, Weena Chanchong²

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์¹, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์^{2*}
Suansaranrom Hospital¹, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University^{2*}

(Received: January 21, 2022; Revised: January 21, 2023; Accepted: March 3, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการใช้ดนตรีต่อความอยากเสพยาแอมเฟตามีน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เสพยาผิดสารแอมเฟตามีนเพศชาย อายุ 18-21 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแผนผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 60 คน แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างด้านอายุกับคะแนนความอยากเสพยาแอมเฟตามีน กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการใช้ดนตรี เป็นกิจกรรมรายบุคคล จำนวน 4 กิจกรรม ๆ ละ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์ 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ 3) แบบประเมินความรู้สึกละ 3 ข้อความเกี่ยวกับความอยากเสพยาแอมเฟตามีน โดยเครื่องมือทั้ง 3 ส่วนผ่านการตรวจสอบตรงเชิงเนื้อหาด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความรู้สึกละ 3 ข้อความเกี่ยวกับความอยากเสพยาแอมเฟตามีน เท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา Chi-Square, Wilcoxon Signed-Ranks Test, Mann-Whitney Test และ Independent t-Test ผลการวิจัย พบว่า

1) คะแนนมัธยฐานของความรู้สึกละ 3 ข้อความเกี่ยวกับความอยากเสพยาแอมเฟตามีนของวัยรุ่นที่เสพยาผิดสารแอมเฟตามีน หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการใช้ดนตรีต่ำกว่าหลังได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z=-4.78$, $p<.001$) และ 2) คะแนนมัธยฐานของความรู้สึกละ 3 ข้อความเกี่ยวกับความอยากเสพยาแอมเฟตามีนของวัยรุ่นที่เสพยาผิดสารแอมเฟตามีนกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการใช้ดนตรีต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z=-6.74$, $p<.001$)

โปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการใช้ดนตรีของวัยรุ่นที่เสพยาผิดสารแอมเฟตามีน สามารถลดความรู้สึกละ 3 ข้อความเกี่ยวกับความอยากเสพยาแอมเฟตามีนได้ ดังนั้นพยาบาลควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในคลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล

คำสำคัญ: โปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการใช้ดนตรี, ความอยากเสพยาแอมเฟตามีน, วัยรุ่นชายที่เสพยาผิดสารแอมเฟตามีน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: orawan.n@psu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 091-8471964)



Abstract

This quasi-experimental two-group pretest-posttest research aimed to examine the effect of nursing care program on amphetamine craving, according to King's theory of goal attainment with music. Participants comprised 60 male adolescents diagnosed by ICD 10, aged 18-21 years, and undergoing treatment as outpatients in a psychiatric hospital of Southern Thailand. The participants were assigned into matched pairs, based on their age and amphetamine craving score of adolescent amphetamine addicts, then allocated to one or other of 2 groups (30 participants/group). Research instruments consisted of: 1) the nursing care according to King's theory of goal attainment with music program, including individual activities (4 activities of 45-60 minutes each, once a week and continually for 4 weeks; 2) a demographic data questionnaire; as well as 3) an amphetamine craving questionnaire. Content validity of 3 instruments was verified by 3 experts. Reliability of the amphetamine craving questionnaire was analyzed using Cronbach's Alpha coefficient, yielding a value of .89. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square, Wilcoxon signed-rank test, Mann-Whitney test, and Independent t-test. The results showed that,

After participating in the program, the median score of amphetamine craving, among adolescents with amphetamine addiction, was significantly lower than that before ($z=-4.78, p<.001$). In addition, the median score of amphetamine craving among adolescents, after participating in the program, was significantly lower than that of participants who were receiving usual care ($z= -6.74, p<.001$).

The results of this new nursing care program, created accordingly with King's theory of goal attainment, with music program, can decrease amphetamine craving among adolescents with amphetamine addiction. Therefore, nurses should implement the program in outpatient clinics at hospitals.

Keywords: Amphetamine Addiction, Male Adolescents, Nursing Care, Amphetamine Craving, King's Theory of Goal Attainment, Music Program

บทนำ

สถิติของเด็กและวัยรุ่นไทยในช่วงปี 2562 พบปัญหาสำคัญอันดับหนึ่ง คือ ปัญหาวัยรุ่นเสพยาเสพติดจำนวน 2.7 ล้านคน โดยพบว่าเยาวชนอายุระหว่าง 15-19 ปีจำนวน 3 แสนคน (Department of Mental Health, 2019) และผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี พบว่ามีจำนวน 47,727 คน โดยกลุ่มช่วงอายุระหว่าง 20-24 ปี มีมากที่สุด จำนวน 1,025 คน และรองลงมาพบช่วงอายุ 15-19 ปี จำนวน 528 คน เมื่อจำแนกถึงชนิดของยาเสพติดที่มีผู้ใช้และเข้ารับการบำบัดรักษามากที่สุดคือ สารแอมเฟตามีน ซึ่งมีถึง ร้อยละ 75.20 (Boromarajonani National Institute for Drug Addiction Treatment and Rehabilitation, 2019) สำหรับสถิติผู้เข้ารับการบำบัด ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ช่วงอายุ 15-21 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2562 จำนวน 222 คน 286 คน และ 297 คน ตามลำดับ (Suansaranrom Hospital, 2020) สำหรับสารแอมเฟตามีนเป็นสารเสพติดที่ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางทำหน้าที่ในการควบคุมสมองส่วนคิดและสมองส่วนอยาก ถ้ามีการเสพต่อเนื่องนาน ๆ จะไปทำลายสมองส่วนคิดทำให้สมองเกิดการรับรู้ที่ผิดปกติการตัดสินใจหรือใช้เหตุผลเสียไป เมื่อไม่ได้เสพยาจะมีอาการขาดยาตามมา (Kalayasiri, 2018) โดยความอยากของแอมเฟตามีนนั้น เป็นความรู้สึก และความต้องการใช้สารแอมเฟตามีน ส่งผลทำให้เกิดการเสพยาเสพติดซ้ำ (Thanoi, 2017)

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดและวัยรุ่นที่ติดสารแอมเฟตามีนในปัจจุบันมีทางเลือกหลากหลายรูปแบบการบำบัดที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัญหาและความยุ่งยากซับซ้อนจากการเสพยาเสพติด (Chaiudomsuk, Paholpak, Vadhanavikkit, & Aphisitphinyo, 2017; Kalayasiri, 2018) ประกอบด้วย 1) การบำบัดทางกาย เช่น การบำบัดรักษาด้วยยาซึ่งเป็นการให้ยาตามอาการ (Ministry of Public Health, 2018) และการบำบัดด้วยวิธีอื่นๆ เช่น การกระตุ้นด้วยไฟฟ้าในผู้ที่มีอาการทางจิตรุนแรงร่วมด้วย 2) การบำบัดทางจิตและสังคม เช่น การทำจิตบำบัด ชุมชนบำบัด (FAST model) (Pattrakorn, & Chaipichitpan, 2015) การบำบัดรักษาวิธีจิตสังคมบำบัด (Matrix Model) (Boromarajonani National Institute for Drug Addiction Treatment and Rehabilitation, 2019) เป็นต้น การบำบัดส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลสำหรับกลุ่มผู้ติดยาเสพติดของวัยรุ่นใหญ่ สำหรับรูปแบบบำบัดที่เฉพาะผู้ติดยาเสพติดกลุ่มวัยรุ่นพบได้น้อยมาก โดยบริบทของวัยรุ่นนั้นมีความต้องการของตนเอง มีส่วนร่วมของเป้าหมายตนเองและอิสระ โดยมีวิธีการดำเนินชีวิตประจำวัน วัยรุ่นพึ่งตน คำนึงความเป็นตัวตนของตนเอง เชื่อมโยงกับเพื่อน ๆ (Saarikallio, Randall, & Baltazer, 2020)

จากการศึกษาพบว่าดนตรีมีผลกระทบต่อระบบประสาท ช่วยให้เกิดประสบการณ์เช่นเดียวกับการใช้ยาเสพติด ซึ่งดนตรีจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบรีเวิร์ดซิสเต็มและสมองส่วนลิมบิกเช่นเดียวกับยาเสพติด (Blood, 2001) ดนตรีจะช่วยส่งเสริมการหลั่งของสารโดปามีนในสมองส่วนรีเวิร์ดซิสเต็ม (Blum, 2010) ทดแทนการหลั่งโดปามีนจากการใช้ยาเสพติดได้ ทำให้สมอง Limbic System) ซึ่งเป็นสมองที่เกี่ยวกับการควบคุมหรือยับยั้งการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เกิดจากยาไม่ถูกทำลาย สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ ไม่เกิดแรงขับให้เกิดความอยากยาเสพติดขึ้น จึงมีการนำดนตรีมาใช้เพื่อบำบัดความอยาก โดยเป็นการนำเอากิจกรรมทางดนตรีในรูปแบบต่างๆ เพื่อการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยและฟื้นฟูสภาพร่างกาย ได้แก่ การร้อง การเล่นดนตรี การฟัง การเคลื่อนไหวตามจังหวะ และการวิเคราะห์เนื้อเพลง (American Music Therapy Association, 2010; Carolyn & Patricia, 2009; Changchana, 2020; Choombuathong, Yimnoi, & Samma, 2017; Ungwitayatorn, 2017)

อย่างไรก็ตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของ King (1981) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเพื่อสร้างเป้าหมายร่วมกัน และเกิดเป็นความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ตามเป้าหมายของ King แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมาย โดยเริ่มจากการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยบริการ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันผ่านการติดต่อสื่อสาร 2) การค้นหาปัญหาและได้ข้อตกลงร่วมกันและ ร่วมกันตั้งเป้าหมายเพื่อค้นหาแนวทางปฏิบัติ พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือในการให้ข้อมูลและคิดวิธีการที่นำไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน และ 3) ร่วมกันประเมินการบรรลุเป้าหมายของกิจกรรมที่ได้เลือกปฏิบัติ (King, 1981) หากพยาบาลได้มีการนำกระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงมาใช้ร่วมกับการบำบัดด้วยดนตรีซึ่งมีความเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มวัยรุ่น ที่ต้องการมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายของตนเอง รวมทั้งโดยทั่วไปวัยรุ่นในชีวิตรประจำวัน (Saarikallio, Randall, & Baltazer, 2020; Yinger & Gooding, 2014)

จากสถิติของกลุ่มวัยรุ่นที่ใช้สารแอมเฟตามีนยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดด้วยดนตรีสามารถลดความอยากเสพยาเสพติดได้ ดังนั้นดนตรีจึงเหมาะสมแก่การใช้บำบัดกลุ่มวัยรุ่นที่เสพยาเสพติด พยาบาลจิตเวชจึงเป็นบุคลากรด้านสุขภาพในการบำบัดดูแลผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีน ที่ใช้กระบวนการการรับรู้และติดต่อสื่อสารกันระหว่างพยาบาลและวัยรุ่นเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงที่เน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ผู้วิจัยนำเอากระบวนการบรรลุเป้าหมายตามทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายของคิงมาใช้ร่วมกับการบำบัดด้วยดนตรี เพื่อให้เข้ากับบริบทของกลุ่มวัยรุ่น ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมทางการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายของคิงร่วมกับการใช้ดนตรีขึ้น เพื่อช่วยลดความอยากสารแอมเฟตามีนในวัยรุ่น

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการใช้ดนตรีต่อความอยากเสพยาเสพติด

สมมติฐานวิจัย

1. คะแนนความอยากเสพยาเสพติดของวัยรุ่นที่เสพยาเสพติดหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการใช้ดนตรี ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. คะแนนความอยากเสพยาเสพติดของวัยรุ่นที่เสพยาเสพติดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการใช้ดนตรีต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

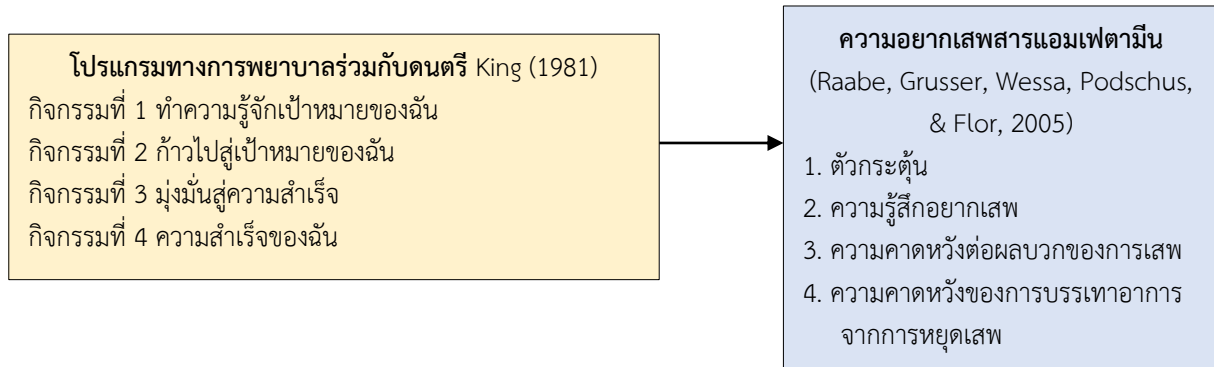
กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการใช้ดนตรี ใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของ King (1981) ร่วมกับการบำบัดด้วยดนตรี และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นติดยาเสพติด โดยทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของ King (1981) กล่าวว่า คนเป็นระบบเปิดมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา โดยเน้นที่กระบวนการปฏิสัมพันธ์และตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ โดยใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมของผู้รับบริการ (Action) 2) การตอบสนองของผู้รับบริการ (Reaction) 3) สิ่งรบกวนหรือปัญหาของผู้รับบริการ (Disturbance) 4) การตั้งเป้าหมายร่วมกันและกำหนดจุดมุ่งหมายที่เป็นไปได้ร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ (Mutual Goal Setting) 5) การค้นหาแนวทางปฏิบัติ โดยมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยในการค้นหาวิธีการที่จะนำไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งเอาไว้ร่วมกัน (Explore Means to Achieve Goal) 6) การตกลงยอมรับวิธีการปฏิบัติร่วมกันทั้งพยาบาลและผู้รับบริการ (Agree on Means to Achieve Goal) และ 7) การบรรลุเป้าหมายของปฏิสัมพันธ์ (transaction) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกให้เห็นถึงความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งเอาไว้ โดยผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์ตามเป้าหมายของ King (1981) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การสร้างปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมาย 2) ค้นหาปัญหาและได้ทำข้อตกลงร่วมกัน และ 3) ร่วมกันประเมินการบรรลุเป้าหมาย

การบำบัดด้วยดนตรีหรือดนตรีบำบัด เป็นการนำองค์ประกอบต่าง ๆ ของดนตรีมาใช้ในการดูแลด้านสุขภาพ ซึ่งมีรูปแบบการร้อง การฟัง การเล่นดนตรี การเคลื่อนไหวเป็นจังหวะ การแสดงความรู้สึกการเรียนรู้หรือการมีส่วนร่วม มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการดูแล บำบัดรักษา พื้นฟูการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้ดีขึ้น (American Music Therapy Association, 2010; Department of Mental Health, 2019; Changchana, 2020; Choombuathong, Yimnoi, & Samma, 2017; Ungwitayatorn, 2017) โดยดนตรีมีผลต่อระบบประสาท เข้าไปกระตุ้นการทำงานของระบบรีเวิร์ดซิสเต็มและสมองส่วนลิมบิกเช่นเดียวกับยาเสพติด (Blood, 2001) ช่วยส่งเสริมการหลั่งของสารโดปามีนในสมองส่วนรีเวิร์ดซิสเต็ม (Blum, 2010) ทดแทนการหลั่งโดปามีนจากการใช้ยาเสพติดได้ ทำให้สมองส่วนลิมบิก (limbic system) ซึ่งเป็นสมองที่เกี่ยวกับการควบคุมหรือยับยั้งการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เกิดจากยาไม่ถูกทำลายสามารถควบคุมพฤติกรรมได้ ไม่เกิดแรงขับให้เกิดความอยากยาเสพติดขึ้น นอกจากนี้ดนตรียังช่วยส่งเสริมสภาวะทางอารมณ์ในด้านบวก (Moore, 2013; Koelsch, 2015) ดนตรีช่วยลดความอยากของผู้ป่วยเสพยาเสพติดได้ (Silverman, 2011) ช่วยลดอารมณ์เชิงลบได้ (Koob, 2016) และช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกใช้ยาเสพติดและบำบัดจนสำเร็จได้ (Silverman, 2012)

ความอยากเสพยาเสพติดเป็นความรู้สึก ความคิด หรือความต้องการที่จะใช้สารเสพติด เมื่อไม่ได้รับสารเสพติด อาจเกิดได้ช่วงใดช่วงหนึ่งของการหยุดเสพยาเสพติด โดยอาการอยากเสพยาเสพติด มีความเกี่ยวข้องกับความคิดของสารสื่อประสาท การกระตุ้นจากการเผชิญหน้ากับสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงพื้นฐานทางความคิด ความคาดหวังถึงบนผลลัพธ์ทางบวกที่ได้จากการเสพยาเสพติด จนทำให้ผู้เสพยา

ติดสารแอมเฟตามีนไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ส่งผลให้เกิดการเสพติดสารแอมเฟตามีนซ้ำตามมา (Redish, 2004) สรุปความอยากเสพติดสารแอมเฟตามีน คือ ตัวกระตุ้น ความรู้สึกลอยลาง ความคาดหวังต่อผลบวกของการเสพติด และความคาดหวังของการบรรเทาอาการหยุดเสพติด (Raabe, Grusser, Wessa, Podschus, & Flor, 2005) จากแนวคิดดังกล่าว สามารถสรุปกรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ได้ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group Pretest-Posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้เสพติดสารแอมเฟตามีนวัยรุ่นชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นติดยาเสพติด (F15) ตามเกณฑ์ ICD-10 ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 189 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เสพติดสารแอมเฟตามีนวัยรุ่นชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดยาเสพติด ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 คือ F15 เพศชาย อายุระหว่าง 18-21 ปี กำลังเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงที่มีคุณสมบัติที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) เข้ารับการรักษาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ อยู่ในระยะบำบัดและไม่มีอาการแทรกซ้อนทางจิตที่รุนแรงเช่น หลงผิด หูแว่ว/ภาพหลอน 2) คะแนนประเมินอาการทางจิต BPRS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน 3) มีคะแนนความอยากเสพติดสารแอมเฟตามีนมากกว่าหรือเท่ากับ 91 คะแนนขึ้นไป 4) ไม่มีภาวะบกพร่องทางความคิด

สำหรับเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามกำหนด 2) มีอาการก้าวร้าวระหว่างทำการศึกษานไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power Version 3.1.9.4 โดยกำหนดค่า Power ที่ .80 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .50 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.69 ซึ่งคำนวณจากงานวิจัยที่ใกล้เคียง (Silverman, 2011) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 54 คน โดยกลุ่มละ 27 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่เกินร้อยละ 20 (Srisatidharakul, 2010) จำนวนกลุ่มละ 6 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้ สรุปเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่

1.1 โปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการใช้ดนตรี สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของ King (1981) ร่วมกับรูปแบบการบำบัดด้วยดนตรีสำหรับผู้เสพติดสารแอมเฟตามีน ร่วมและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความอยากยาเสพติดสำหรับเด็กวัยรุ่นและผู้ป่วยโรคจิตจากยาเสพติด มีรูปแบบกิจกรรมเป็นรายบุคคล ทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที

สัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 “ทำความรู้จักเป้าหมายของตน” เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและวัยรุ่นที่เสพยาเสพติด สารแอมเฟตามีน กิจกรรมการฟังดนตรี กิจกรรมที่ 2 “ก้าวไปสู่เป้าหมายของตน” ให้อายุรุ่นที่เสพยาเสพติดสารแอมเฟตามีนเลือกรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง และวิเคราะห์เนื้อหาเพลงเกี่ยวกับการเสพยาเสพติด สารแอมเฟตามีน กิจกรรมที่ 3 “มุ่งมั่นสู่ความสำเร็จ” ให้อายุรุ่นที่เสพยาเสพติดสารแอมเฟตามีนเลือกรูปแบบการเคลื่อนไหวประกอบดนตรีเพลงร็อก และเพลงที่วัยรุ่นที่เสพยาเสพติดสารแอมเฟตามีนใช้ลดความอยากเสพยาเสพติด สารแอมเฟตามีนของตนเอง กิจกรรมที่ 4 “ความสำเร็จของตน” เป็นกิจกรรมที่ประเมินความสำเร็จของวัยรุ่นที่เสพยาเสพติดสารแอมเฟตามีนได้เลือกดนตรีเพลงร็อก และเพลงที่วัยรุ่นที่เสพยาเสพติดสารแอมเฟตามีนชื่นชอบ

1.2 คู่มือโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการใช้ดนตรีสำหรับผู้เข้าร่วมการทดลอง ประกอบด้วย เนื้อหาเรื่องสารแอมเฟตามีน สาเหตุการติด ความอยากเสพยาเสพติด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยากเสพยาเสพติด ตัวกระตุ้นและสารแอมเฟตามีน วิธีการจัดการกับความอยาก เพลงร็อกและเนื้อหาของเพลง แบบบันทึกช่วงเวลาของความอยากเสพยาเสพติด การฝึกทักษะกิจกรรม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เสพยาเสพติดสารแอมเฟตามีน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติด

2.2 แบบประเมินความรู้สึกลึกซึ้งอยากเสพยาเสพติด ตามแนวคิดของ Raabe, Grusser, Wessa, Podschus, & Flor (2005) โดยผู้วิจัยแปล ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบประเมินที่ผู้เสพยาเสพติดยาบ้าตอบแบบสอบถามเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ตัวกระตุ้น 2) ความรู้สึกลึกซึ้งอยากเสพยา 3) ความคาดหวังต่อผลบวกของการเสพยา และ 4) ความคาดหวังของการบรรเทาอาการจากการอาการหยุดยาเสพติด แบบประเมินประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง มีข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 4 ข้อ คือ 24, 25, 26, 27 ให้คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 7 คะแนน และข้อคำถามที่เหลือจำนวน 26 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบจากเห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 7 คะแนน การแปลผลความอยาก ค่าเฉลี่ยคะแนน 30-90 มีความรู้สึกลึกซึ้งอยากเสพยาในระดับน้อย ค่าเฉลี่ยคะแนน 91-150 มีความรู้สึกลึกซึ้งอยากเสพยาในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ยคะแนน 151-210 มีความรู้สึกลึกซึ้งอยากเสพยาในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

สำหรับโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการใช้ดนตรี และสำหรับแบบประเมินความรู้สึกลึกซึ้งอยากเสพยาเสพติดสารแอมเฟตามีน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านดนตรีบำบัด 2) อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง และ 3) พยาบาลจิตเวชที่ทำงานด้านยาเสพติด เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมทั้งด้านภาษาและความถูกต้องในเนื้อหา ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) ของแบบประเมินความอยากเสพยาเสพติดสารแอมเฟตามีน เท่ากับ 0.89

สำหรับโปรแกรมฯ และคู่มือโปรแกรมฯ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) แล้วจึงนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้ (Try Out) กับวัยรุ่นชายที่เสพยาเสพติดสารแอมเฟตามีนคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน เพื่อความเป็นไปได้ของโปรแกรมฯ พบว่า เรื่องเนื้อหาและ วิธีการ และระยะเหมาะสม และปรับลดการเขียนวันที่ของการบันทึก และลดหัวข้อของคู่มือสำหรับบันทึก

ส่วนแบบประเมินความรู้สึกลึกซึ้งอยากเสพยาเสพติดสารแอมเฟตามีนไปตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยทดลองใช้กับวัยรุ่นที่เสพยาเสพติดสารแอมเฟตามีนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ขั้นก่อนการทดลอง

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยสร้างและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด ดังที่กล่าวมาข้างต้น และดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมของคณะ

พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

2. เตรียมผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดและมีประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยยาเสพติดอย่างน้อย 5 ปี ขึ้นไป โดยมีหน้าที่เก็บรวบรวมแบบประเมินหลังการทดลองแต่ละครั้ง และตรวจสอบความถูกต้องของแบบประเมิน ยืนยันคะแนนที่ได้จากแบบประเมิน

ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยพบผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในการเก็บข้อมูลและเข้าร่วมโปรแกรมฯ แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการใช้ดนตรีเป็นรายบุคคล คือ

กลุ่มทดลอง ดำเนินการทดลองด้วยโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการใช้ดนตรี ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยทำกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ประกอบด้วยกิจกรรม 4 กิจกรรม ๆ ละ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุกวันจันทร์-วันพฤหัสบดี รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ รายละเอียดดังนี้

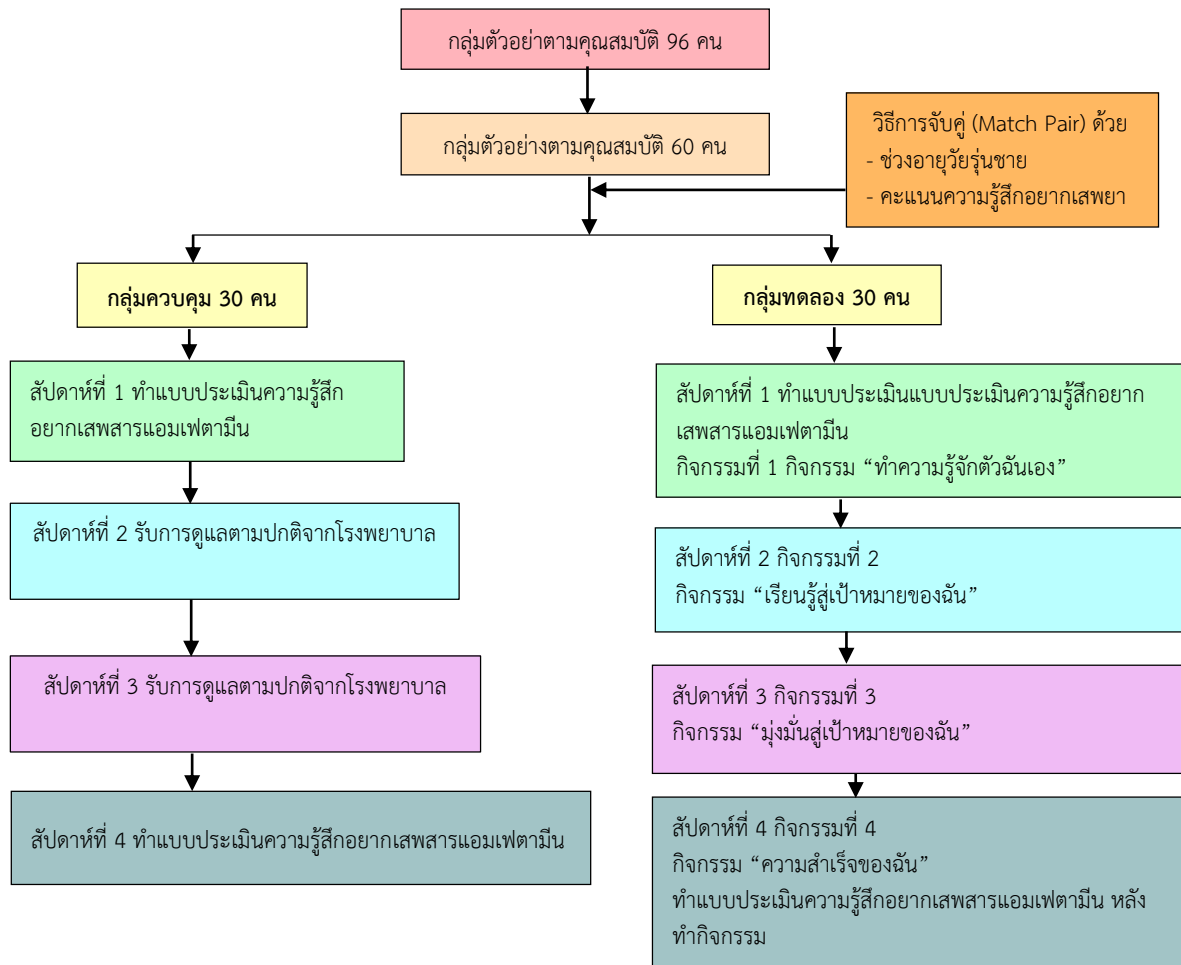
ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1 “ทำความรู้จักเป้าหมายของฉัน” เริ่มสร้างสัมพันธภาพและดำเนินกิจกรรมให้วัยรุ่นตอบคำถามเกี่ยวกับประเด็นการรับรู้ตนเองเกี่ยวกับการเสพยาเสพติด วางเป้าหมายในชีวิต สร้างแรงจูงใจในการเลิกเสพยา ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความอยากด้วยวิธีต่าง ๆ และนำเข้าสู่งิจกรรมการจัดการความอยากด้วยการฟังดนตรีเพลงร็อกที่เหมาะสมกับบริบทของวัยรุ่นรวมทั้งช่วยลดความอยาก แล้วให้วัยรุ่นวาดภาพตามจินตนาการและเขียนบรรยายความรู้สึกขณะฟังเพลงร็อกความเชื่อ โดยเนื้อหาของเพลงสอดคล้องกับเป้าหมายของวัยรุ่นเอง หลังจากนั้นมอบหมายให้วัยรุ่นกลับไปฝึกวิธีการจัดการความอยากและบันทึกผลการปฏิบัติในคู่มือ

ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 2 “ก้าวไปสู่เป้าหมายของฉัน” เป็นกิจกรรมเริ่มต้นด้วยให้วัยรุ่นประเมินค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการฝึกทักษะการจัดการความอยากที่บ้าน ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวกับความอยากเสพยาเสพติดและการจัดการ และให้วัยรุ่นที่นำเสนอประสบการณ์ความอยากเสพยาเสพติดของตนเองและวางแผนในการจัดการความอยากร่วมกัน ผู้วิจัยนำเข้าสู่งิจกรรมการจัดการความอยากด้วยการฟังเพลงร็อกแสงสุดท้าย วิเคราะห์เนื้อเพลงเกี่ยวกับประเด็นการเลิกเสพยาเสพติด และมอบหมายให้ฝึกการจัดการความอยากและบันทึกในคู่มือ

ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 3 “มุ่งมั่นสู่ความสำเร็จ” เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยให้วัยรุ่นนำเสนอกิจกรรมที่ช่วยลดความอยากเสพยาเสพติดของตนเองที่ประสบผลสำเร็จ ผู้วิจัยให้วัยรุ่นประเมินค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการฝึกทักษะการจัดการความอยากที่บ้านและเพิ่มเติมการจัดการความอยากด้วยดนตรีเพลงชีวิตเป็นของเรา และเพียงพอ ร่วมกับวัยรุ่นเลือกเพลงที่ตนเองชอบ และนำเข้าสู่งิจกรรมโดยใช้การเคลื่อนไหวประกอบดนตรี แล้วให้วัยรุ่นเนื้อหาของเพลงที่วัยรุ่นที่ช่วยลดความอยากเสพยาเสพติดและมอบหมายให้ฝึกการจัดการความอยากและบันทึกในคู่มือ

ครั้งที่ 4 กิจกรรมที่ 4 “ความสำเร็จของฉัน” เป็นกิจกรรมที่ประเมินความสำเร็จจากการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยนำเข้าสู่งิจกรรมสุดท้ายของการจัดการความอยากด้วยการฟังและร้องเพลงร่วมกัน โดยผู้วิจัยได้เลือกดนตรีเพลงชอบคุณที่รักกัน และเพลงที่วัยรุ่นชื่นชอบ โดยให้วัยรุ่นได้เขียนบรรยายความรู้สึกและอารมณ์หลังฟังเพลง รวมทั้งความรู้สึกอยากเลิกเสพยาเสพติด

กลุ่มควบคุม ดำเนินการทดลองโดยผู้วิจัยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงขั้นตอนการทดลอง ซึ่งการทดลองครั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติจากทางโรงพยาบาล ได้แก่ การบำบัดทางจิตสังคมเพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด ระหว่างการทดลองจะมีการเก็บแบบประเมินความอยากเสพยาเสพติดทุกวันศุกร์ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 4 ดังภาพ 2



ภาพ 2 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ขั้นหลังการทดลอง ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความรู้สึกอยากเสพยาแอมเฟตามีน กับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และนำคะแนนที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้อง และยืนยันคะแนนที่ได้จากแบบประเมินความรู้สึกอยากเสพยาแอมเฟตามีนของกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติพรรณนาการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติไคร้สแคว์
2. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูลแบบประเมินความรู้สึกอยากเสพยาแอมเฟตามีน วิเคราะห์การแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ โดยคำนวณ Skewness/Standard Error และ Kurtosis/Standard Error พบว่า คะแนนความอยากของข้อมูลก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการกระจายข้อมูลปกติ อยู่ระหว่าง -1.13 ถึง -2.03 และ 0.26 ถึง 1.03 ตามลำดับ และคะแนนความอยากหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าค่า Skewness/Standard Error เท่ากับ 4.074 ไม่เป็นโค้งปกตินำไปสู่การวิเคราะห์ด้วยสถิตินอนพาราเมตริก
3. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความอยากเสพยาแอมเฟตามีนในระยะ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test
4. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความอยากเสพยาแอมเฟตามีนก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test
5. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความอยากเสพยาแอมเฟตามีนหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมด้านการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เลขที่โครงการวิจัย DMH.IRB 003/2563 และจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมของศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หนังสือรับรอง PSU IRB 2020 – NST 019 โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัยวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมทางการแพทย์ร่วมกับดนตรีบำบัดต่อความอยากเสพยาของวัยรุ่นที่เสพติดสารแอมเฟตามีน เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯและเซ็นติใบยินยอม โดยสามารถการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการโครงการครั้งนี้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรับการรักษา ช่วงสถานการณ์โควิด ผู้วิจัยได้ดำเนินการป้องกันการแพร่ระบาด เว้นระยะห่าง วัสดุอุปกรณ์ และทำความสะอาดบ่อย ๆ ตามเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการใช้ดนตรี และกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติด้วยสติติกส์เคสแควร์ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นฯ (N=60)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรม(n=30) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มที่ได้รับการดูแล ปกติ (n=30) จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	P
อายุ (I, C: Min=18, Max=21, M=19.35, SD=1.21)			.20	.97
18 - 19 ปี	18 (60.00)	18 (60.00)		
20 - 21 ปี	12 (40.00)	12 (40.00)		
ระดับการศึกษา			5.16	.31
ประถมศึกษา	2 (6.67)	7(23.33)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	6 (20.00)	8 (26.67)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	12 (40.00)	10 (33.34)		
อนุปริญญา/ปวส.	9 (30.00)	4 (13.33)		
อุดมศึกษา	1 (3.33)	1 (3.33)		
ระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติด			1.00	.60
น้อยกว่า 1 ปี	7 (23.33)	4(13.33)		
1 - 5 ปี	23 (76.67)	26(86.67)		

จากตาราง 1 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการใช้ดนตรีของวัยรุ่นชายที่เสพติดสารแอมเฟตามีนส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 มีอายุอยู่ในช่วง 18-19 ปี และกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติส่วนใหญ่ร้อยละ 60 มีอายุอยู่ในช่วง 18-19 ปี สำหรับระดับการศึกษาของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่ร้อยละ 40 อยู่ในช่วงมัธยมศึกษา ตอนปลาย และปวช. และกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 33.34 มีระดับการศึกษาอยู่ในช่วงมัธยมศึกษาตอนปลาย และปวช. ส่วนระยะเวลาที่เสพยาแอมเฟตามีนของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 76.67 และกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ นั้นมีระยะเวลาที่เสพยาแอมเฟตามีน อยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 86.67 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นที่เสพติดสารแอมเฟตามีนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ดังตาราง 1

2. เปรียบเทียบความอยากเสพยาแอมเฟตามีนของวัยรุ่นที่เสพยาแอมเฟตามีนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการใช้ดนตรี ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยกึ่งควอไทล์ ค่าเฉลี่ยของอันดับ ของคะแนนความอยากเสพยาแอมเฟตามีน ของวัยรุ่นที่เสพยาแอมเฟตามีน กลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test (N=30)

ความอยากเสพยาแอมเฟตามีน	Mdn	IQR	Mean Rank	z	p-value (1-tailed)
ก่อนได้รับโปรแกรม	139.00	15	15.50	- 4.78	<.001
หลังได้รับโปรแกรม	30.00	1			

จากตาราง 2 พบว่า ค่ามัธยฐานของคะแนนความอยากเสพยาแอมเฟตามีนของวัยรุ่นที่เสพยาแอมเฟตามีนหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการใช้ดนตรีต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z=-4.78, p<.001$)

3. การเปรียบเทียบความอยากเสพยาแอมเฟตามีนของวัยรุ่นที่เสพยาแอมเฟตามีนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการใช้ดนตรีและกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ ดังตาราง 3-4

ตาราง 3 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความอยากเสพยาแอมเฟตามีนของวัยรุ่นที่เสพยาแอมเฟตามีนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการใช้ดนตรี และกลุ่มการดูแลปกติ ระยะก่อนการได้รับโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) (N=60)

ความอยากเสพยาแอมเฟตามีน	n	M	SD	t	p-value (1-tailed)
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ	30	137.07	12.40	-1.09	.45
กลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ	30	137.40	11.22		

จากตาราง 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความอยากเสพยาแอมเฟตามีนของวัยรุ่นที่เสพยาแอมเฟตามีนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการใช้ดนตรี ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-1.09, p>.05$)

ตาราง 4 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยกึ่งควอไทล์ ความอยากเสพยาแอมเฟตามีนของวัยรุ่นที่เสพยาแอมเฟตามีนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการใช้ดนตรีและกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ หลังการได้รับโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test (N=60)

ความอยากเสพยาแอมเฟตามีน	n	Mdn	IQR	z	p-value (1-tailed)
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ	30	30.00	1	-6.74	<.001
กลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ	30	94.30	22		

จากตาราง 4 พบว่า ค่าคะแนนมัธยฐานความอยากเสพยาแอมเฟตามีนของวัยรุ่นที่เสพยาแอมเฟตามีนหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการใช้ดนตรีต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z=-6.74, p<.001$)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการใช้ดนตรีสามารถทำให้ความอยากเสพยาแอมเฟตามีนของวัยรุ่นที่เสพติดสารแอมเฟตามีน ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z=-4.78, p=.000$) อภิปรายได้ว่า โปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของ King (1981) นำมาใช้ในการสร้างกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับวัยรุ่นเพื่อทำให้เกิดกระบวนการบรรลุเป้าหมายสำเร็จ ประกอบด้วย การรับรู้ที่สอดคล้องกัน การสื่อสารที่ดี และมีการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลกับวัยรุ่นจึงทำให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมายของการบำบัดที่วางไว้ได้ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและนำรูปแบบของการบำบัดด้วยดนตรี คือ การฟัง การวิเคราะห์เนื้อเพลง การเคลื่อนไหวตามจังหวะ และการร้องเพลง ซึ่งสอดแทรกไปในกิจกรรมทั้ง 4 กิจกรรม เพื่อความต่อเนื่องของการบำบัด และยังมีคู่มือของโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการใช้ดนตรีเพื่อให้วัยรุ่นได้กลับไปทบทวนการจัดการความอยาก และฝึกทักษะการจัดการความอยากด้วยรูปแบบของดนตรี หรือแนวทางการจัดการอื่น ๆ ที่ตนเองสนใจทุกวันอย่างสม่ำเสมอที่บ้าน โดยโปรแกรมมีกระบวนการตั้งเป้าหมาย และรูปแบบของดนตรีช่วยเสริมกลไกด้านอารมณ์และแรงจูงใจ ของสมองในส่วน middle insular function เพื่อช่วยลดความอยากเสพยา (Koob, & Volkow, 2016) สำหรับรูปแบบแต่ละกิจกรรมของโปรแกรม อภิปรายได้ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “ทำความรู้จักเป้าหมายของฉัน” และกิจกรรมที่ 2 “ก้าวไปสู่เป้าหมายของฉัน” เริ่มสร้างสัมพันธภาพระหว่างวัยรุ่นและพยาบาลและเมื่อพยาบาลและวัยรุ่นมีความเข้าใจกัน เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เปิดโอกาสให้วัยรุ่นได้ทำความรู้จักตนเอง สำรวจปัญหาจากการเสพติดสารแอมเฟตามีน และค้นพบความต้องการ หรือเป้าหมายของตนเอง การนำรูปแบบการฟังเพลงความเชื่อ เข้ามากระตุ้นให้วัยรุ่นได้ค้นหาเป้าหมายของตนเอง ทำให้วัยรุ่นมีการค้นหาเป้าหมายของตนเอง และมีความตั้งใจที่จะทำให้สำเร็จ (King, 1981; Yinger & Gooding, 2014) และจากการฟังเพลงส่งผลต่อระบบประสาทวิทยา กระตุ้นการทำงานของระบบรีวอร์ดซิสเต็ม (reward system) (Blood, 2001) ส่งเสริมการหลั่งของสารโดปามีนในสมองมาแทนที่การใช้สารแอมเฟตามีน (Blum, 2010) ทำให้วัยรุ่นเกิดความสุข เช่นเดียวกับตอนที่ใช้สารแอมเฟตามีน โดยดนตรีจะไปแทนที่สารแอมเฟตามีนได้ สามารถลดตัวกระตุ้นซึ่งก่อให้เกิดความอยากเสพยาแอมเฟตามีนได้ (Ghetti, Chen, Brenner, Hakvoort, Lien, Fachner et al, 2022; Silverman, 2011) นอกจากนั้นการวิเคราะห์เนื้อเพลงแสงสุดท้าย ตามประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความอยากเสพยาแอมเฟตามีน และการจัดการ พบว่า การวิเคราะห์เนื้อเพลงที่มีเนื้อหาส่งเสริมแรงจูงใจในชีวิตทำให้วัยรุ่นไม่รู้สึกละเลยเสพยาแอมเฟตามีน และสามารถสร้างแรงจูงใจให้กับตนเอง ในจัดการความอยากเสพยาแอมเฟตามีน เพื่อให้เป้าหมายที่ตั้งไว้สำเร็จได้ (Silverman, 2012)

กิจกรรมที่ 3 “มุ่งมั่นสู่ความสำเร็จ” และ กิจกรรมที่ 4 “ความสำเร็จของฉัน” เป็นการเลือกแนวทางการจัดการความอยาก และดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติ โดยมีพยาบาลคอยให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการความอยากในรูปแบบต่าง ๆ และคำแนะนำแก่วัยรุ่น ตามแนวคิดทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของ King (1981) ซึ่งการบรรลุเป้าหมายต้องอาศัยกระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง สำหรับกิจกรรมนี้ได้มีการนำการเคลื่อนไหว และร้องประกอบดนตรีเพลงชีวิตเป็นของเรา และเพลงเพียงพอ เพื่อให้วัยรุ่นได้รู้สึกผ่อนคลาย เพิ่มอารมณ์ทางบวก (Koelsch, 2015) เพื่อแสดงให้เห็นว่าดนตรีสามารถไปจัดการความอยาก ช่วยลดการคาดหวังทางบวกจากการเสพยาแอมเฟตามีนได้ และดนตรียังสร้างความมั่นใจให้วัยรุ่นในการนำเอารูปแบบของดนตรีไปใช้เป็นแนวทางจัดการความอยากได้อย่างต่อเนื่อง จนประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ดังมีการศึกษาของ Ghetti, Chen, Brenner, Hakvoort, Lien, Fachner, et al. (2022) ศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า มีการศึกษาดนตรีบำบัดสามารถช่วยลดความอยากของผู้ที่ติดสารเสพติดได้ (SMD - 0.66, 95 % CI-1.23-0.10) สอดคล้องกับการศึกษาของ Cevalco, Kennedy, & Generally (2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดด้วยดนตรีที่ประกอบไปด้วย การเคลื่อนไหวตามดนตรี กิจกรรมเข้าจังหวะ พบว่ากิจกรรมการเคลื่อนไหวตามจังหวะดนตรีทำให้สามารถลดคาดหวังทางบวกจากการเสพยาแอมเฟตามีนได้และใช้ดนตรีทดแทนความอยากเสพยาแอมเฟตามีน

จากผลการทดสอบสมมติฐานคะแนนความอยากเสพยาเสพติดของวัยรุ่นที่เสพยาเสพติดตามเฟตตามีนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการใช้ดนตรี ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความอยากเสพยาเสพติดของวัยรุ่นที่เสพยาเสพติดตามเฟตตามีนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-1.09, p>.05$) และค่าคะแนนมัธยฐานความอยากเสพยาเสพติดของวัยรุ่นที่เสพยาเสพติดตามเฟตตามีนหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z=-6.74, p=.000$) อธิบายได้ว่า จากข้อมูลทั่วไปนั้น พบว่า บริบทของวัยรุ่นที่เสพยาเสพติดตามเฟตตามีน ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามวัยรุ่นที่เสพยาเสพติดตามเฟตตามีนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการใช้ดนตรี มีคะแนนค่ามัธยฐานความอยากเสพยาเสพติดตามเฟตตามีนต่ำกว่ากลุ่มการดูแลปกติ เนื่องจากวัยรุ่นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ที่เน้นกระบวนการด้านปฏิสัมพันธ์ ระหว่างวัยรุ่นที่เสพยาเสพติดตามเฟตตามีนร่วมกับพยาบาล ทำให้วัยรุ่นกลุ่มนี้มีการตั้งเป้าหมายและเรียนรู้การจัดการความอยากเสพยาเสพติด โดยนำรูปแบบของดนตรีมาใช้ ทำให้มีแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติดตามเฟตตามีน สอดคล้องกับการศึกษาของ Short, & Dingle (2016) ศึกษาดนตรีบำบัดในผู้ป่วยติดสารเสพติดในโรงพยาบาล โดยภายหลังได้รับโปรแกรมดนตรีบำบัด พบว่า ความอยากเสพยาเสพติดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=19.01, p<.001$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการใช้ดนตรี ไปใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อจัดการความอยากวัยรุ่นชายที่เสพยาเสพติดตามเฟตตามีนที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช หรือโรงพยาบาลทั่วไป รวมทั้งการนำโปรแกรมนี้ ไปเผยแพร่ใช้ในหน่วยงานอื่น ๆ ที่รับผิดชอบดูแลวัยรุ่นที่เสพยาเสพติดตามเฟตตามีน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามผลของโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการใช้ดนตรีในระยะยาว เช่น หลังการทดลอง 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เป็นต้น เพื่อประเมินความคงอยู่ของโปรแกรม
2. ควรมีการนำโปรแกรมไปพัฒนาในรูปแบบของการทำกลุ่ม หรือกลุ่มวัยอื่น ๆ นอกเหนือจากวัยรุ่น เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรม รวมไปถึงการพัฒนาโปรแกรมในรูปแบบออนไลน์ หรือพัฒนาต่อเป็นแอปพลิเคชัน

References

- American Music Therapy Association. (2010). *About Music Therapy & AMTA*. Retrieved May 15, 2019 from <http://www.musictherapy.org/about/quotes>.
- Blood, A. J. (2001). Intensely Pleasurable Responses to Music Correlate with Activity in the Brain Regions Implicated in Reward and Emotion. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 98(11), 818-823.
- Blum, K. (2010). Do Dopaminergic Gene Polymorphisms Affect Mesolimbic Reward Activation of Music Listening Response Therapeutic Impact on Reward Deficiency Syndrome (RDS). *Medical Hypotheses*, 74(3), 513-520.

- Boromarajonani National Institute for Drug Addiction Treatment and Rehabilitation. (2019). *Treatment Information Drug Patients of the Boromarajonani National Institute of Drug Addiction Treatment and Rehabilitation*. Statistical data. Retrieved May 15, 2019 from http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=category§ionid=2&id=9&Itemid=51.
- Carolyn, J. M., & Patricia, A. H. (2009). The Theory of Music, Mood and Movement to Improve Health Outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 2249-2257.
- Cevasco, A. M., Kennedy, R., & Generally, N. R. (2005). Comparison of Movement-to-Music, Rhythm Activities, and Competitive Games on Depression, Stress, Anxiety, and Anger of Females in Substance Abuse Rehabilitation. *Journal of Music Therapy*, 43(1), 64-80.
- Chaiudomsuk, K., Paholpak, P., Vadhanavikkit, P., & Aphisitphinyo, S. (2017). *Psychiatry*. Khon Kaen. Klunghana Printing Press. (in Thai).
- Changchana, W. (2020). Music Therapy: Calmness of Meditation Towards Unlimited Imagination. *Bansomdej Music Journal*, 2(1), 119-134
- Choombuathong, A., Yimnoi, C., & Samma, C. (2017). Music Therapy. *Huachiew Chalermprakiet Science and Technology Journal*, 3(2), 77-87.
- Department of Mental Health. (2019). Results of a Survey of Information on Cultural Situation Statistics of Thai Children and Youth. *Mental Health Articles*. Retrieved June 21, 2019 from <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=28478>
- Ghetti, C., Chen, X. J., Brenner, A. K., Hakvoort, L. G., Lien, L., Fachner, L., et al. (2022). *Music Therapy for People with Substance Use Disorder (Review)*. Cochrane Database of Systematic Review, 5(4). DOI: 10.1002/14651858.CD012576.pub3.
- Kalayasiri, R. (2018). *Addiction & Psychiatric Complications*. Bangkok: Chulalongkorn University.
- King, I. M. (1981). *A Theory for Nursing: Systems, Concept, Process*. New York: A Wiley Medical Publication.
- Koelsch, S. (2015). Music-Evoked Emotions: Principles, Brain Correlates and Implications for Therapy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1337, 193-201.
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of Addiction: A Neurocircuitry Analysis. *Lancet Psychiatry*, 3(8), 760-773
- Ministry of Public Health. (2018). *Community Based Treatment and Care*. Samut Sakhon: Born To Be Publishing. (In Thai)
- Moore, S. K. (2013). A Systematic Review on the Neural Effects of Music on Emotion Regulation: Implications for Music Therapy Practice. *Journal of Music Therapy*, 50(3), 198-242.
- Pattrakorn, A., & Chaipichitpan, C. (2015). The Effect of FAST Model for Addition Patients in Thanyarak Institute. *Journal Psychiatric Association Thailand*, 60(1), 71-81.
- Raabe, A., Grusser, S. M., Wessa, M., Podschus, J., & Flor, H. (2005). The Assessment of Craving: Psychometric Properties, Factor Structure and a Revised Version of the Alcohol Craving Questionnaire (ACQ). *Addiction*, 100, 227-234.
- Redish, A. D. (2004). Addiction as a Computational Process Gone Awry. *Science*, 306, 1944-1947.
- Saarikallio, S. H., Randall, W. M., & Baltazar, M. (2020). Music Listening for Supporting Adolescents' Sense of Agency in Day Life. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-11.

- Short, A. D. L., & Dingle, G. A. (2016). Music as an Auditory Cue for Emotions and Cravings in Adults with Substance Use Disorders. *Psychological of Music*, 44(3), 559-573.
- Silverman, M. J. (2012). Effects of Group Songwriting on Motivation and Readiness for Treatment on Patients in Detoxification: A Randomized Wait-list Effectiveness Study. *Journal of Music Therapy*, 49(4), 414-429.
- Silverman, M. J. (2011). Effect of Music Therapy on Change Readiness and Craving in Patients on a Detoxification Unit. *Journal of Music Therapy*, 48(4), 509-531.
- Srisatidnarakul, B. (2010). *The Methodology in Nursing Research*. Bangkok: You and I intermedia. (in Thai).
- Suansaranrom Hospital. (2020). *Statistical Psychiatric Patients' Reports*. Retrieved May 15, 2019 from <https://www.suansaranrom.go.th>
- Thanoi, S. (2017). *Brain and Neurotransmitters: Abnormalities in Drug Addition*. Phitsanulok: Naresuan University Publishing House. (In Thai)
- Ungwitayatorn, J. (2017). *Listen to Music Rejoice*. Pharmacy, Mahidol University, Retrieved May 15, 2019 from <https://www.pharmacy.mahidol.ac.th/knowledge/files/0395.pdf>.
- Yinger, O. S., & Gooding, L. (2014). Music Therapy and Music Medicine for Children and Adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(3), 535-553.

การพัฒนาเครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์: การทดสอบต้นแบบ
Development of Alarm Equipment for Perioperative Nurses in
Songklanagarind Hospital: Prototype Testing

กัณตพร ยอดไชย^{1*}, บุพผา ส่งศรีบุญสิทธิ์²

Kantaporn Yodchai^{1*}, Buppha Songsriboonsit²

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์^{1*}, ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์²
Faculty of Nursing, Prince of Songkla University^{1*}, Nursing Services, Songklanagarind Hospital²

(Received: April 17, 2022; Revised: March 7, 2023; Accepted: March 21, 2023)

บทคัดย่อ

วิจัยการออกแบบและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของเครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คน เครื่องมือเป็นแบบสอบถามมี 2 ส่วน คือ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้ต่อประสิทธิภาพของเครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจ และแบบบันทึกเวลาเครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือแบบประเมินความพึงพอใจ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.0 ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของเบ็น ครอนบาค เท่ากับ 0.97 และวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัย พบว่า

ผู้ให้ข้อมูลให้คะแนนความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M=3.71$, $SD=0.72$) ให้คะแนนความพึงพอใจรายด้านต่อประสิทธิภาพด้านการใช้งาน ใช้งานง่าย ไม่มีความซับซ้อน ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($M=3.85$, $SD=0.67$) ด้านความปลอดภัย ($M=3.95$, $SD=0.76$) และด้านความคุ้มค่า คำนึง ($M=3.65$, $SD=0.93$) มีคะแนนอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้ด้านการออกแบบมีความเหมาะสมของขนาด รูปทรง และน้ำหนัก ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($M=3.75$, $SD=0.85$) สำหรับการทดสอบการแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจ จำนวน 20 ครั้ง พบว่า ร้อยละ 100 มีการแจ้งเตือนและปรากฏสีการแจ้งเตือนถูกต้องสอดคล้องกับเวลาที่ปรากฏอยู่บนจอเครื่อง

ผลการศึกษาครั้งนี้ เป็นเพียงการทดสอบต้นแบบในระยะแรก ซึ่งยังมีข้อจำกัดในการใช้งาน เช่น ระบบการส่งสัญญาณแจ้งเตือน ขนาดของเครื่องแจ้งเตือนที่เล็กเกินไป เป็นต้น จึงควรพัฒนาต่อเพื่อให้เครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับการใช้งานและให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด

คำสำคัญ: การออกแบบและพัฒนา, เครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจ, พยาบาลห้องผ่าตัด, การทดสอบต้นแบบ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kantaporn.y@psu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 089-4649319)



Abstract

This design and development research aimed to develop and evaluate the specimen delivery notification device for perioperative nurses in Songklanagarind Hospital. Twenty subjects were included in the study. Data collection was carried out using two research instruments including user satisfaction survey for specimen delivery notification device and the specimen delivery notification device record. The first tool was validated by three experts with CVI of 1.0 and its reliability was examined using Cronbach's alpha coefficient of 0.97. The data were analyzed using descriptive statistics.

The study finding revealed the overall level of satisfaction was high ($M=3.71$, $SD=0.72$). The satisfaction of performance domain at the highest score was easy to use and not complex ($M=3.85$, $SD=0.67$). Safety domain ($M=3.95$, $SD=0.76$) and costless domain ($M=3.65$, $SD=0.93$) also had high scores. In addition, design domain was appropriate for the size, shape and weight with the highest score ($M=3.75$, $SD=0.85$). The specimen delivery notification device was tested 20 times, and alarm and color were 100% correctly related to timing.

The results of this study were for prototype testing of the specimen delivery notification device, which still has limitations in use, such the warning signaling system efficiency, and the small device size. Therefore, it should be further developed to make the specimen delivery notification device consistent with its uses to provide the best results.

Keywords: Design and Development, Specimen Delivery Notification Device, Perioperative Nurses, Prototype Testing

บทนำ

พยาบาลห้องผ่าตัด (Perioperative Nurse) เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด หรือหัตถการต่าง ๆ ในห้องผ่าตัด ทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการ ประเมิน วินิจฉัย วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ การปฏิบัติการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งใช้ความรู้ ทักษะและคุณลักษณะอื่น ๆ ในการปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ดังนั้น พยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องมีสมรรถนะที่เพียงพอ และสอดคล้อง (เคาะ 1) ตามบทบาทหน้าที่ดังกล่าว โดยสมาคม พยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2554 ได้แบ่งสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด ออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้าน การดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย 2) ด้านร่างกาย 3) ด้านการตอบสนองพฤติกรรม และ 4) ด้านระบบสุขภาพ (The Thai Perioperative Nurse Association, 2013) สำหรับสมรรถนะด้านการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย ประกอบด้วย 9 สมรรถนะ ซึ่ง 1 ใน 9 สมรรถนะของด้านการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย คือ สมรรถนะการส่งสิ่งส่งตรวจ พยาบาล ห้องผ่าตัดมีหน้าที่หลักที่จะต้องทราบและเข้าใจวิธีเก็บสิ่งส่งตรวจตามแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง เตรียมบรรจุภัณฑ์ สำหรับส่งสิ่งส่งตรวจให้ถูกต้องและครบถ้วนตามแผนการรักษา ปิดสลากระบุชื่อ นามสกุล อายุ เลขบัตรโรงพยาบาล หอผู้ป่วย วันเดือนปีที่ส่ง และชื่อสิ่งส่งตรวจให้ถูกต้องครบถ้วน อีกทั้งพยาบาลห้องผ่าตัดมีหน้าที่ในการตรวจสอบ ความถูกต้องของเอกสารและสิ่งส่งตรวจให้ตรงกัน พร้อมบันทึกลงในบันทึกทางการพยาบาลระยะการผ่าตัด และดูแล ให้กระบวนการส่งสิ่งส่งตรวจไปยังห้องปฏิบัติการตามกำหนดเวลา ซึ่งต้องติดตามผล กรณีส่งตรวจชิ้นเนื้อที่ใช้เทคนิค การตัดชิ้นเนื้อภายใต้อุณหภูมิต่ำเยือกแข็ง (Frozen Section) ให้เร็วที่สุดเพื่อประสานงานให้แพทย์ได้รับทราบทันที (The Thai Perioperative Nurse Association, 2013)

นอกจากนี้พยาบาลห้องผ่าตัดยังมีหน้าที่ในการเก็บสิ่งส่งตรวจทางจุลชีววิทยาเพื่อการเพาะเชื้อมีหลาย ประเภท ได้แก่ เลือด หนอง การใช้ไม้ป้ายในคอ (Throat Swab) เสมหะ ปัสสาวะ อูจจาระ เนื้อเยื่อ และสารน้ำจาก

ร่างกาย เป็นต้น โดยหลังจากได้มีการเก็บสิ่งส่งตรวจแล้ว พยาบาลห้องผ่าตัดควรดูแลกำกับการนำส่งสิ่งส่งตรวจส่งไปยังห้องปฏิบัติการโดยเร็วที่สุดหลังการเก็บภายใน 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเสื่อมสภาพของเซลล์ ส่งผลให้การวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำ (Nopparatana, 2020) แต่กรณีที่มีสิ่งส่งตรวจถูกส่งหลังระยะเวลาที่กำหนดหรือมีความล่าช้า ส่งผลต่อการเสื่อมสภาพของเซลล์ ทำให้การวินิจฉัยเกิดความคลาดเคลื่อน อาจจะต้องทำการเก็บสิ่งส่งตรวจซ้ำ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น รวมถึงการเสียค่าใช้จ่ายห้องผ่าตัดที่อาจจะกระทบกับผู้รับบริการรายอื่น ๆ เกิดความล่าช้าได้ สำหรับหอผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พยาบาลห้องผ่าตัดให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดทุกแผนก ทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ ตลอด 24 ชั่วโมง ให้บริการผ่าตัดระดับตติยภูมิ ด้วยความปลอดภัย รวดเร็ว มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพแบบองค์รวม โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย มุ่งเน้นการส่งเสริม การป้องกัน และการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย บนพื้นฐานการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและให้การดูแลผู้ป่วย ทั้ง 3 ระยะ คือ การดูแลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด ให้เหมาะสมกับความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละรายที่เข้ารับการผ่าตัด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยงต่าง ๆ ให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดประกอบด้วย ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป เป็นผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยซับซ้อน รุนแรง และเจ็บป่วยหลายระบบ มีภาวะแทรกซ้อนในระบบสำคัญของร่างกาย ต้องใช้เครื่องมือเทคโนโลยี และวิทยาการขั้นสูงหลายสาขาในการรักษาโดยการผ่าตัด ลักษณะผู้ป่วยที่มีความรุนแรงและซับซ้อน และเป็นศูนย์กลางการผ่าตัดทางด้านอุบัติเหตุ (Trauma Center) นอกเหนือจากการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการผ่าตัด การบริหารจัดการส่งสิ่งส่งตรวจชนิดต่าง ๆ เป็นบทบาทหน้าที่สำคัญอีกบทบาทหนึ่ง ด้วยสาเหตุหรือเป้าหมายการเข้ารับการผ่าตัดของผู้ป่วยบางส่วน คือ การผ่าตัดเพื่อเอาชิ้นเนื้อเก็บของเหลว หรือสารคัดหลั่งจากร่างกาย เพื่อส่งตรวจหาสาเหตุของอาการผิดปกติในร่างกาย ดังนั้นการบริหารจัดการส่งสิ่งส่งตรวจไปยังห้องปฏิบัติการภายในระยะเวลาที่กำหนด จึงเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัดที่ต้องควบคุม ตรวจสอบ ดูแล บริหารจัดการให้การจัดส่งสิ่งส่งตรวจเกิดขึ้นอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ครบถ้วนในระยะเวลาที่กำหนดทุกครั้ง

จากสถิติของการส่งสิ่งส่งตรวจ หอผู้ป่วยผ่าตัด 2 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตั้งแต่เดือน มกราคม – สิงหาคม พ.ศ. 2564 มีจำนวนการส่งสิ่งส่งตรวจชนิดต่าง ๆ รวมทั้งหมด 1,379 ครั้ง ได้แก่ 1) การเพาะเชื้อ (Culture) จำนวน 1,100 ครั้ง 2) การตรวจเซลล์วิทยา (Cytology) จำนวน 210 ครั้ง 3) การตรวจน้ำไขสันหลัง (Cerebrospinal Fluid; CSF) จำนวน 47 ครั้ง และ 4) การตรวจพาราไทรอยด์ (Parathyroid) จำนวน 22 ครั้ง อย่างไรก็ตามพบอุบัติการณ์การส่งสิ่งส่งตรวจล่าช้าเกินกำหนด 6-12 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง แบ่งเป็น การส่งเพาะเชื้อ จำนวน 2 ครั้ง และการตรวจเซลล์วิทยา จำนวน 2 ครั้ง ซึ่งจากการทบทวนอุบัติการณ์ในประเด็นสาเหตุหลักของการส่งสิ่งส่งตรวจล่าช้า พบว่า เกิดจากการมีช่องว่างของการสื่อสารส่งต่อข้อมูลของทีมผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งขาดการสื่อสารผู้นำส่งสิ่งส่งตรวจระหว่างผู้นำส่งตรวจออกจากห้องผ่าตัดและเจ้าหน้าที่ส่งสิ่งส่งตรวจไปยังห้องปฏิบัติการ ทำให้การติดตามงานยังไม่สามารถทำได้มีประสิทธิภาพ เกิดการตกหล่นและล่าช้าในการส่งสิ่งส่งตรวจ ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการออกแบบและพัฒนาเครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจไปยังห้องปฏิบัติการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของ การสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลของบุคคล 2 กลุ่ม เพื่อลดจำนวนอุบัติการณ์ รวมถึงป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดจากการส่งสิ่งส่งตรวจล่าช้า ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการวินิจฉัยโรคที่มีความถูกต้องแม่นยำ ลดอัตราการเก็บสิ่งส่งตรวจซ้ำ ส่งผลต่อการลดต้นทุนค่าใช้จ่าย ความเสี่ยงด้านคุณภาพและความน่าเชื่อถือของหน่วยงาน

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนาเครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของเครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์การคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) ซึ่งเป็นแนวคิดที่พัฒนาในปี ค.ศ. 1990 โดยบริษัทไอดีโอ (IDEO) ซึ่งมี David Kelly เป็นผู้ก่อตั้ง โดยเน้นมนุษย์เป็นศูนย์กลางและแนวคิดอื่น ๆ มาใช้ในการออกแบบผลิตภัณฑ์อยู่บนพื้นฐานของการเข้าใจผู้ใช้ (Jidjawan, 2018; Roddy & Polfuss, 2020) การคิดเชิงออกแบบเป็นกระบวนการคิดที่ใช้การทำความเข้าใจปัญหาต่าง ๆ อย่างลึกซึ้ง โดยคำนึงถึงผู้ใช้เป็นศูนย์กลาง และนำความคิดสร้างสรรค์และมุมมองที่หลากหลายมาพัฒนาเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา (Kelly & Young, 2017) แนวคิดนี้ได้มีการประยุกต์ใช้ในหลายบริบท ได้แก่ ภาครัฐกิจ การศึกษา สังคมและเศรษฐกิจ รวมทั้งทางด้านสุขภาพได้มีการประยุกต์ใช้การคิดเชิงออกแบบ เนื่องจากเป็นวิธีการพัฒนานวัตกรรมหรือสิ่งประดิษฐ์ที่ใช้แนวทางและวิธีการสร้างนวัตกรรมในงานการคิดเชิงออกแบบที่เป็นกระบวนการคิดเพื่อแก้ไขปัญหาหรือ พัฒนาแนวคิดใหม่ ๆ เพื่อที่จะหาวิธีการที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดในการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Altman, Huang, & Breland, 2018) การคิดเชิงออกแบบประกอบด้วยกระบวนการ 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การทำความเข้าใจปัญหาของกลุ่มเป้าหมายเชิงลึก (Empathize) หมายถึง การทำความเข้าใจต่อกลุ่มเป้าหมายให้มากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ โดยใช้เทคนิคการสังเกต (Observe) การสมมุติให้ตัวเองเข้าไปอยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ (Immerse) ซึ่งทีมผู้วิจัยได้มีการสังเกตพฤติกรรมของผู้รับ-ส่งสิ่งส่งตรวจและเข้าใจสภาพปัญหาอย่างลึก ซึ่งทำให้เข้าใจสิ่งที่กลุ่มเป้าหมายต้องการอย่างแท้จริง

2. การตีความปัญหา (Define) เป็นการตีความจากสิ่งที่ได้เรียนรู้มาจากระดับขั้นตอนการทำความเข้าใจปัญหาของกลุ่มเป้าหมายเชิงลึก เพื่อระบุให้ได้ว่าปัญหาที่แท้จริงที่เกิดขึ้นคืออะไร ซึ่งจะต้องเชื่อมโยงประเด็นต่าง ๆ ที่นำไปสู่ความรู้สึกลึกซึ้งในเชิงลึก (Insight) ความต้องการ (Needs) โดยใช้ภาพรวมและมุมมอง (Point-of View) ของกลุ่มเป้าหมายและเพื่อให้ง่ายต่อการวิเคราะห์ ซึ่งหลังจากที่ได้มีการเข้าใจความต้องการของกลุ่มเป้าหมายแล้วทีมผู้วิจัยได้มีการประชุมอภิปรายในสิ่งที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 เพื่อให้ทราบปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มผู้รับ-ส่งสิ่งส่งตรวจไปยังห้องปฏิบัติการ

3. การระดมจินตนาการแบบไร้ขีดจำกัด (Ideate) เป้าหมายของขั้นตอนนี้คือ ต้องการความคิดที่หลากหลายและจำนวนมากพอในการนำมาใช้แก้ไขปัญหาความคิดของทีมผู้วิจัย และไม่จำกัดแนวทางเพื่อให้เกิดความคิดใหม่ๆ ความคิดนอกกรอบและตอบโต้ได้แบบที่ไม่เคยมีใครปฏิบัติมาก่อน ซึ่งทีมผู้วิจัยได้มีการร่วมกันออกแบบสิ่งประดิษฐ์ เพื่อช่วยในการแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจไปยังห้องปฏิบัติการ

4. การพัฒนาต้นแบบ (Prototype) ในขั้นตอนนี้ผู้ออกแบบนำกลุ่มความคิดจากสิ่งที่เขียนในกระดาษมาสร้างเป็นชิ้นงานที่จับต้องได้ เปรียบเสมือนกับการนำสิ่งที่เขียนมาพัฒนาเป็นรูปธรรม ซึ่งทีมผู้วิจัยได้มีการออกแบบเป็นภาพวาด และหลังจากนั้นได้ผลิตเป็นสิ่งประดิษฐ์ที่สามารถจับต้องได้เพื่อนำไปทดสอบในระยะที่ 1

5. การทดสอบต้นแบบ (Test) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการ คือ การนำต้นแบบที่สร้างขึ้นไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายเพื่อขอคำแนะนำ (Feedback) และนำไปสู่การปรับปรุงหรือแก้ไข ทดสอบต้นแบบกับกลุ่มตัวอย่างมีวัตถุประสงค์เพื่อหาการรับรู้ที่แท้จริงของกลุ่มเป้าหมายต่อต้นแบบที่สร้างขึ้น สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการทดสอบต้นแบบเฉพาะในระยะที่ 1 เท่านั้น

นอกจากนี้ทีมผู้วิจัย ประเมินประสิทธิผลของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นในด้านต่าง ๆ ดังนี้ (Bhumisirikul, & Chiannikulchai, 2018; Lang, Martin, Sharples, & Crowe, 2013; Surma-aho, Hölttä-Otto, Nelskylä, & Lindfors, 2021) 1) ความสอดคล้องกับเป้าหมายที่พัฒนาขึ้น (Accordance with the Purpose of the Study) ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวที่พัฒนาขึ้นใช้ได้ตรงตามหน้าที่การใช้งานหรือไม่ 2) การใช้งาน (Usability) เป็นการประเมินในแต่ละส่วนของเครื่องมือว่าสามารถนำมาใช้งานได้หรือไม่และมีปัญหาอะไรบ้างจากการใช้งาน 3) ความปลอดภัย (Safety) เป็นการประเมินความปลอดภัยทั้งเครื่องมือ/อุปกรณ์และผู้ใช้ 4) ความคุ้มค่า (Cost-Effectiveness) 5) ความมั่นใจของผู้ใช้เครื่องมือ (Confidence of Users) และ 6) การออกแบบ (Device Design) เป็นการประเมินความเหมาะสมของการออกแบบเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น สำหรับการศึกษานี้ ทีมผู้วิจัยเลือกประเมินประสิทธิผลของ

เครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจที่พัฒนาขึ้น โดยประเมินจากความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านการใช้งาน 2) ด้านความปลอดภัย 3) ด้านความคุ้มค่า และ 4) ด้านการออกแบบ

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยการออกแบบและพัฒนา (Design and Development Research) ดำเนินการ 2 ขั้นตอนดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 การออกแบบและพัฒนาเครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้การคิดเชิงออกแบบในการพัฒนา มีขั้นตอนดังนี้

1. การทำความเข้าใจปัญหาของกลุ่มเป้าหมายเชิงลึก (Empathize) ผู้วิจัยได้สำรวจวิธีการส่งสิ่งส่งตรวจซึ่งปัจจุบันมีวิธีการส่งสิ่งส่งตรวจ 2 แบบ คือ การส่งโดยเจ้าหน้าที่และการส่งด้วยระบบท่อลม แต่การส่งด้วยระบบท่อลมนั้น มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการติดค้างในระบบท่อลม ส่งผลให้วิธีการส่งด้วยท่อลมไม่เป็นที่นิยมใช้ในการส่งสิ่งส่งตรวจทางจุลชีววิทยาเพื่อการเพาะเชื้อจากร่างกายผู้รับบริการ ดังนั้นวิธีการส่งสิ่งส่งตรวจด้วยเจ้าหน้าที่ จึงเป็นวิธีที่ใช้ในปัจจุบัน นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มีการสำรวจข้อมูลทางสถิติจากการบันทึกการส่งสิ่งส่งตรวจ และอุบัติการณ์การเกิดข้อผิดพลาดในการส่งสิ่งส่งตรวจชนิดต่าง ๆ มีความล่าช้ามีสาเหตุเกิดจากการมีช่องว่างของการสื่อสารส่งต่อข้อมูลของทีมผู้ปฏิบัติงาน

2. การตีความปัญหา (Define) ในขั้นตอนนี้ ทีมผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ สังเคราะห์ เชื่อมโยงข้อมูลต่าง ๆ อุตการณ์การส่งสิ่งส่งตรวจล่าช้าเกินกำหนด และได้สรุปกรอบปัญหา คือ “เราจะทำอย่างไรให้การสื่อสารส่งต่อข้อมูลการส่งสิ่งส่งตรวจของทีมผู้ปฏิบัติงานมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และไม่เกิดความล่าช้า”

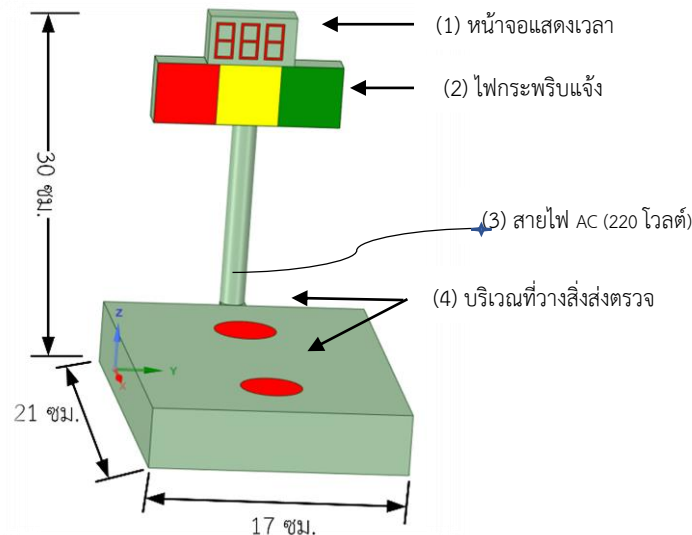
3. การระดมจินตนาการแบบไร้ขีดจำกัด (Ideate) ทีมผู้วิจัยได้มีการร่วมกันคิด เสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นหลายวิธี และได้แนวคิดในการสร้างเครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจ

4. การออกแบบเครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจไปยังห้องปฏิบัติการ (Visual Prototype) โดยการทำงานของเครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจ (ภาพ 1) มีดังนี้

4.1 เสียบปลั๊กไฟ AC 220 โวลต์ (แสดงหมายเลข 3)

4.2 นำสิ่งส่งตรวจมาวางบริเวณฐานวงกลมสีแดงที่มี 2 วง (แสดงหมายเลข 4) ซึ่งเป็นตำแหน่งตัวตรวจจับเพื่อส่งสัญญาณ (Sensor) ผู้วางสามารถวางเลือกบริเวณวงใดก็ได้ ซึ่งบริเวณดังกล่าวเมื่อนำขวดไปวางแล้วระบบไฟกระพริบจะทำงานแจ้งเตือน เครื่องจะตรวจจับทันที มีการ Set เวลาในการแจ้งเตือนซึ่งแสดงบนหน้าจอแสดงเวลา (หมายเลข 1) ทั้งหมด 30 นาที โดยจะมีไฟกระพริบ (หมายเลข 2) ทั้งหมด 3 สี ดังนี้ 1) ไฟสีเขียวจะกระพริบในช่วงเวลาตั้งแต่เริ่มวางจนถึง 10 นาที 2) ไฟสีเหลืองจะเริ่มกระพริบตั้งแต่ 11 -20 นาที และ 3) ไฟสีแดงจะเริ่มกระพริบตั้งแต่ 21-30 นาที

4.3 เมื่อนำสิ่งส่งตรวจออกไปจากฐานวงกลมสีแดง ระบบจะปิดวงจรไฟกระพริบการทำงานทันที กรณีที่ไม่มีการนำสิ่งส่งตรวจไปส่งหลังจากเวลาผ่านไป 30 นาที ไฟแจ้งเตือนสีแดงจะเริ่มหมุนพร้อมกับกระพริบตลอดเวลาจนกระทั่งมีการหยิบสิ่งส่งตรวจจากฐานวงกลมสีแดง ไฟกระพริบจะหยุดทำงานทันที



ภาพ 1 เครื่องแจ้งเตือนสิ่งส่งตรวจ (Visual Prototype)

4.4 การพัฒนาต้นแบบ (Prototype) ในขั้นตอนนี้ ทีมผู้วิจัยได้ออกแบบนำกลุ่มความคิดจากสิ่งที่เขียนในกระดาษมาประดิษฐ์เป็นชิ้นงานที่จับต้องได้ เปรียบเสมือนกับการนำสิ่งที่เป็นามธรรมมาพัฒนาเป็นรูปธรรม ซึ่งทีมผู้วิจัยได้มีการออกแบบเป็นภาพวาด และหลังจากนั้นได้ผลิตเป็นสิ่งประดิษฐ์โดยใช้เครื่องพิมพ์ 3 มิติ (3D printing) ในการประดิษฐ์ต้นแบบที่สามารถจับต้องได้ และนำไปทดสอบต้นแบบในระยะที่ 1

ขั้นตอนที่ 2 การทดสอบการใช้ต้นแบบเครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจ

ในขั้นตอนนี้ เป็นการประเมินประสิทธิผลของเครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจ (Prototype Testing) เป็นขั้นตอนที่ 5 ของการคิดเชิงออกแบบ โดยผู้วิจัยจะนำเสนอเฉพาะระยะการศึกษานำร่องเท่านั้น โดยนำเครื่องแจ้งเตือนสิ่งส่งตรวจ จำนวน 1 เครื่อง วางบริเวณหน้าห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยผ่าตัด 2 จำนวน 1 ตำแหน่ง เป็นระยะเวลา 1 เดือน หลังการทดสอบได้ประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้ต่อประสิทธิผลของเครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาคุณภาพของเครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจในการทดสอบระยะที่ 2 ในการศึกษาครั้งต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยผ่าตัด 1, 2 และ 3 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยผ่าตัด 2 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษานำร่องเพื่อทดสอบประสิทธิผลของเครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 20 คน ตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพประจำห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์การทำงานห้องผ่าตัด 1 ปีขึ้นไป และ 2) เติบโตที่จะเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้ต่อประสิทธิผลของเครื่องแจ้งเตือนสิ่งส่งตรวจ ผู้วิจัยได้พัฒนาจากกรอบทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ 1) อายุ 2) เพศ 3) ศาสนา 4) ตำแหน่งปัจจุบัน และ 5) ประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด และตอนที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้ต่อประสิทธิผลของเครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจที่ได้ใช้ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ข้อคำถามประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) การประเมินการใช้งาน จำนวน 4 ข้อ 2) การประเมินความปลอดภัย 1 ข้อ 3) การประเมินความคุ้มค่า 1 ข้อ และ 4) การประเมินการออกแบบ จำนวน 5 ข้อ คำตอบเป็นมาตรวัดประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คะแนนที่ได้มาเป็นคะแนนรวม แปลผลคะแนนรายด้าน และภาพรวม แปลผลเป็นความพึงพอใจได้ดังนี้ พึงพอใจมากที่สุด (4.51-5.00) พึงพอใจมาก (3.51-4.50) พึง

พอใจปานกลาง (2.51-3.50) พึงพอใจน้อย (1.51-2.50) และพึงพอใจน้อยที่สุด (1.00-1.50) (Laha, Hiruntrakul, & Ninprapan, 2018)

2. แบบบันทึกเวลาเครื่องแจ้งเตือนสิ่งส่งตรวจ ประกอบด้วย 1) วันเดือนปี 2) เวลาที่ปรากฏบนหน้าจอขณะหยิบขวด และ 3) สีที่ปรากฏ (เขียว/เหลือง/แดง)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้ต่อประสิทธิภาพของเครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คือ 1) พยาบาลห้องผ่าตัด 1 ท่าน 2) อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญห้องผ่าตัด 1 ท่าน และอาจารย์วิศวกรรมศาสตร์ 1 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.0 โดยมีการปรับข้อความให้เหมาะสมและสอดคล้องกับการประเมิน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้ต่อประสิทธิภาพของเครื่องแจ้งเตือนสิ่งส่งตรวจกับพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 20 คน โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ 0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อโครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยผ่าตัด 2 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตทดสอบต้นแบบของเครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจกับพยาบาลห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยผ่าตัด 2 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 20 คน ตามเกณฑ์ที่กำหนดและสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลห้องผ่าตัด โดยแนะนำตนเองพร้อมทั้งอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึง วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล และแจ้งระยะเวลาในการทำแบบสอบถามหลังเสร็จสิ้นการทดสอบต้นแบบของเครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจ ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้วิจัยนำข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง ก่อนนำไปการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป การวิเคราะห์ข้อมูล โดยลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล ระยะเวลาของการแจ้งเตือนวิเคราะห์หาค่าความถี่ และร้อยละ และความพึงพอใจของผู้ใช้ต่อประสิทธิภาพของเครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสโครงการ REC.65-082-19-2 วันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2565

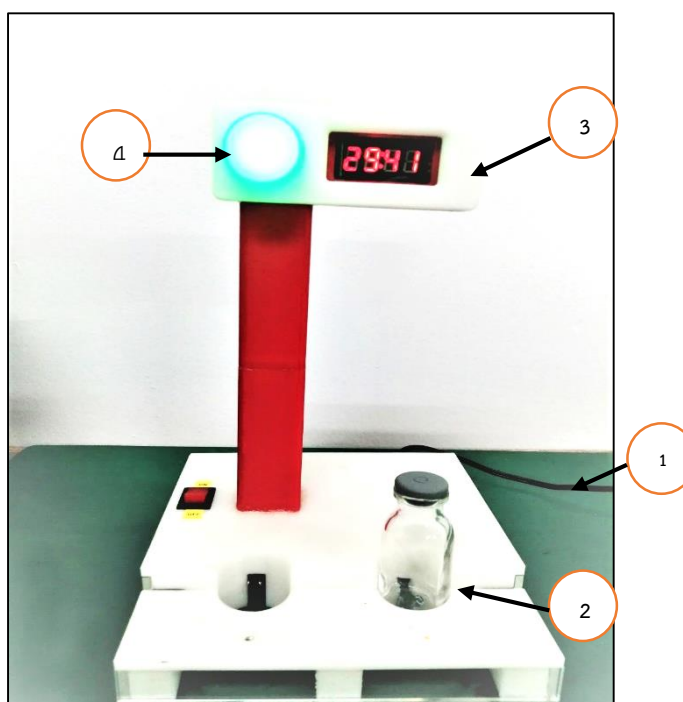
ผลการวิจัย

1. เครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

เครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจเป็นอุปกรณ์แจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด ประกอบด้วย ตัวกล่องโครงสร้างหลักของอุปกรณ์ที่มีส่วนแสดงผล ปุ่มกด และไฟแสดงสถานะ สำหรับกดปุ่มเพื่อเริ่มทำงาน และแสดงสถานะของอุปกรณ์ บริเวณด้านข้างของกล่องมีช่องเสียบสายไฟ เพื่อนำกระแสไฟฟ้าเข้าสู่ตัวอุปกรณ์สำหรับการทำงานของส่วนควบคุมประมวลผล ความมุ่งหมายของการประดิษฐ์อุปกรณ์และระบบแจ้งเตือนสิ่งส่งตรวจสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด

การทำงานของเครื่องแจ้งเตือนสิ่งส่งตรวจ (ภาพ 2) โดยการเสียบปลั๊กไฟ AC 220 โวลต์ (แสดงหมายเลข 1) และนำขวดเปล่าวางบริเวณหลุม (แสดงหมายเลข 2) ซึ่งเป็นตำแหน่งตัวตรวจจับเพื่อส่งสัญญาณ (Sensor) ผู้วาง

สามารถวางเลือกบริเวณหลุมที่วางขวดหลุมใดก็ได้ ซึ่งบริเวณดังกล่าวเมื่อนำขวดไปวางแล้วระบบไฟจะกะพริบจะทำงานแจ้งเตือน โดยเครื่องจะตรวจจับทันที และมีการ Set เวลาในการแจ้งเตือนแสดงบนหน้าจอแสดงเวลา (หมายเลข 3) ทั้งหมด 30 นาที โดยจะมีไฟกะพริบ (หมายเลข 4) ทั้งหมด 3 สี ดังนี้ 1) ไฟสีเขียวจะกะพริบในช่วงเวลาตั้งแต่เริ่มวางจนถึง 10 นาที 2) ไฟสีเหลืองจะเริ่มกะพริบตั้งแต่ 11 -20 นาที และ 3) ไฟสีแดงจะเริ่มกะพริบตั้งแต่ 21-30 นาที เมื่อนำขวดเปล่าออกไปจากหลุม ระบบจะปิดวงจรไฟกะพริบการทำงานทันที กรณีที่ไม่มี การนำสิ่งส่งตรวจไปส่งหลังจากเวลาผ่านไป 30 นาที ไฟแจ้งเตือนสีแดงจะเริ่มหมุนพร้อมกับกะพริบตลอดเวลา จนกระทั่งมีการหยิบสิ่งส่งตรวจพร้อมผู้หยิบนำขวดเปล่าออกจากหลุมไฟกะพริบจะหยุดทำงานทันที อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจ ได้แก่ มีเสียงเตือนเพื่อกระตุ้นผู้ใช้งานให้มา หยิบขวดส่งสิ่งส่งตรวจไปยังห้องปฏิบัติการได้ทันที อีกทั้งเพิ่มขนาดของฐานวางขวดแก้วให้มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อจะ สามารถรองรับขวดที่นำมาวางพร้อมกันได้หลาย ๆ ขวด



ภาพ 2 ต้นแบบเครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจ (Prototype)

2. ประเมินประสิทธิผลของเครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง: ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 20 ราย มีอายุระหว่าง 24-57 ปี ($M=35.7$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 19 ราย เพศชาย จำนวน 1 ราย นับถือศาสนาพุทธ 15 ราย ศาสนาอิสลาม 4 ราย และ ศาสนาคริสต์ จำนวน 1 ราย ตำแหน่งปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ จำนวน 17 ราย และพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ จำนวน 3 ราย อีกทั้งประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด ระหว่าง 1-35 ปี ($M=13.1$)

2.2 การทดสอบการแจ้งเตือนสิ่งส่งตรวจ จำนวน 20 ครั้ง พบว่า มีการแจ้งเตือน จำนวน 20 ครั้ง (100%) และปรากฏสีการแจ้งเตือนถูกต้องสอดคล้องกับเวลาที่ปรากฏอยู่บนจอเครื่อง (100%) อีกทั้งการทดสอบความร้อนโดยการเสียบปลั๊กทิ้งไว้ตลอดระยะเวลา 1 เดือน เครื่องไม่เกิดการชำรุดและสามารถทำงานได้ตามปกติ

2.3 ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้ต่อประสิทธิภาพของเครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้ใช้ต่อประสิทธิภาพของเครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจ (N = 20)

ความพึงพอใจ	M	SD	แปลผล
การใช้งาน			
1. ใช้งานง่าย ไม่มีความซับซ้อน	3.85	0.67	มาก
2. สามารถแจ้งเตือนนำส่งสิ่งส่งตรวจได้อย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาที่กำหนด	3.70	0.80	มาก
3. มีความคมชัดของตัวเลข และแสงสีที่แจ้งเตือน	3.70	0.86	มาก
4. มีความเหมาะสมต่อการใช้งาน	3.60	0.82	มาก
ความปลอดภัย			
5. มีความปลอดภัยในการใช้อุปกรณ์	3.95	0.76	มาก
ความคุ้มค่า			
6. มีความคุ้มค่า คุ้มทุนของเครื่องมือที่ผลการใช้งานของหน่วยงาน	3.65	0.93	มาก
การออกแบบ			
7. มีความเหมาะสมของขนาด รูปทรง และน้ำหนักของอุปกรณ์ในภาพรวม	3.75	0.85	มาก
8. มีความเหมาะสมของหน้าจอแสดงผล	3.70	0.86	มาก
9. มีความเหมาะสมของการเลือกใช้วัสดุในภาพรวม	3.70	0.86	มาก
10. มีความแข็งแรงทนทานของตัวเครื่องในภาพรวม	3.70	0.73	มาก
11. มีความเหมาะสมของการออกแบบตัวเครื่อง เช่น ความสวยงาม ความเรียบร้อย และความทันสมัยในภาพรวม	3.50	0.76	มาก
12. ความพึงพอใจในภาพรวมของเครื่องแจ้งเตือน	3.71	0.72	มาก

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ให้ข้อมูลให้คะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้ต่อประสิทธิภาพของเครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจเป็นรายด้าน คะแนนความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพด้านการใช้งาน โดยเฉพาะใช้งานง่าย ไม่มีความซับซ้อน ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($M=3.85$, $SD=0.67$) สำหรับด้านความปลอดภัยในการใช้อุปกรณ์ ($M=3.95$, $SD=0.76$) และด้านความคุ้มค่า คุ้มทุนของเครื่องมือที่ผลการใช้งานของหน่วยงาน ($M=3.65$, $SD=0.93$) ระดับความพึงพอใจมาก นอกจากนี้ด้านการออกแบบมีความเหมาะสมของขนาด รูปทรง และน้ำหนักของอุปกรณ์ในภาพรวม ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($M=3.75$, $SD=0.85$) อีกทั้งคะแนนระดับความพึงพอใจของผู้ใช้ต่อประสิทธิภาพของเครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M=3.71$, $SD=0.72$)

อภิปรายผล

ผลจากการศึกษาประสิทธิภาพของเครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M=3.71$, $SD=0.72$) ทั้งนี้เนื่องจากการผลิตเครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจไปยังห้องปฏิบัติการ ถูกพัฒนาและประดิษฐ์ภายใต้การคิดเชิงออกแบบ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ให้ความสำคัญต่อผู้ใช้งานเป็นหลัก (Altman, Huang, & Breland, 2018) จากการศึกษาสภาพปัญหาเชิงลึกจากข้อมูลทางสถิติของหน่วยงาน และบุคลากรผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หัวหน้าห้องผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัด เจ้าหน้าที่/แม่บ้าน และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ สอดคล้องกับการคิดเชิงออกแบบในการสร้างความเข้าใจ นอกเหนือเครื่องมือดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านสิ่งประดิษฐ์ และได้มีการตรวจสอบคุณภาพในห้องทดลองเบื้องต้น ก่อนนำไปใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ จึงมีผลทำให้เครื่องผลิตแจ้งเตือนสิ่งส่งตรวจเป็นสิ่งมาช่วยแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นระบบ และไม่พบข้อผิดพลาดในการส่งสิ่งส่งตรวจ ร้อยละ 100 และเมื่อพิจารณารายด้าน ได้แก่ ด้านการใช้งาน คะแนนระดับความพึงพอใจในทุก ๆ ข้อ อยู่ในระดับมาก เนื่องจากเครื่องแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจสามารถใช้งานง่าย ไม่มีความซับซ้อน ($M=3.85$, $SD=0.67$) สามารถแจ้งเตือนนำส่งสิ่งส่งตรวจได้อย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาที่

กำหนด ($M=3.70$, $SD=0.80$) และมีความคมชัดของตัวเลข และแสงสีที่แฉ่งเตือน ($M=3.70$, $SD=0.86$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chanprasert (2017) เกี่ยวกับการพัฒนาเครื่องมือแฉ่งเตือนสิ่งกีดขวางเพื่อผู้พิการทางสายตา ในด้านการใช้งานและการออกแบบ พบว่า เครื่องมือแฉ่งเตือนสิ่งกีดขวางเพื่อผู้พิการทางสายตามีน้ำหนักเบา สามารถใช้งานได้จริง

สำหรับด้านความปลอดภัยในการใช้อุปกรณ์ ($M=3.95$, $SD=0.76$) และความคุ้มค่า คำนวณ ($M=3.65$, $SD=0.93$) พบว่า ความพึงพอใจระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากอุปกรณ์แฉ่งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจได้มีการออกแบบด้านที่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ใช้ด้วยวัสดุที่ไม่นำไฟฟ้า ซึ่งการใช้งานเพียงแค่เสียบปลั๊กไฟเข้ากับตัวเครื่องกับไฟ AC 220 โวลต์ สำหรับต้นทุนการผลิตราคา 2,000 บาท ซึ่งมีความประหยัดและคุ้มค่า นอกจากนี้ด้านการออกแบบ มีความเหมาะสมของขนาด รูปทรง และน้ำหนักของอุปกรณ์ในภาพรวม ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($M=3.75$, $SD=0.85$) ซึ่งเครื่องแฉ่งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจมีการออกแบบที่เหมาะสมกับการใช้งาน มีความสวยงาม เรียบร้อย และทันสมัย น้ำหนักเบา สามารถเคลื่อนย้ายได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ Laha, Hiruntrakul, & Ninprapan (2018) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้งานต่อเครื่องมือวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาแบบไอโซเมตริกในท่านั่ง พบว่า ความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M=3.88$, $SD=0.76$) และเมื่อพิจารณารายด้าน ความปลอดภัยในการใช้งาน ($M=3.93$, $SD=0.76$) มีคะแนนความพึงพอใจสูงสุด รองลงมา ได้แก่ ด้านการใช้งาน และด้านกายภาพ ค่าความพึงพอใจในระดับมาก ($M=3.91$, $SD=0.75$; $M=3.91$, $SD=0.75$ ตามลำดับ)

การทดสอบการแฉ่งเตือน จำนวน 20 ครั้ง พบว่า ร้อยละ 100 มีการแฉ่งเตือน และสามารถปรากฏสีการแฉ่งเตือนถูกต้องสอดคล้องกับเวลาที่ปรากฏอยู่บนจอเครื่อง แสดงให้เห็นว่าเครื่องที่ถูกสร้างขึ้นได้ผ่านการทดสอบจนมีความเที่ยงและความตรงในการแสดงผลได้แม่นยำและถูกต้องทุกครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sangyun (2019) ได้ออกแบบและสร้างอุปกรณ์ตรวจจับความชื้นให้เหมาะสมกับตำแหน่งติดตั้งและสรีระของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ นอนติดเตียงที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ และต้องใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป จำนวน 32 คน ผลการศึกษา พบว่า ด้านการออกแบบอุปกรณ์เตือนเปลี่ยนผ้าอ้อมแบบที่ 1 และแบบที่ 2 สามารถสร้างออกมาได้ตามแบบที่กำหนดใช้งานได้สะดวก บำรุงรักษาได้ง่าย และจากการทดลองใช้แผ่นรองเตือนเปลี่ยนผ้าอ้อมไฮเทคแบบที่ 1 และแบบที่ 2 ระยะการส่งสัญญาณอยู่ในช่วง 1-20 เมตร สามารถส่งสัญญาณได้ทุกครั้ง

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรออกแบบเครื่องแฉ่งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจที่มีขนาดฐานที่ใหญ่ขึ้น และเพิ่มระบบแฉ่งเตือนผ่านทางโทรศัพท์ไปยังผู้ที่ทำหน้าที่ส่งสิ่งส่งตรวจโดยตรง พร้อมทั้งมีระบบการลงบันทึกที่สามารถตรวจสอบได้
2. ควรประยุกต์ต้นแบบผลิตเครื่องแฉ่งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจไปใช้ในหน่วยงานอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการส่งสิ่งส่งตรวจด้วยเครื่องแฉ่งเตือนสิ่งส่งตรวจผ่านเจ้าหน้าที่และการส่งด้วยระบบทอเลมรับ-ส่งสิ่งส่งตรวจ
2. ควรมีการพัฒนาการวิจัยการออกแบบและพัฒนา (Design and Development Research) อย่างต่อเนื่อง

References

Altman, M., Huang, T. T. K. & Breland, J. Y. (2018). Design Thinking in Health Care. *Preventing Chronic Disease*, 15, E117. doi.org/10.5888/pcd15.180128

- Bhumisirikul, P. & Chiannikulchai, N. (2018). Development of a RAMA Gallbladder Retrieval Bag for Improved Patient Safety: A Nursing Innovation. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 22(3), 264-277.
- Chanprasert, K. (2017). Development of the Obstacle Warning Instruments. *Thai Science and Technology Journal*, 25(1), 137147. (In Thai)
- Jidjawan, N. (2018). Design Thinking Process: New Perspective in Thai Healthcare System. *Thai Journal of Nursing Council*, 33(1), 5-14. (In Thai)
- Kelly, C. J. & Young, A. J. (2017). Promoting Innovation in Healthcare. *Future Healthcare Journal*, 4(2), 121-125. <https://doi.org/10.7861/futurehosp.4-2-121>
- Laha, W., Hiruntrakul, A. & Ninprapan, A. (2018). The Satisfaction of User in the Isometric Leg Strength Dynamometer in Setting Position for Field Test. *KKU Research Journal (Graduate Studies)*, 18(2), 32-43. (In Thai)
- Lang, A. R., Martin, J. L., Sharples, S. & Crowe, J. A. (2013). The Effect of Design on the Usability and Real World Effectiveness of Medical Devices: A case Study with Adolescent Users. *Appl Ergon*, 44(5), 799-810. doi:10.1016/j.apergo.2013.02.001
- Nopparatana, C. (2020). Manual Transmissions Lab. Pathology Department, Medical Faculty, Prince of Songkla University. (In Thai)
- Roddy, L. & Polfuss, M. (2020). Employing Design Thinking Methods in Nursing to Improve Patient Outcomes. *Nursing Forum*, 55(4), 553-558. <https://doi.org/10.1111/nuf.12461>
- Sangyun, S. (2019). To Create and Performance Pads Waring Changing Diaper High-Tec. *Vocational Education Central Region Journal*, 3(2), 54-60. (In Thai)
- Surma-aho, A., Hölttä-Otto, K., Nelskylä, K. & Lindfors, N. C. (2021). Usability Issues in the Operating Room-Towards Contextual Design Guidelines for Medical Device Design. *Applied Ergonomics*, 90, 103221. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2020.103221>
- The Thai Perioperative Nurse Association. (2013). *The Thai Perioperative Nurse Association: Perioperative Nurse Competencies*. (2nd ed.). Bangkok: Bangkok Medical Publisher. (In Thai)

โมเดลเชิงสาเหตุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

A Causal Model of Factors Influencing Quality of Work Life of Professional Nurses in Hospitals of Three Southern Border Provinces

สินีนาง เนาว์สุวรรณ¹, กาญจนา ศรีสวัสดิ์^{2*}, สัณวรณ์ งัดกระโทก³

Sineenart Nousuwan¹, Kanjana Srisawad², Sungworn Ngudgratoke³

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(การบริหารทางการพยาบาล)¹, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาริธา^{2*}, สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาริธา³

Student of Master of Nursing Science Program (Nursing Administration)¹, Faculty of Nursing, Sukhothai

Thammathirat Open University^{2*}, Faculty of Education, Sukhothai Thammathirat Open University³

(Received: December 17, 2022; Revised: April 2, 2023; Accepted: April 4, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล และตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลเชิงสาเหตุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 460 คน ใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวัดคุณภาพชีวิตการทำงานและแบบวัดปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กร ด้านคุณลักษณะของงาน และด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ระหว่าง 0.57 ถึง 1.00 ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือแต่ละด้านโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าอยู่ระหว่าง .96 - .99 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา และ สถิติ SEM ผลการวิจัยพบว่า

1. คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงาน โรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.43$, $SD=0.63$)

2. โมเดลคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาจากค่า ($\chi^2/df=1.134$, $p-value=.134$, $RMSEA=.017$, $RMR=.011$, $GFI=.971$ และ $AGFI=.943$) โดยปัจจัยด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ($TE=.748$) ส่วนปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กร ($DE=.406$) และคุณลักษณะของงาน ($DE=.424$) มีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

ดังนั้นองค์กรพยาบาลควรทำแผนพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรม จัดระบบการดำเนินงานและการกำหนดนโยบายการเลื่อนตำแหน่งอย่างชัดเจน ตลอดจนส่งเสริมการศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น เพื่อสร้างแรงจูงใจให้พยาบาลวิชาชีพมีการพัฒนาตนเอง ส่งผลต่อการพัฒนาวิชาชีพต่อไป

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตการทำงาน, ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง, บรรยากาศองค์กร, คุณลักษณะงาน
พยาบาลวิชาชีพ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: Kanjana.sri@stou.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 086-9085809)



Abstract

This Research aimed to 1) study the quality of work life of professional nurses in hospitals of three southern border provinces and 2) examine the fitness of a causal model of factors influencing quality of work life of professional nurses in hospitals of three southern border provinces. The sample was 460 professional nurses working in hospitals of three southern border provinces recruited by using a Stratified random sampling method. The research instruments consisted of 5 parts including 1) a demographic questionnaire, 2) professional nurses' quality of work life questionnaire, 3) a factor of organizational climate questionnaire, 4) a factor of job characteristics questionnaire and 5) a factor of transformational leadership questionnaire. The content validity indexes of these tools ranged from 0.57-1.00 and the reliability value ranged from .96-.99. Data were analyzed using descriptive statistics and structural equation modeling

Research results revealed that 1) the quality of work life of professional nurses in hospitals of three southern border provinces, overall, was at a moderate level and 2) the model of quality of work life of professional nurses fitted empirical data by considering ($\chi^2/df = 1.134$, $p\text{-value} = .134$, $RMSEA = .017$, $RMR = .011$, $GFI = .971$ และ $AGFI = .943$) The factor of transformational leadership had both direct and indirect effects on the quality of work life of professional nurses ($TE = .748$). The factor of organizational climate ($DE = .406$), and the factor of job characteristics ($DE = .424$) had a direct effect on the quality of work life of professional nurses.

Therefore, nursing organizations should promote a career path and job security by making a concrete nursing professional development plan, creating a clear operating system and promotion policy as well as sponsoring higher education to motivate professional nurses to develop themselves that will affect further professional development.

Keywords: Quality of Work Life, Transformational Leadership, Organizational Climate, Job Characteristic, Professional Nurses

บทนำ

คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล (Quality of Working Life in Nursing Practice) เป็นสภาพความเป็นอยู่ของพยาบาลวิชาชีพที่เกิดจากการได้รับการสนองตอบความต้องการในการทำงาน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นที่ยอมรับของสังคม การมีความสมดุลระหว่างงานและชีวิต ซึ่งมีผลให้งานที่ทำบรรลุวัตถุประสงค์และเกิดประสิทธิภาพ บุคคลที่ใช้ชีวิตการทำงานอยู่กับสิ่งที่ตนพอใจ ทำให้มีสภาพจิตใจและอารมณ์ที่ดีส่งผลให้ทำงานดีไปด้วย (Walton, 1975) โดยคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ 1) ค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม 2) ความก้าวหน้าและมั่นคง 3) การได้รับการพัฒนาทักษะและการใช้ความสามารถ 4) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล 5) สภาพแวดล้อมที่ดีและปลอดภัย 6) ความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวกับการทำงาน 7) การได้ทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม และ 8) การได้รับการปกป้องสิทธิส่วนบุคคล

สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ประกอบด้วยจังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา และจังหวัดนราธิวาส ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ใช้ภาษามลายูท้องถิ่นเพื่อการสื่อสารในชีวิตประจำวัน และอีกประมาณร้อยละ 24 เป็นผู้นับถือศาสนาพุทธ จึงทำให้พื้นที่ที่มีความแตกต่างทั้งทางประวัติความเป็นมา เชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม ภาษา (Boonrith, 2013) จากสถานการณ์ความไม่สงบสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เกิดขึ้นยาวนานกว่า 15 ปี ตั้งแต่ปี 2547 เป็นต้นมา ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต สุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ รวมทั้งผลกระทบของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลประจำจังหวัดในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อการ

ปฏิบัติหน้าที่ทั้งในและนอกโรงพยาบาล (Kraonual, Hatthakit, & Boonyasopun, 2009) ซึ่งพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องดูแลผู้รับบริการตลอด 24 ชั่วโมง ภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบพยาบาลวิชาชีพรับรู้ถึงความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การได้รับหรือให้ความช่วยเหลือกับบุคคลอื่นในสังคมไม่ดีเท่าที่ควร ตลอดจนรับรู้ว่าการสังคมไม่สามารถช่วยเหลือเรื่องความปลอดภัยให้แก่ตนเองได้เลย (Aongsawang, Saejeng, Limthaveekul, & Nilrat, 2004) ประกอบกับตั้งแต่ต้นปี 2563 เป็นต้นมา การระบาดของโรคโควิด 19 ได้แพร่ระบาดไปทั่วโลก รวมถึงพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ ยะลา นราธิวาส และปัตตานี สถานการณ์ผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีจำนวนผู้ติดเชื้อพุ่งสูงขึ้น (Lateh, Pasunon, Dolah, Kongjam, Chemaie, Panomwan, et al., 2021) ซึ่งการระบาดของเชื้อโควิด 19 ทำให้ความต้องการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นในอัตราที่ก้าวกระโดด ในขณะที่ขีดความสามารถของพยาบาลและบุคลากรไม่ได้เพิ่มขึ้นตามไปด้วย ส่งผลให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยงานต้องปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพความเปลี่ยนแปลงและสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ ทำให้เกิดความเครียด และความพึงพอใจในการทำงานลดลง รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์เกิดปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรในการรักษา และบุคลากรทางการแพทย์ต้องทำงานหนักต่อเนื่องตลอดมา จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพลดลงตามมาด้วย (Harnlakorn, Phetcharat, Rithirod, Kamoller, Pitayavatanachai, & Meesing, 2022) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pongoen, Sararat, & Odklun (2016) และ Sangounwongwan, & Piyapanya (2017) พบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลด้านคำตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรมอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้การศึกษาของ Siriphan, Prateepchaikul, Songwanthana, & Shingchangchai (2014), Thongkao, & Kangsan (2020) และ Kingthong (2019) พบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น จึงจำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้การพยาบาลที่มีคุณภาพต่อผู้รับบริการ และยังคงปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่ต่อไป (Nakpin, 2009)

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่ามีตัวแปรที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพคือ 1) บรรยากาศองค์กร เป็นการรับรู้หรือรู้สึกถึงสิ่งแวดล้อมที่มีส่วนร่วมในการทำงาน หรือบรรยากาศในสถานที่ทำงานที่ประกอบไปด้วยการผสมผสานระหว่างบรรทัดฐาน คุณค่า ความคาดหวัง นโยบายและแนวทางการทำงานที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพและเป็นปัจจัยที่มุ่งเสริมให้สามารถทำงานเป็นทีมได้ ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบย่อย คือ โครงสร้างมาตรฐาน ความรับผิดชอบ การได้รับการยอมรับ การสนับสนุน และความยึดมั่นผูกพัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Limtrakoolthai, & Jadesadalag (2018) และ Sirasitnaruewat, Sitakalin, & Geerapong (2020) พบว่าบรรยากาศองค์กรด้านการดำเนินงาน มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน 2) คุณลักษณะของงาน ซึ่งเป็นการออกแบบและการส่งเสริมแรงจูงใจในพนักงาน คือ ลักษณะงานต้องมีความเป็นเอกภาพมีระดับความยากง่าย เป็นงานที่มีความสำคัญที่สามารถขับเคลื่อนองค์กร มีความเป็นอิสระให้พนักงานกำหนดการทำงานและวิธีการต่าง ๆ เอง และการให้พนักงานได้รับทราบเกี่ยวกับประสิทธิภาพและคุณภาพในการทำงานของตนเอง ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบย่อย คือ ความหลากหลายของทักษะ ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของงาน ความสำคัญของงาน ความมีอิสระในการตัดสินใจในงาน และ ข้อมูลผลการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Kamkornruecha & Thongwichien, (2014); Sangounwongwan, & Piyapanya (2017) พบว่าคุณลักษณะงานมีผลการปฏิบัติงานได้แก่การรับรู้การสนับสนุนจากหัวหน้างาน ความมีอิสระในการทำงาน และความสำคัญของงาน รวมถึงสภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ และ 3) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง เป็นระดับพฤติกรรมที่ผู้นำแสดงให้เห็นในการจัดการหรือการทำงาน เป็นกระบวนการที่ผู้นำมีอิทธิพลต่อผู้ร่วมงาน โดยการเปลี่ยนสภาพและเปลี่ยนแปลงความพยายามของผู้ร่วมงานให้สูงขึ้นและมีศักยภาพมากขึ้น ทำให้เกิดความตระหนักรู้ในภารกิจและวิสัยทัศน์ของกลุ่ม จูงใจให้ผู้ร่วมงานมองไกลเกินกว่าความสนใจของพวกเขาไปสู่ประโยชน์ของกลุ่มหรือสังคม (Bass & Avolio, 1991) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบย่อย คือ การสร้างบรรมี การสร้างแรงบันดาลใจ การกระตุ้นปัญญา และการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับต่ำถึงระดับปานกลาง ประกอบกับสามจังหวัดชายแดนภาคใต้เกิดสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่และสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพและการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ นอกจากนี้ยังพบว่าตัวแปรด้านคุณลักษณะของงาน ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และบรรยากาศองค์กร เป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรดังกล่าวมาพัฒนาเป็นโมเดลสมการโครงสร้างที่เหมาะสมสามารถนำไปออกแบบเป็นแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนา พัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ให้สูงขึ้น และเกิดการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้
2. เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลเชิงสาเหตุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

สมมติฐานการวิจัย

โมเดลเชิงสาเหตุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพของ Walton (1975) ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบย่อย ดังนี้ 1) ค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม 2) ความก้าวหน้าและความมั่นคง 3) การได้รับการพัฒนาทักษะและการใช้ความสามารถ 4) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล 5) สภาพแวดล้อมที่ดีและปลอดภัย 6) ความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวกับการทำงาน 7) การได้ทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม และ 8) การได้รับการปกป้องสิทธิส่วนบุคคล และได้ทบทวนปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กร (Stringer, 2002) ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย ได้แก่ โครงสร้าง มาตรฐาน ความรับผิดชอบ การได้รับการยอมรับ การสนับสนุน และ ความยึดมั่นผูกพัน 2) ปัจจัยด้านคุณลักษณะของงาน (Hackman & Oldham, 1980) ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย ได้แก่ ความหลากหลายทักษะ ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของงาน ความสำคัญของงาน ความมีอิสระในการทำงาน และข้อมูลผลการปฏิบัติงาน และ 3) ปัจจัยด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Bass & Avolio, 1991) ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย ดังนี้ การสร้างบารมี การสร้างแรงบันดาลใจ การกระตุ้นทางปัญญา และการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล ผู้วิจัยได้นำตัวแปรที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพมาพัฒนาเป็นโมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Model : SEM) ของปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพการทำงานในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical Research) โดยการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Model Analysis: SEM)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบด้วย โรงพยาบาลปัตตานี จำนวน 460 คน โรงพยาบาลยะลาจำนวน 632 คน และโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จำนวน 444 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 1,536 คน (ข้อมูลกลุ่มการพยาบาล ณ มกราคม 2564) โดยมีการกำหนดเกณฑ์คัด

เข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ มีประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาล 1 ปี ขึ้นไป สำหรับเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ ลาศึกษาต่อ ย้ายหรือลาออกขณะเก็บข้อมูล และมีปัญหาทางสุขภาพที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในโรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบด้วย โรงพยาบาลปัตตานี จำนวน 138 คน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา จำนวน 189 คน และโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จำนวน 133 คน และมีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป รวมทั้งสิ้น 460 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนในการสุ่มร้อยละ 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 399 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มร้อยละ ได้กลุ่มตัวอย่าง 459 คน ทั้งนี้เพื่อความสะดวกในการกำหนดสัดส่วนในแต่ละโรงพยาบาลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 460 คน สอดคล้องกับแนวคิดของ Hair, Black, Babin, & Anderson (2019) กลุ่มตัวอย่างควรมีขนาด 10-20 เท่าของตัวแปรที่สังเกตได้ สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ มีตัวแปรที่สังเกตได้ จำนวน 23 ตัวแปร ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ 20 เท่า ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 460 คน การได้มาของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยการแยกออกเป็นโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลยะลา และโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จากนั้นคำนวณตัวอย่างในแต่ละจังหวัดโดยใช้การคำนวณตามขนาดสัดส่วนประชากรพยาบาลวิชาชีพแต่ละโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ การศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน จังหวัดที่ปฏิบัติงาน และโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check list) และเติมคำในช่องว่าง มีจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ และปรับปรุงแบบวัดคุณภาพชีวิตของ Karndee (2019; Kongtim, 2019) และคุณภาพชีวิตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพตามแนวคิดของวอลตัน (Walton, 1975) ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบย่อย คือ 1) ค่าตอบแทนที่เพียงพอ และยุติธรรม 2) ความก้าวหน้า และความมั่นคง 3) การได้รับการพัฒนาทักษะและการใช้ความสามารถ 4) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล 5) สภาพแวดล้อมที่ดีและปลอดภัย 6) ความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวกับการทำงาน 7) การได้ทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม และ 8) การได้รับการปกป้องสิทธิส่วนบุคคล ข้อคำถามมีจำนวน 44 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จาก 5 คะแนน หมายถึงมากที่สุด ถึง 1 คะแนน หมายถึงน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย

3.1 แบบวัดปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กร ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ และปรับปรุงแบบสอบถามของ Potchong & Suksodkiew (2019) และ Naowarat (2020) ซึ่งบรรยากาศองค์กร ตามแนวคิดของสตริงเจอร์ (Stringer, 2002) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบย่อย คือ โครงสร้างองค์กร มาตรฐาน ความรับผิดชอบ การได้รับการยอมรับ การสนับสนุนและความยืดหยุ่นผูกพัน จำนวน 35 ข้อ

3.2 แบบวัดปัจจัยด้านคุณลักษณะของงาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพและปรับปรุงแบบสอบถามของ Nilpai (2019) และ Savananon (2017) ซึ่งคุณลักษณะของงาน ตามแนวคิดของ Hackman & Oldham (1980) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบย่อย คือ ความหลากหลายของงาน ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของงาน ความสำคัญของงาน ความมีอิสระในการตัดสินใจในงาน และข้อมูลผลการปฏิบัติงาน จำนวน 21 ข้อ

3.3 แบบวัดปัจจัยด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ และปรับปรุงแบบสอบถามของ Jantabool (2017) และ Chansin (2018) ซึ่งภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ตามแนวคิดของ Bass & Avolio, (1991) ประกอบด้วย

4 องค์ประกอบย่อย คือ การสร้างบาร์มี การสร้างแรงบันดาลใจ การกระตุ้นทางปัญญา และการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล จำนวน 23 ข้อ

ลักษณะของข้อคำถามส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 เป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ จาก 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด ถึง 1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best (1997) ดังนี้

- | | |
|-----------|---|
| 4.50-5.00 | หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีคุณภาพชีวิตการทำงานและการรับรู้อยู่ในระดับมากที่สุด |
| 3.50-4.49 | หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีคุณภาพชีวิตการทำงานและการรับรู้อยู่ในระดับมาก |
| 2.50-3.49 | หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีคุณภาพชีวิตการทำงานและการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง |
| 1.50-2.49 | หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีคุณภาพชีวิตการทำงานและการรับรู้อยู่ในระดับน้อย |
| 1.00-1.49 | หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีคุณภาพชีวิตการทำงานและการรับรู้อยู่ในระดับน้อยที่สุด |
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำร่างแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต จำนวน 2 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติขั้นสูง 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล 1 คน และผู้บริหารทางการแพทย์ 3 คน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ความสอดคล้องและความครอบคลุมของเนื้อหา และการใช้ภาษา ได้หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) ระหว่าง 0.57 ถึง 1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แต่ละชุดอยู่ระหว่าง .96 - .99

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำบันทึกขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลผ่านสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และเมื่อได้รับอนุญาต จึงนำไปขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลปัตตานี และโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ เพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูล

2. การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างผ่านหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หรือผู้ประสานงานในแต่ละหอผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยใช้เวลา 1 สัปดาห์ ได้ข้อมูล 460 ชุด จึงยุติการเก็บข้อมูล ก่อนนำไปตรวจสอบ ความสมบูรณ์ของข้อมูล พบว่า ร้อยละ 100 ข้อมูลมีความสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์โมเดลเชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ วิเคราะห์โดยโมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) ดังนี้

3.1 การตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดลสมการโครงสร้างปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ที่พัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งมีการพิจารณาจากค่า ไค-สแควร์ ดัชนี GFI (Goodness of Fit) ดัชนี AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index) และ RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation)

3.2 การตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดล (Goodness of Fit Measures) เพื่อศึกษาภาพรวมของโมเดลว่าสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์เพียงใด ผู้วิจัยใช้ค่าสถิติที่จะตรวจสอบดังนี้

ดัชนี	ระดับการยอมรับ
1. ค่าไค-สแควร์(χ^2)	χ^2 ที่ไม่มีนัยสำคัญหรือค่า p -value สูงกว่า .05 แสดงว่ามีความสอดคล้อง
2. ค่าสัดส่วน χ^2/df	มีค่าไม่ควรเกิน 2
3. ค่าดัชนีความกลมกลืน (Goodness of Fit Index : GFI)	มีค่าเข้าใกล้ 1

ดัชนี	ระดับการยอมรับ
4. ค่าดัชนีความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted Goodness of Fit Index : AGFI)	มีค่าเข้าใกล้ 1
5. ค่ารากที่สองของกำลังสองเฉลี่ยของส่วนเหลือ (Standardized Root Mean Square Residual : SRMSR)	มีค่าเข้าใกล้ 0
6. ค่าดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของการประมาณค่าความคลาดเคลื่อน (Root Mean Square Error of Approximation : RMSEA)	มีค่าเข้าใกล้ 0

ทั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติโดยทดสอบความเบ้และความโด่งซึ่งค่าความเบ้ (SKE) อยู่ระหว่าง -.14 ถึง -.49 และค่าความโด่ง (KUR) อยู่ระหว่าง -.05 ถึง .86 นอกจากนี้ตัวแปรสังเกตได้ 23 ตัวแปรมีความสัมพันธ์ทางบวกหรือไปในทิศทางเดียวกันและมีค่าตั้งแต่ .26 จนถึง .90 ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไม่เกิน .90 จึงไม่เกิดภาวะร่วมเชิงเส้นพหุ (Multicollinearity) (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2019) นอกจากนี้การทดสอบค่าสถิติ Bartlett's Test of Sphericity เพื่อตรวจสอบว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้เป็นเมทริกซ์เอกลักษณะหรือไม่ พบว่าค่า Chi-Square = 72166.509, df = 8128 และค่า $p < .001$ ซึ่งแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 รวมทั้งยังสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ค่าดัชนี Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) มีค่าเท่ากับ .976 โดยค่ามากกว่า .50 แสดงว่า เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้ที่ใช้ในการวิจัยไม่เป็นเมทริกซ์เอกลักษณะ และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีมากพอที่จะนำมาวิเคราะห์วิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างได้

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัย ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่โรงพยาบาลยะลา จ.ยะลา และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เอกสารเลขที่ 02/2565 วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2565

ผลการวิจัย

- ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 95.87 โดยมีอายุระหว่าง 31-40 ปีร้อยละ 52.17 ($M=39.12$, $SD= 8.21$, $Min= 23$, $Max=23$) มีสถานภาพคู่ร้อยละ 63.26 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 93.48 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 11-20 ปี ร้อยละ 36.09
- ระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ($n=460$)

คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ	M	SD	แปลผล
1. ค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม	3.05	0.92	ปานกลาง
2. ความก้าวหน้าและความมั่นคง	3.35	0.74	ปานกลาง
3. การได้รับการพัฒนาทักษะและการใช้ความสามารถ	3.55	0.71	มาก
4. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	3.60	0.68	มาก
5. สภาพแวดล้อมที่ดีและปลอดภัย	3.44	0.78	ปานกลาง
6. ความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวกับการทำงาน	3.09	0.88	ปานกลาง
7. การได้ทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม	3.69	0.77	มาก
8. การได้รับการปกป้องสิทธิส่วนบุคคล	3.73	0.75	มาก
ภาพรวม	3.43	0.63	ปานกลาง

จากตาราง 1 พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.43$, $SD=0.63$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การได้รับการปกป้องสิทธิส่วนบุคคล ($M=3.73$, $SD=0.75$) รองลงมา คือ การได้ทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ($M=3.69$, $SD=0.77$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม ($M=3.05$, $SD=0.92$)

3. การตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลเชิงสาเหตุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ความตรงของโมเดลเชิงสาเหตุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

ตัวแปรแฝง	ตัวแปรสังเกตได้	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ			
		b_{sc}	SE	t	ความเที่ยง (R^2)
คุณภาพชีวิตการทำงาน	ค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม	.61**	.07	13.40	.37
	ความก้าวหน้าและมั่นคง	.74**	.06	16.37	.55
	การได้รับการพัฒนาทักษะและใช้ความสามารถ	.86**	.05	19.91	.74
	สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล	.88**	.05	20.99	.77
	สภาพแวดล้อมที่ดีและปลอดภัย	.76**	.06	17.54	.58
	ความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวกับการทำงาน	.63**	.07	14.17	.39
	การได้ทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม	.81**	<-->	<-->	.65
	การได้รับการปกป้องสิทธิส่วนบุคคล	.83**	.04	26.00	.69
คุณลักษณะของงาน	ความหลากหลายทักษะ	.76**	.04	20.33	.58
	ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของงาน	.82**	<-->	<-->	.68
	ความสำคัญของงาน	.65**	.52	15.86	.43
	ความมีอิสระในการทำงาน	.83**	.05	21.61	.69
	ข้อมูลผลการปฏิบัติงาน	.85**	.04	23.28	.73
ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง	การสร้างบาร์มี	.92**	.25	38.44	.84
	การสร้างแรงบันดาลใจ	.95**	<-->	<-->	.91
	การกระตุ้นทางปัญญา	.94**	.02	44.69	.89
	การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล	.94**	.02	42.03	.88
บรรยากาศองค์กร	โครงสร้างองค์กร	.78**	.04	20.38	.60
	มาตรฐาน	.77**	.04	19.63	.59
	ความรับผิดชอบ	.74**	.03	20.35	.55
	การได้รับการยอมรับ	.74**	.04	20.41	.54
	การสนับสนุน	.91**	<-->	<-->	.82
	ความยืดหยุ่นผูกพัน	.84**	.03	27.80	.71

Chi-Square = 156.541, df = 138, p = .134, χ^2/df = 1.134, RMSEA = .017, RMR = .011, GFI = .971, AGFI = .943

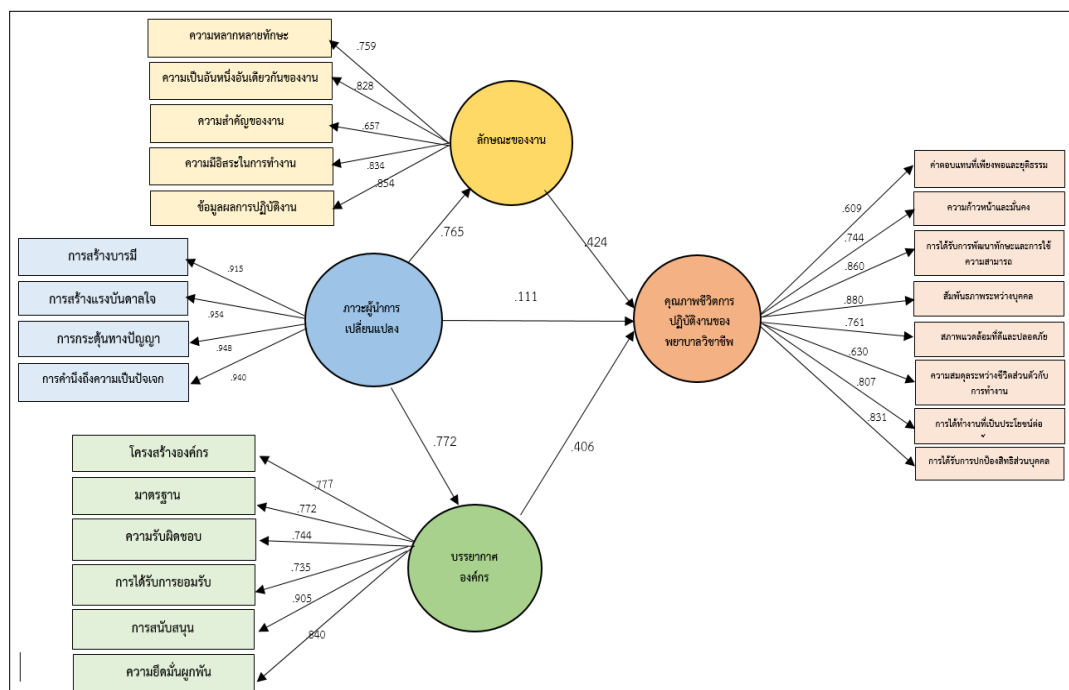
หมายเหตุ: ** $p < .01$, b_{sc} หมายถึง ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน

เครื่องหมาย <--> หมายถึง พารามิเตอร์บังคับจึงไม่รายงานผลค่า SE และ t

ตาราง 3 ค่าสถิติวิเคราะห์อิทธิพลภายในโมเดลสมการโครงสร้างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

ตัวแปรตาม	R ²	อิทธิพล	ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง	ตัวแปรต้น	
				บรรยากาศองค์กร	คุณลักษณะของงาน
บรรยากาศองค์กร	.595	DE	.772	-	-
		IE	-	-	-
		TE	.772	-	-
คุณลักษณะของงาน	.586	DE	.765	-	-
		IE	-	-	-
		TE	.765	-	-
คุณภาพชีวิตการทำงาน	.830	DE	.111	.406	.424
		IE	.637	-	-
		TE	.748	.406	.424

หมายเหตุ: DE หมายถึง อิทธิพลทางตรง (Direct Effect), IE หมายถึง อิทธิพลทางอ้อม (Indirect effect), TE หมายถึง อิทธิพลรวม (Total Effect); เครื่องหมาย - หมายถึง ไม่มีเส้นพารามิเตอร์ตามสมมติฐานการวิจัย



ภาพ 1 โมเดลสมการโครงสร้างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

จากตาราง 2 พบว่า เมื่อพิจารณาขนาดอิทธิพลทางตรงของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่าคุณลักษณะของงาน ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และบรรยากาศองค์กร มีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคุณลักษณะของงานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .424 และบรรยากาศองค์กรเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .406 กล่าวคือ หากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาล

ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีคุณลักษณะของงาน ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และ บรรยากาศองค์กร ที่เพิ่มมากขึ้นจะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีคุณภาพชีวิตการทำงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตาราง 3)

ส่วนอิทธิพลทางอ้อม พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยส่งผ่านคุณลักษณะของงานและบรรยากาศองค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ .637 กล่าวคือ พยาบาลวิชาชีพที่มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มมากขึ้นจะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีคุณภาพชีวิตการทำงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตาราง 3)

สำหรับอิทธิพลรวม พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยรวมต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลโดยรวมเท่ากับ .748 บรรยากาศองค์กร เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยรวมต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลโดยรวมเท่ากับ .406 คุณลักษณะของงานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยรวมต่อคุณภาพชีวิตการทำงานปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลโดยรวมเท่ากับ .424 และ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยรวมต่อบรรยากาศองค์กร และ คุณลักษณะของงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลโดยรวมเท่ากับ .772 และ .765 ตามลำดับ (ตาราง 3)

สรุปได้ว่า โมเดลเชิงสาเหตุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด คือภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง รองลงมา คือคุณลักษณะของงาน และมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพน้อยที่สุด คือ บรรยากาศองค์กร ทั้งนี้ บรรยากาศองค์กร คุณลักษณะของงาน และ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยตัวแปรทั้งหมดในโมเดลเชิงสาเหตุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่โรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 83 (ตาราง 3 และภาพ 1)

อภิปรายผล

1. คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าคุณภาพชีวิตการทำงานเป็นสภาพความเป็นอยู่ที่เกิดจากการได้รับการสนองตอบความต้องการในการทำงาน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ การมีความเป็นอยู่ที่ดีเป็นที่ยอมรับของสังคม การมีความสมดุลระหว่างงานและชีวิต ซึ่งมีผลให้งานที่ทำบรรลุวัตถุประสงค์และเกิดประสิทธิภาพ (Walton, 1975) แต่ด้วยสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีมาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่ เนื่องจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ส่วนหนึ่งขอย้ายออกจากพื้นที่ หรือลาออก ในขณะที่ยวกันหน่วยงานก็ไม่สามารถหาพยาบาลมาทดแทนได้ ทำให้พยาบาลที่ยังคงปฏิบัติหน้าที่อยู่ต้องแบกรับภาระที่มากเกินไป และอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อชีวิต ปฏิบัติงานด้วยความหวาดระแวงในสถานการณ์ที่ขัดแย้งและไม่แน่นอน ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่แพร่กระจายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรสำคัญในองค์กรสุขภาพ ที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับประชาชน ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีภาระงานที่มากขึ้น เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เกิดภาวะเครียดต่อการปฏิบัติหน้าที่ หรือต้องมีการรับมือกับข้อขัดแย้งอื่น ๆ ที่ต้องดูแล ซึ่งเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Siriphan, Prateepchaikul, Songwanthana, & Shingchangchai (2014) เรื่องคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่ที่มีความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Nakpin (2009) เรื่องคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพด้านที่มากที่สุดคือการได้รับการปกป้องสิทธิส่วนบุคคล รองลงมาคือการได้ทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล

ทั้งนี้เป็นการดูแลมนุษย์ต้องอยู่ภายใต้ของการดูแลอย่างเอื้ออาทร (Caring) จำเป็นต้องมีการพิทักษ์สิทธิและจริยธรรม การให้ความร่วมมือกับบุคคล การดูแลอย่างเอื้ออาทร เคารพในเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เคารพในความเป็นบุคคลและสิทธิส่วนบุคคล ตลอดจนคำนึงถึงวัฒนธรรมของผู้รับบริการ (Watson & Plymale, 2012) ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวพยาบาลในจังหวัดชายแดนภาคใต้ต้องแสดงและปฏิบัติแก่ผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมเพื่อให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าคุณค่าตนเองได้รับการบริการที่ทัดเทียมกัน ไม่ที่มีความเหลื่อมล้ำในความแตกต่างทางปัจเจกบุคคลและวัฒนธรรม เพื่อให้เกิดการผสมกลมกลืนกันอย่างลงตัวระหว่างร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thongkao, & Kangsanon (2020) และ Benjanukorn (2018) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพ ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนด้านที่อยู่ในระดับปานกลางได้แก่การได้รับการพัฒนาทักษะและการใช้ความสามารถ สภาพแวดล้อมที่ดีและปลอดภัย ความก้าวหน้าและมั่นคง ความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวกับการทำงาน และด้านที่คุณภาพชีวิตการทำงานน้อยที่สุดได้แก่ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม ทั้งนี้เป็นการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ จากเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้มีความรู้สึกไม่มีความปลอดภัยและความมั่นคงในชีวิต ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ภาระงานเพิ่มมากขึ้นอัตราค่าจ้างไม่เพียงพอภาระงาน ทำให้พยาบาลต้องรับภาระหนัก ส่งผลกระทบต่อชีวิตส่วนตัวและไม่มีเวลาให้กับครอบครัว ทำให้ไม่มีความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวกับการทำงาน อีกทั้งค่าตอบแทนที่ได้รับมีความไม่เหมาะสมกับภาระงานที่ต้องปฏิบัติ และมีความไม่เท่าเทียมกันเมื่อเปรียบเทียบกับค่าตอบแทนที่ได้รับกับวิชาชีพอื่น ที่มีลักษณะงานคล้ายคลึงกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Takeaw (2018) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพ ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าคุณภาพชีวิตในการทำงานที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการพัฒนาความสามารถของบุคคล ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน ด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและถูกสุขลักษณะ ด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว และด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและเป็นธรรม และสอดคล้องกับ Benjanukorn (2018) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลหัวหิน กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลหัวหินในภาพรวมมีคุณภาพชีวิตในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคุณภาพชีวิตในการทำงานอยู่ในระดับปานกลางทุกด้านเรียงตามลำดับได้แก่ด้านการพัฒนาศักยภาพการทำงาน ด้านความมั่นคงและก้าวหน้าในงาน ด้านสภาพการทำงานที่ปลอดภัย ด้านการมีส่วนร่วมและเป็นที่ยอมรับในสังคม ด้านความสมดุลในชีวิต ด้านความมีระเบียบ กฎเกณฑ์และความเป็นธรรม ด้านค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและด้านลักษณะงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม

2. โมเดลสมการโครงสร้างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง คุณลักษณะของงาน และบรรยากาศองค์กร เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กรเป็นปัจจัยที่ส่งผลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยมีขนาดอิทธิพลทางตรงในระดับปานกลาง ($TE = .41$) อธิบายได้ว่า บรรยากาศขององค์กรเป็นองค์กรแห่งความสุข ได้แก่ สถานที่ทำงานน่าทำงาน ความรักในงานที่ทำ วิธีการทำงานแบบใหม่ที่สร้างสรรค์ ความเป็นกัลยาณมิตรในที่ทำงาน และทัศนคติการทำงานเชิงบวก จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ (Apaipakdi, 2020) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sirasitnaruewat, Sitakalin, & Geerapong (2020) และ Po-ngoen, Sararat, & Odklun, (2016) เรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าบรรยากาศองค์กรส่งผลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

คุณลักษณะของงาน เป็นปัจจัยที่ส่งผลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ (TE=.42) พบว่าคุณลักษณะของงาน เป็นปัจจัยที่ส่งผลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ อธิบายได้ว่าเมื่อพยาบาลวิชาชีพได้รับทราบข้อมูลรายละเอียดของงานต่างๆ ทั้งโครงสร้าง ความสำคัญ และคุณค่าของงานที่สอดคล้องกับความรู้ความสามารถเพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพและส่งผลต่อแรงจูงใจและความสุขในการทำงาน (Singchungchai, Pratheepchaikul, & Songwathana, 2013)แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าการปฏิบัติงานที่มีความสำคัญเป็นที่ยอมรับและแสดงให้เห็นถึงพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติงานด้วยความเต็มใจเพื่อให้เกิดงานที่มีคุณภาพและช่วยส่งเสริมความสำเร็จต่อองค์กร นอกจากนี้ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพได้อีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kamkornruecha, & Thongwichien (2014) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าคุณลักษณะของงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงาน

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง เป็นปัจจัยที่ส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในระดับสูง (TE=.74) โดยส่งผลทางอ้อมผ่านบรรยากาศองค์กรและคุณลักษณะของงานทั้งนี้เพราะองค์กรเป็นหน่วยงานที่จำเป็นต้องมีการปรับรูปแบบการให้บริการ เพื่อให้ตอบสนองต่อผู้รับบริการอย่างถูกต้องรวดเร็ว และปลอดภัย จากการศึกษาของ Meehanpong, Luangamornlert, & Changmai. (2015) พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. องค์กรพยาบาลควรสนับสนุนด้านค่าตอบแทน รางวัล โบนัส ค่ายกย่องชมเชย ผลประโยชน์ และสวัสดิการต่างๆที่มีความเหมาะสมกับภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันเพื่อเป็นขวัญกำลังใจแก่บุคลากรในองค์กรอย่างเพียงพอและเป็นธรรม
2. องค์กรพยาบาลควรมีการวางแผนเส้นทางความก้าวหน้าและมั่นคง ในวิชาชีพ โดยการทำแผนพัฒนาบันไดวิชาชีพการพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรมโดยมีระบบการดำเนินงานและนโยบายการเลื่อนตำแหน่งอย่างชัดเจนเพื่อส่งเสริมและสร้างแรงจูงใจให้พยาบาลวิชาชีพมีการพัฒนาตนเอง มีโอกาสศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น หรืออบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง และมีแผนการสร้างผู้นำโดยมีการพัฒนางานภาวะผู้นำ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำผลการวิจัยมาพัฒนาเป็นรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ
2. ควรศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลแต่ละระดับทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนศึกษาปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

References

- Aongsawang, A., Saejeng, K., Limthaveekul, N. & Nilrat, N. (2004). *Stress and Adaptation of Public Health Officials to Unrest Situation in 3 Southern Border Provinces*. Narathiwat: Narathiwat Provincial Public Health Office.
- Apaipakdi, K. (2020). Happy Environment in Workplace: Happy Workers and Achieving Goals. *Journal of MCU Humanities Review*, 6(1), 315-331.
- Bass, B. M. & Avolio, B. J. (1991). *The Full Range Leadership Development Programs: Basic and Advanced Manuals*. Binghamton. New York: Bass, Avolio Associates.

- Benjanukorn, W. (2018). Quality of Work Life of Professional Nurses in Hua Hin Hospital Hua Hin District, Prachup Khiri Khan Province. *Chandrasakem Rajabhat University Journal of Graduate School*, 13(2), 49-58.
- Best, J. W. (1997). *Research in Education 3rd ed.* Englewood Cliffs N.J.: Prentice-Hall.
- Boonrith, B. (2013). Southern Insurgency in the Three Border Provinces, Local People Identity and Government Official BehaviorCol. Boonaue. *Kasem Bundit Journal*, 14(2), 46-58
- Chansin, U. (2018). *Relationship Between the Transformational Leadership of School Administrators and the Team Working in Schools Under Pathum Thani Primary Educational Service Area Office 2*. Master of Education Thesis Rajamangala University of Technology Thanyaburi, Pathum Thani.
- Hackman, J. R. & Oldham, G. R. (1980). *Work Redesign*. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.
- Hair, Jr., J. F., Black, W. C., Babin, B. J. & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate Data Analysis: A Global Perspective 8th ed.* Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Harnlakorn, P., Phetcharat, T., Rithirod, N., Kamoller, S., Pitayavatanachai, T. & Meesing, A. (2022). Stress Worry and Effects among Health Personnel during Pandemic of Coronavirus Disease 2019 in Srinagarind Hospital. *Srinagarind Medicine Journal*, 36(4), 488-494.
- Jantabool, A. (2560). *Leadership and Humanresource Management Affecting to Employee Engement: A Case of Daicel Group (Thailand)*. The Degree of Master of Business Administration Program in Japanese Business Administration Graduate School. Thai-Nichi Institute of Technology.
- Kamkornruecha, S. & Thongwichien, S. (2014). Factors Affecting the Quality of Work Life of Professional Nurses, Community Hospital, Pathumthani Province. *EAU Heritage Journal (Science and Technology)*, 8(2), 192-201.
- Karndee, A. (2019). *Factors Affecting The Quality of Work Life of Teachers and Staff of Yala Primacy Educational Service Area Office 1*. (Master of Public Administration Thesis) Prince of Songkla University, Songkhla.
- Kingthong, P. (2019). Quality of Working Life of Registered Nurses, Nursing Department, Sawangha Hospital, Angthong Province. *Royal Thai Air Force Medical Gazette*, 65(3), 54-62.
- Kongtim, S. (2019). *Factors Affecting the Quality of Work Life of the Government Officers at State Audit Office of the Kingdom of Thailand* (the Master Degree of Business Administration Faculty of Business Administration). Krirk University, Bangkok.
- Kraonual, S., Hatthakit, U. & Boonyasopun, U. (2009). Meanings, Feeling, Motivation and Conditioning Factors of Nurses' Practice on the Unrest Situations of the Three Southern Border Provinces. *Thai Journal of Nursing Council*, 24(2), 64-77.
- Lateh, L., Pasunon, P., Dolah, K., Kongjam, P., Chema, S., Panomwan, P., et al. (2021). Analysis of Thai Citizens Clustering in COVID-19 Outbreak Preparedness at the Three Southernmost Province. *Journal of Yala Rajabhat University*, 16(3), 318-326.

- Limtrakoolthai, S. & Jadesadalog, V. (2018). The Influences of Job Characteristics to Organizational Affective Commitment Through Performance : the Mediator Role of Perceived Supervisor Support and Perceived Organization Support of Private School. *Veridian E-Journal, Silpakorn University (Humanities, Social Sciences and arts)*, 11(2), 2920-2935.
- Meehanpong, P., Luangamornlert, S. & Changmai, R. (2015). A Causal Model of Patient Unit Performance in General Hospital under Ministry of Public Health. *Journal Royal Thai Army Nurses*, 16(1), 78-86.
- Nakpin, J. (2009). *Quality of Working Life of Professional Nurses in Hospitals of Three Southern Provinces, Thailand*. The degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Administration. Chulalongkorn University. Bangkok.
- Naowarat, S. (2020). Factors Affecting Organization Climate of School under the Secondary Educational Service Area Office 2. *Educational Journal Faculty of Education Kamphangphet Rajabhat University*, 6(12), 82-101.
- Nilpai, B. (2019). *The Relationship of Job Characteristics and Job Engagement, a Case Study: Support Personnel of Rajamangala University of Technology Isan, Nakhon Ratchasima*. Master of Business Thesis Rajamangala University of Technology Isan, Nakhon Ratchasima.
- Po-ngoen, P., Sararat, C. & Odklun, P. (2016). Quality of Work Life Among Nurse. *Buddhachinaraj Medicine Journal*, 33(2), 200-206.
- Potchong, P. & Suksodkiew, V. (2019). Organizational Climate and School Effectiveness of School Under Secondary Educational Services Area Office 3. *Silpakorn Educational Research Journal*, 12(2), 174-188.
- Prateepchaikul, L., Shingchangchai, P., Songwanthana, P., Siriphan, S., Keaitsaksophon, J. & Keawmanee, P. (2012). *Quality of Life, Retention and Social Support of Professional Nurses in the Unrested Areas of Three Southern Thai Border Provinces*. Songkhla: Prince of Songkla University.
- Sangounwongwan, W. & Piyapanya, N. (2017). Quality of Work Life of Nurse in Private Hospital in Bangkok. *Southeast Bangkok Journal*, 3(2), 77-90.
- [Savananon](#), V. (2560). The Relationship Between Job Characteristic, Quality of Work Life and Employee Engagement of a State Enterprise. The Degree of Master of Arts in Industrial and Organization Psychology Faculty of Liberal Arts. Thammasat University.
- Singchungchai, P., Pratheepchaikul, L. & Songwathana, P. (2013). Relationship Between Nurses' Perception of Social Support and Their Intention to Stay in the Unrested Areas of the Three Southern Border Provinces. *Thai Journal of Nursing*, 62(3), 7-14.
- Sirasitnaruewat, S., Sitakalin, P. & Geerapong, P. (2020). The Relationship Between Organization Climate and the Registered Nurses' Quality of Work Life at Prapokklao Hospital. *Academic Journal of Community Public Health*, 6(2), 178-189.
- Siriphan, S., Prateepchaikul, L., Songwanthana, P. & Shingchangchai, P. (2014). Quality of life of professional nurses in the unrest areas of three southern Thai border provinces. *Journal of Health Science Research*, 8(2), 47-55.
- Stringer. (2002). *Leadership and Organizational Climate*. New Jersey: Prentice Hall.

- Takeaw, M. (2018). *A Structural Equation Model of the Quality of Work Life, Perceived Organizational Support, Perceived Organizational Justice and Transformational Leadership: The Case Study of Office of Highway 18*. (Master of Public Administration Thesis). Prince of Songkla University, Songkhla.
- Thongkao, S. & Kangsan, K. (2020). Quality of Work Life of Professional Nurses Rajavithi Hospital. *Journal of Health and Nursing Research*, 36(1), 225-237.
- Walton, R. E. (1975). *Criteria for Quality of Work Life. The Quality of Working Life*. New York: Free Press.
- Watson, C. E. & Plymale, W. O. (2012). *The Pedagogy of Things: Ubiquitous Learning, Student Culture, and Constructivist Pedagogical Practice*. In T. Kidd & I. Chen (Eds.), *Ubiquitous Learning: A Survey of Applications, Research, and Trends*. Charlotte, North Carolina: Information Age Publishing.

ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสุขภาพจิตที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี
The Relationships among Personal Factors, Stress and Depression Levels, and Glycemic Control among Uncontrolled Diabetic Patients

อิทธิศักดิ์ เจริญทรัพย์^{1*}, นวรัตน์ สิงห์คำ¹
Ittisak Charoensup^{1*}, Navarat Singkham¹
โรงพยาบาลบุณฑริก^{1*}
Buntharik Hospital Ubon Ratchathani Province^{1*}

(Received: January 27, 2023; Revised: April 7, 2023; Accepted: April 12, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียด ภาวะซึมเศร้า และศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสุขภาพจิตที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 207 คน กำหนดขนาดกลุ่มอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเครียด และแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า โดยแบบประเมินความเครียด ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยโลจิสติก ผลวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานีส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 59.42 รองลงมาคืออยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 35.75 และมีภาวะซึมเศร้าเพียงร้อยละ 5.46

2. ผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิง($OR_{adj}=2.49$, 95%CI: 1.25-4.96) ผู้ป่วยเบาหวานที่อายุน้อยกว่า 60 ปี ($OR_{adj}=2.28$, 95%CI: 1.17-4.86) ผู้ป่วยที่สาเหตุของความวิตกกังวลมาจากเรื่องการเจ็บป่วย ($OR_{adj}=5.20$, 95%CI: 1.49-16.88) และผู้ป่วยที่ได้สิทธิพื้นฐาน ($OR_{adj}=2.58$, 95%CI: 1.07-6.24) มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 สำหรับตัวแปร ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน ประวัติการเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน ค่าใช้จ่ายในการติดตามการรักษา การมีผู้ดูแล ความเครียด และภาวะซึมเศร้า ไม่มีความสัมพันธ์

ดังนั้น จึงควรออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจงรายกลุ่มซึ่งมีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ควรมีการค้นหาปัญหาหรือปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานรายกรณี และควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

คำสำคัญ: สุขภาพจิต, ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด, ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้, คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: ittiskak_ch@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 091-5528799)



Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study stress and depression level, and examine the relationship among personal factors, mental health factors and glycemic control in diabetic patients with uncontrolled glycemic level at a non-communicable disease clinic of Buntharik Hospital in Ubon Ratchathani Province. Sample was 207 uncontrolled diabetic patients. The sample size was determined using G* Power analysis software. The research tools were a general information questionnaire, a stress assessment form, and a depression screening form. The Cronbach's alpha coefficient of the stress assessment form was .93. Data analysis was performed using descriptive statistics and logistic regression statistics. Results were as follows.

1. The research found that more than half of the sample (59.42%) had stress at a low level, while 35.75 percent had a normal level of stress, and only 5.46 percent had depression.

2. Female diabetic patients (ORadj=2.49, 95%CI: 1.25-4.96), diabetic patients under 60 years old (ORadj=2.28, 95%CI: 1.17-4.86), morbidity (ORadj=5.20, 95%CI: 1.49-16.88) and patients with baseline treatment rights (ORadj=2.58, 95%CI: 1.07-6.24) were significantly correlated with the control of cumulative blood glucose in uncontrolled diabetes patients ($p < .05$). There was no relationship among duration of suffering from diabetes mellitus, history of admission in the hospital, cost of follow-up treatment, caregivers, stress, depression, and the glycemic control.

Therefore, a specific patient care system could be designed for different groups. In addition, there should be a search for problems or factors affecting the inability to control blood glucose in diabetic cases. The further studies should be on the relationship between health behaviors and the control of blood sugar levels.

Keyword: Personal Factors, Mental Health Factors, Glycemic Control, Uncontrolled Diabetic Patient

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกโดยพบว่าเป็นทั้งสาเหตุการเสียชีวิตและภาระการดูแลด้านอื่น ๆ สำหรับประเทศไทยก็ถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ จากข้อมูลในปี 2564 พบว่าโรคเบาหวานยังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญโดยพบว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (อายุ 30 – 69 ปี) โดยพบว่าอัตราความชุกของการเกิดโรคเบาหวานอยู่ที่ร้อยละ 7 และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานสามารถเข้าถึงบริการของสถานพยาบาลเพียงร้อยละ 50 – 60 นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 30 – 40 เป็นกลุ่มที่อยู่ในชุมชนซึ่งบางคนยังไม่ได้รับการวินิจฉัยหรืออยู่ในระยะก่อนเป็นโรคเบาหวาน (Department of Disease Control, 2021)

มีการวิจัยเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 55.8 รองลงมาเป็นระดับปกติร้อยละ 37.4 ระดับปานกลางร้อยละ 4.9 ระดับมากร้อยละ 1.2 และระดับมากที่สุด ร้อยละ 0.6 ตามลำดับ (Phaitrakoon, Rassameepong, Phansawat, Pimtakrong, Norapan, Siriviriyapat, et al., 2019) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าอาชีพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Suwattanukul, 2018) รวมทั้งการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมค่าน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลบางแพ จังหวัดราชบุรี พบว่า กิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับการควบคุมค่าน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยอื่น ได้แก่ เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย

เส้นรอบเอว ความดันเลือดเฉลี่ย และระยะเวลาป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมค่าน้ำตาลสะสมไม่ได้ (Punarriwatana, 2018) มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ดัชนีมวลกายและการมาตรวจตามนัด มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Tongprong, 2018) ได้มีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ระดับการศึกษามัธยมต้นและต่ำกว่ารายได้ 5001 -15,000 และ น้อยกว่า 5,000 บาท ระยะเวลาที่ป่วย 5 – 9 ปี และ 10 ปีขึ้นไป รวมทั้งระดับความรู้ น้อยและระดับพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี (Doloh & Saleh, 2019) ได้มีการศึกษาสัดส่วนและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คลินิกหมอครอบครัวนครนทร์ 1 พบว่าปัจจัยพื้นฐาน ปัจจัยด้านการนอน ปัจจัยด้านอาหารและโภชนาการ และการสนับสนุนจากครอบครัวกับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ และระยะเวลาการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนข้อมูลอื่นยังไม่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ (Kaewsuk, 2020) ได้มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยาเบาหวาน ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูล และความรอบรู้ด้านความเข้าใจ (Phajan, Suwannaphant, Anarat & Thalakorn, 2022) รวมทั้งได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ของความเครียดและภาวะซึมเศร้าต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี จังหวัดมหาสารคาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้ามีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความเครียดไม่พบความสัมพันธ์ต่อระดับน้ำตาลในเลือด (Pirom, 2022)

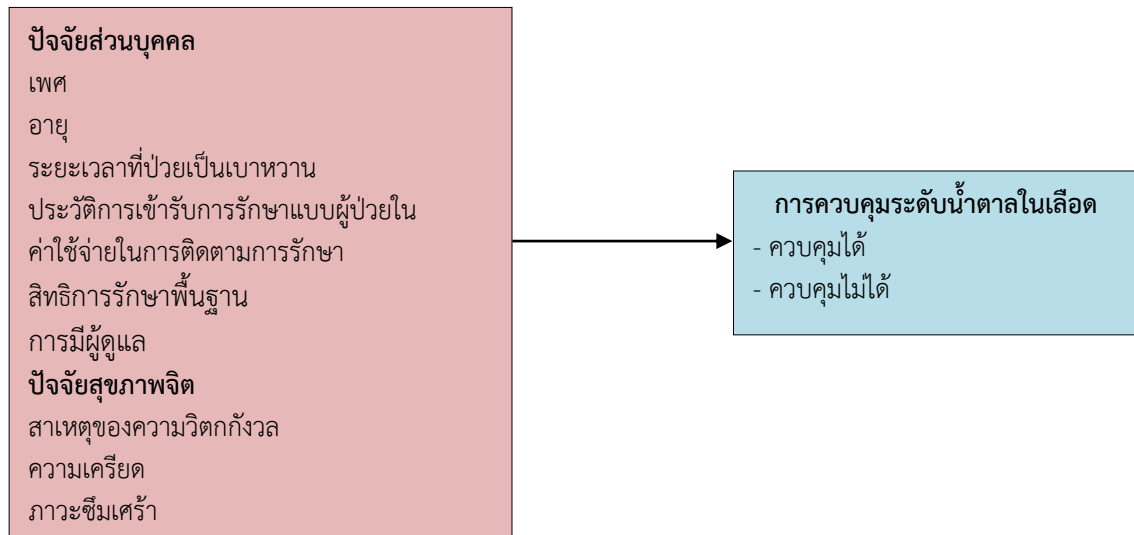
จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบุญทริกในปี 2565 จำนวน 9,210 ราย จำแนกรายโรคได้ดังนี้ โรคความดันโลหิตสูง 4,099 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.50 โรคเบาหวาน 1,510 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.39 และโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 3,601 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.09 โดยการจัดระบบบริการในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบุญทริกจะแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น กลุ่มที่สามารถควบคุมโรคได้จะรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ส่วนกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้จะถูกส่งเข้ามารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลบุญทริก ผู้วิจัยได้มีการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอบุญทริกระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2565 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2565 จำนวน 1,306 ราย โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 481 ราย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสุขภาพจิตที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เพื่อนำผลการศึกษามาวางแผนในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความเครียด และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสุขภาพจิตที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแบบแผนที่ใช้เป็นตัวแปรทางจิตสังคม เพื่ออธิบาย หรือทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล (Becker, 1977) โดยมีองค์ประกอบด้วยมโนทัศน์ 3 ด้าน คือ 1) การรับรู้ด้านบุคคล (Individual Perception) 2) ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) 3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้มีการศึกษาปัจจัยร่วมซึ่งเป็นปัจจัยที่กระทบต่อความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม โดยมีอิทธิพลทั้งต่อการรับรู้ของบุคคลและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน ที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบุณฑริก จำนวน 481 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) ระดับอัตราการกรองของไต (GFR) > 45 มล./นาที/1.73 ตร.ม. 2) อ่านและเขียนภาษาไทยได้ ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ มีอายุมากกว่า 80 ปี และมีอาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานขณะให้ข้อมูล เช่น ปวดมึนศีรษะ หน้ามืด ตาลาย เป็นต้น

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานรหัส E11 ที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบุณฑริก ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2565 จำนวน 207 คน กำหนดขนาดกลุ่มอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) Test family เลือก χ^2 test, Statistical test เลือก Goodness of Fit Tests: Contingency tables เลือก Effect side w เท่ากับ 0.3 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Cohen, 1988) Power เลือก 0.95 และ Df เลือก 4 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 207 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วนตำบลในอำเภอบุณฑริก จากนั้นใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายในแต่ละตำบล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วยเพศ อายุ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน ประวัติการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ค่าใช้จ่ายในการติดตามการรักษา สาเหตุของความวิตกกังวล สิทธิพื้นฐาน และการมีผู้ดูแล
- แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต (SPST-20) (Division of Mental Health Promotion and Development, 2022) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรวัดประมาณ

ค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาเลือกตอบเพียง 1 ระดับ จากระดับความเครียด 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียดเลย ถึง ระดับความเครียด 5 หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด แบ่งระดับความเครียดดังนี้

- 0 – 5 คะแนน ระดับความเครียดต่ำกว่าเกณฑ์
- 6 – 17 คะแนน ระดับความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- 18 – 25 คะแนน ระดับความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย
- 26 – 29 คะแนน ระดับความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติปานกลาง
- 30 – 60 คะแนน ระดับความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติมาก

3. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าของกรม (Division of Mental Health Promotion and Development, 2022) ประกอบด้วย 2 คำถาม (2Q) เพื่อใช้ค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 2 ข้อ ลักษณะคำถามถามเกี่ยวกับอาการหดหู่ เศร้า การท้อแท้สิ้นหวัง และอาการเบื่อภายใน 2 สัปดาห์ โดยคำตอบมี 2 ตัวเลือก คือ มี และ ไม่มี เกณฑ์การแปลผลดังนี้

ถ้าคำตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้าถ้าคำตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใด ๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึงเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงหรือแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้สร้างขึ้นเองเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วยหัวหน้าพยาบาล เกสัชกรชำนาญการพิเศษหัวหน้ากลุ่มบริการเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการที่รับผิดชอบงานสุขภาพประชาชนสัมพันธ์ เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .67 – 1.00 สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยแบบประเมินความเครียดไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93 สำหรับแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คนทดลองทำแบบประเมินพบว่า ข้อคำถามมีความเข้าใจง่าย ตรงประเด็น กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบได้ตรงตามข้อคำถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ลักษณะของแบบสอบถามและวิธีการเก็บข้อมูลให้แก่ผู้ช่วยนักวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจัดทำเอกสารชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนนำไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำข้อมูลมาดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของการตอบซึ่งมีผู้ตอบ จำนวน 207 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 และรวบรวมเพื่อวิเคราะห์ แปลผล และสรุปผลการศึกษาต่อไป ทั้งนี้ขณะเก็บข้อมูลยังคงมีการแพร่กระจายของโรคโควิด 19 ซึ่งส่งผลต่อกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางผู้ช่วยนักวิจัยจึงสวมหน้ากากอนามัย ใช้เจลแอลกอฮอล์ล้างมือก่อนและหลังการเก็บข้อมูล เว้นระยะห่างในการสัมภาษณ์หรือพบปะพูดคุย ตลอดจนใช้เวลาในการเก็บข้อมูลให้เร็วที่สุดเพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างไม่ให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคจากการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด
2. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสุขภาพจิตที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี ด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ละตัวแปร (Bivariate Analysis) ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple Logistic Regression Analysis) และพิจารณาตัวแปรที่มีค่า p-value ของ Wald's test น้อยกว่า 0.25 เข้าสมการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple Logistic Regression Analysis) และคัดเลือกตัว

แปรที่มีค่า p -value น้อยกว่า .05 ออกจากสมการด้วยวิธี Backward Elimination นำเสนอด้วยค่า Crude Odds Ratios (OR) Adjusted Odds Ratio P-value และค่าช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confidence Interval, 95%CI) โดยตัวแปรตามกำหนด 0 คือ กลุ่มควบคุมได้ (HbA1C $\leq$ 7) และ 1 คือกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ (HbA1C $>$ 7) การแปลผลพิจารณาจากค่า Odds Ratios กรณีที่ค่า OR มีค่ามากกว่า 1 แสดงว่าเป็น ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และกรณีที่ค่า OR มีค่าน้อยกว่า 1 แสดงว่าเป็น ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยในเชิงสนับสนุนต่อการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

จริยธรรมวิจัย

ผู้เขียนขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้เลขจริยธรรม SSJ.UB 25665-239 ลงวันที่ 30 ธันวาคม 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.1 มีอายุเฉลี่ย 69.37 ปี ($SD=7.13$) อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 90 ปี โดยอายุอยู่ในช่วง 60-70 ปีร้อยละ 63.50 สถานภาพคู่ร้อยละ 65.80 ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 57.70 ประกอบอาชีพค้าขาย/รับจ้าง/ประกอบอาชีพส่วนตัวร้อยละ 43.10 มีโรคประจำตัวอื่น เช่น ความดันโลหิตสูงร้อยละ 69.20 สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นบัตรทองร้อยละ 58.80 และได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น (เข็ม 3) ร้อยละ 49.20 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 27.10 ไม่มีประวัติการเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในร้อยละ 71.60 ไม่มีค่าใช้จ่ายในการติดตามการรักษา ร้อยละ 49.50 มีผู้ดูแลในครอบครัวมากกว่า 2 คน ร้อยละ 54.10 สาเหตุของความวิตกกังวลคือค่าใช้จ่ายในการรักษา ร้อยละ 36.90

2. ความเครียด และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละความเครียดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

ระดับความเครียด	จำนวน (n =207)	ร้อยละ
ต่ำกว่าเกณฑ์	123	59.42
อยู่ในเกณฑ์ปกติ	74	35.75
สูงกว่าปกติเล็กน้อย	8	3.86
สูงกว่าปกติปานกลาง	1	0.48
สูงกว่าปกติมาก	1	0.48

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน (n =207)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	175	94.54
มีภาวะซึมเศร้า	32	5.46

จากตาราง 1 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานีส่วนใหญ่ความเครียดอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 59.42 รองลงมาคืออยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 35.75 อยู่ในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อยร้อยละ 3.86 มีเพียงร้อยละ 0.48 เท่านั้นที่อยู่ในระดับสูงกว่าปกติ

ปานกลางและมาก สำหรับภาวะซีมเศร้าพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีภาวะซีมเศร้าย้อยละ 5.46 (ตาราง 2)

2. ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสุขภาพจิตที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

ตาราง 3 การวิเคราะห์ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี แบบที่ละเอียดปัจจัย

ตัวแปร	ควบคุมได้		ควบคุมไม่ได้		OR	95% CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ							.008
ชาย	28	33.3	56	66.7	Ref		
หญิง	21	17.1	102	82.9	2.43	1.26-4.67	
อายุ (ปี)							.029
ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป	25	32.1	53	67.9	Ref	1.08-3.95	
น้อยกว่า 60 ปี	24	18.6	105	81.4	2.06		
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน							.821
น้อยกว่า 5 ปี	16	24.6	49	75.4	Ref		
5-10 ปี	14	25.9	40	74.1	0.93	0.41-2.14	
ตั้งแต่ 11 ปี ขึ้นไป	19	21.6	69	78.4	1.19	0.55-2.53	
ประวัติการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน							.717
ไม่เคยรับการรักษา	35	23.0	117	77.0	Ref		
เคยรับการรักษา	14	25.5	41	74.5	0.88	0.43-1.79	
ค่าใช้จ่ายในการติดตามการรักษา							.027
ไม่มี	25	25.0	75	75.0	Ref		
น้อยกว่า 100 บาท	12	27.3	32	72.7	0.89	0.40-1.98	
101 – 300 บาท	7	20.0	28	80.0	1.33	0.52-3.43	
ตั้งแต่ 301 บาท ขึ้นไป	5	17.9	23	82.1	1.53	0.53-4.46	
สิทธิพื้นฐาน (เงินสวัสดิการเฉพาะกลุ่ม)							.109
ไม่มี	12	34.3	23	65.7	Ref	0.87-4.18	
มี	37	21.5	135	78.5	1.90		
การมีผู้ดูแล							.988
ไม่มี	2	22.2	7	77.5	Ref		
มี 1-2 คน	21	24.1	66	75.9	0.90	0.17-4.66	
ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป	26	23.4	85	76.6	0.93	0.18-4.77	
สาเหตุของความวิตกกังวล							.044
ไม่มีความวิตกกังวล	16	32.7	33	67.3	Ref		
เรื่องภาวะเจ็บป่วย	4	8.2	45	91.8	5.45	1.67-17.82	
เรื่องครอบครัว	9	28.1	23	71.9	1.24	0.47-3.28	
เรื่องค่าใช้จ่าย	20	26.0	57	74.0	1.38	0.63-3.28	
ภาวะซีมเศร้า							.520
ไม่มี	40	22.9	135	77.1	Ref		
มี	9	28.1	23	71.9	0.76	0.32-1.77	
ภาวะเครียด							.090
ไม่มีภาวะเครียด	37	28.7	92	71.3	Ref		
มีภาวะเครียดปกติ	10	14.7	58	85.3	1.61	1.08-5.05	
มีภาวะเครียดระดับเล็กน้อยขึ้นไป	2	20.0	8	80.0	0.32	0.32-7.93	

ตาราง 4 การวิเคราะห์พหุตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบุณชริก จังหวัดอุบลราชธานี

ปัจจัย	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
เพศ			.010
ชาย	Ref	Ref	
หญิง	2.49(1.26-4.67)	2.49(1.25-4.96)	
อายุ			.017
ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป	Ref	Ref	
น้อยกว่า 60 ปี	2.06(1.08-3.95)	2.28(1.17-4.86)	
สาเหตุของความวิตกกังวล			.009
ไม่มี	Ref	Ref	
เรื่องภาวะเจ็บป่วย	5.45(1.67-17.82)	5.02(1.49-16.88)	
สิทธิพื้นฐาน (เงินสวัสดิการเฉพาะกลุ่ม)			.036
ไม่มี	Ref	Ref	
มี	1.90(0.89-4.18)	2.58(1.07-6.24)	

จากตาราง 4 การวิเคราะห์อย่างหยาบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบุณชริก จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 และ .001 ได้แก่ เพศ อายุ ค่าใช้จ่ายในการติดตามการรักษา และสาเหตุของความวิตกกังวล (ตาราง 2) เมื่อวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร พบว่า เพศ อายุ สาเหตุของความวิตกกังวล และสิทธิการรักษาพื้นฐานมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 โดยผู้ป่วยเพศหญิงมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 2.49 เท่า ($OR_{adj}=2.49$, 95%CI: 1.25-4.96) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยเพศชาย ในขณะที่ผู้ป่วยเบาหวานที่อายุน้อยกว่า 60 ปี มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 2.28 เท่า ($OR_{adj}=2.28$, 95%CI: 1.17-4.86) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สำหรับผู้ป่วยที่สาเหตุของความวิตกกังวลมาจากเรื่องการเจ็บป่วยมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 5.20 เท่า ($OR_{adj}=5.20$, 95%CI: 1.49-16.88) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีสาเหตุความวิตกกังวล และผู้ป่วยที่มีสิทธิการรักษาพื้นฐานซึ่งเป็นเงินสวัสดิการเฉพาะกลุ่ม (สูงอายุ พิการ รายได้น้อย) มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 2.58 เท่า ($OR_{adj}=2.58$, 95%CI: 1.07-6.24) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีสิทธิการรักษาพื้นฐาน สำหรับตัวแปร ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน ประวัติการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ค่าใช้จ่ายในการติดตามการรักษา การมีผู้ดูแลความเครียด และภาวะซึมเศร้า ไม่มีความสัมพันธ์

อภิปรายผล

เพศมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 โดยผู้ป่วยเพศหญิงมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 2.49 เท่า ($OR_{adj}=2.49$, 95%CI: 1.25-4.96) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยเพศชาย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Punarriwatana (2018) โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางแพ จังหวัดราชบุรี ที่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75.3 แต่สำหรับการศึกษาในครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ 82.9 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kanglee (2014) มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้เป็น เบาหวานชนิดที่ 2 เพศหญิง มีโอกาสที่จะไม่สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($HbA1C \geq 7$) มากกว่าผู้เป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2 เพศชาย เป็น 1.72 เท่า ($OR=1.72$, 95% CI=0.32-1.04) เนื่องจากเพศหญิงมีพฤติกรรมภารกิจที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารจุบจิบ รับประทานอาหารตามใจปาก

อีกประการหนึ่งเพศหญิงมีระบบการเผาผลาญในร่างกายน้อยกว่าเพศชาย 5 - 10% ซึ่งเป็นสาเหตุให้เพศหญิงมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีเท่าที่ควร

อายุมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาล แต่ความสัมพันธ์ในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 โดยผู้ป่วยเบาหวานที่อายุน้อยกว่า 60 ปี มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 2.28 เท่า ($OR_{adj}=2.28$, 95%CI: 1.17-4.86) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kaewsuk (2020) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ในกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 60 ปี มีโอกาสในการเข้าถึงอาหารประเภทต่าง ๆ ได้ง่ายกว่าผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี นอกจากนี้กลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี คือกลุ่มที่เป็นวัยทำงานทำให้มีการรับประทานอาหารที่หลากหลายและเป็นประเภทที่มีคาเฟอีนหรือเครื่องดื่มชูกำลังประเภทต่าง ๆ ทำให้ส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสูงได้

สำหรับผู้ป่วยที่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเฉพาะกลุ่ม (สูงอายุ พิการ รายได้น้อย) มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 2.58 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มประชากรที่มีสิทธิสวัสดิการเฉพาะกลุ่มมีรายได้เพิ่มขึ้น ทำให้เพิ่มโอกาสในการบริโภคอาหารที่หลากหลายตามฤดูกาลมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

สาเหตุของความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 สาเหตุของความวิตกกังวลมาจากเรื่องการเจ็บป่วยมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 5.20 เท่า ($OR_{adj}=5.20$, 95%CI: 1.49-16.88) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีความวิตกกังวล ซึ่งสอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแบบแผนที่ใช้เป็นตัวแปรทางจิตสังคม เพื่ออธิบาย หรือทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล (Becker, 1977) ซึ่งปัจจัยร่วมด้านสติปัญญา เช่น ความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมีผลกระทบต่อความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

สำหรับปัจจัยด้านสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ แตกต่างการศึกษา (Pirom, 2022) ที่ได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ของความเครียดและภาวะซึมเศร้าต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี จังหวัดมหาสารคาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้ามีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากในบริบทของพื้นที่อำเภอโนนทราย มีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้จำนวนมาก จึงมองว่าเป็นเรื่องปกติของคนทั่วไปจึงรู้สึกว่าเป็นเรื่องธรรมดาไม่แตกต่างกับบุคคลอื่น และไม่จำเป็นต้องเครียดหรือวิตกกังวลจนเกิดภาวะซึมเศร้า จึงทำให้ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด เช่นเดียวกับความเครียด จากการศึกษาพบว่าระดับความเครียดไม่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Phaitrakoon (2018) ที่ได้มีการศึกษาระดับความเครียดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ความเครียดอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 55.8 รองลงมาเป็นระดับปกติร้อยละ 37.4 ระดับปานกลางร้อยละ 4.9 ระดับมากร้อยละ 1.2 และระดับมากที่สุดร้อยละ 0.6 ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Pirom (2022) ที่ได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ของความเครียดและภาวะซึมเศร้าต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ความเครียดไม่พบความสัมพันธ์ต่อระดับน้ำตาลในเลือด

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยพบว่าเพศ อายุ สาเหตุของความวิตกกังวล และสิทธิการรักษาพื้นฐานมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ดังนั้นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ต้องมีการค้นหาปัญหารายบุคคลทั้งปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตเพื่อออกแบบระบบหรือแนวทางในการให้บริการที่

เฉพาะเจาะจงรายกลุ่มซึ่งมีความแตกต่างกันรวมทั้งควรมีการค้นหาปัญหาหรือปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานรายกรณี ส่วนปัจจัยด้านสุขภาพจิตที่ผลการวิจัยพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดนั้น การคัดกรองปัญหาด้านสุขภาพจิตก็มีความจำเป็นที่จะต้องคัดกรองภาวะซึมเศร้าทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการเพื่อให้สามารถวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดทั้งในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และควบคุมได้ภายใต้บริบทของพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

References

- Becker, M. H. & Maiman, L. A. (1997). A New Approach to Explaining Sick Role Behavior in Low Income Population. *American of Public Health*, 3, 330-336.
- Department of Disease Control. (2019). *Non-Communicable Disease Situation Report*. Retrieved September 20, 2022 from <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf>. (in Thai)
- Doloh, S. & Saleh, N. (2019). Factors Affecting the Inability to Control Water Levels Blood Sugar Levels of Type 2 Diabetic Patients in Bannang Sata District, Yala Province, *TUH Journal online*, 4(3), 27-30.
- Kaewsuk, S. (2020). Proportion and Associated Factors of Poor Glycemic Control among Type 2 Diabetes Mellitus Patients in a Primary Care Cluster, Nakorn-Nont 1. *PCFM*, 3(3), 59-72. (in Thai)
- Kanglee, K. (2014). Factors Associated With Glycemic Control Among People With Type 2 Diabetes Mellitus at Phramongkutklo Hospital, *Bangkok Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 256-268. (in Thai)
- Phaitrakoon, J., Rassameepong, S., Phansawat, K., Pimtakrong, S., Norapan, B., Siriviriyapat, P., et al. (2019). Factors Correlated with Stress of Patients with Diabetes Mellitus Type 2 in Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center, Ongkharak, Nakhonnayok Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 29(1), 21-31. (in Thai)
- Phajan, T., Suwannaphant, K., Anarat, B. & Thalakorn, N. (2022). Factors Associated with Glycemic Control among Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Thabo, Nong Khai, Thailand. *Regional Health Promotion Center* 9, 16(1), 285-298. (in Thai)
- Pirom, M. (2022). Association of Stress and Depression with Controlling Blood Sugar Among Diabetes Mellitus Type 2 Patients at Samakkee Primary Health Care Center, Mahasarakham Province. *Mahasarakham Hospital Journal*, 19(3), 125-136. (in Thai)
- Punarriwatana, D. (2018). Factors Associated with Poor Glycemic Control Among Type 2 Diabetic Patients in Bang Phae Hospital, Ratchaburi Province. *Region 4-5 Medical Journal*, 37(4), 294-305. (in Thai)
- Suwattanakul, T. (2018). Factors Related to Blood Sugar Control among Diabetes Mellitus Type 2 Patients. *Journal of Health Systems Research*, 12(3), 515-522.

Tongprong, P. (2018). Factors Associated with Glycemic Control Among People with Type 2 Diabetes Mellitus in Sub-district, Ubon Ratchathani, *Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences*, 2(4), 9-22. (in Thai)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์
เสริมความงามของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา

: กรณีศึกษาโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา

Factors Influencing Risk Perceptions and Protective Behaviors of
Cosmetic Product Use among High School Students: A Case Study
from Songkhla Province

ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ^{1*}, วรินทร์ลดา จันทวีเมือง¹, สกุนตลา แซ่เตียว¹, ทิพย์สุนทร กิจรุ่งโรจน์¹,
จินตวิริพร แป้นแก้ว¹, เรวดีศิริ อ่อนรักษ²

Trongrit Thongmeekhaun^{1*}, Varinlada Juntaveemuang¹, Sakuntala Saetiauw¹,
Tipsukorn Kitrungruop¹, Jintaweeporn Paekaew¹, Rawadeesiri Onrak²

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก^{1*}, โรงเรียนหาดใหญ่วิทยาลัย 2²
Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok
Institute^{1*}, Hatyaiwittayalai 2 School²

(Received: January 17, 2023; Revised: April 20, 2023; Accepted: April 21, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงพยากรณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม และปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามของนักเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา จำนวน 370 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ค่า IOC ระหว่าง .67-1.00 วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามความรู้ได้ค่า KR-20 ได้เท่ากับ .71 ส่วนแบบสอบถามส่วนอื่นๆ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ระหว่าง .71-.92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบทีละขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.87$, $SD=0.31$) โดยด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการเลือกจากภาพลักษณ์ตราผลิตภัณฑ์ ($M=3.08$, $SD=0.57$) รองลงมา คือ ด้านการใช้ความภักดีต่อตราผลิตภัณฑ์ ($M=2.98$, $SD=0.54$) ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านการเลือกผลิตภัณฑ์ที่มีราคาแพง ($M=2.68$, $SD=0.38$)

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามของกลุ่มตัวอย่าง มากที่สุด คือ การได้รับ/ศึกษาความรู้เกี่ยวกับอันตรายหรือผลกระทบจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม ($Beta=.320$) รองลงมา ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจที่มีต่อผลิตภัณฑ์เสริมความงาม ($Beta=.244$) และความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมความงาม ($Beta=.167$) ทั้ง 3 ปัจจัยสามารถร่วมทำนาย ได้ร้อยละ 25.80 ($R^2=.258$, $p<.001$)

ดังนั้น โรงเรียนและพยาบาลชุมชน ควรร่วมกันวางแผนและพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมให้นักเรียนเกิดความรู้ ทักษะการตัดสินใจ และมีพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ปัจจัยนำ, ปัจจัยเอื้อ, ปัจจัยเสริม, พฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยง, การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: orawan.n@psu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 091-8471964)



Abstract

This predictive correlational research design aimed to determine the level of risk perceptions and protective behaviors towards cosmetic product use, and factors influencing risk protective behaviors of cosmetic product use among students from a big high school in Songkhla Province. Sample were 370 high school students, recruited by stratified sampling method. Instrument was a set of questionnaires, which were all tested for content validity by a panel of 3 experts, yielding IOC ranging from .67-1.00. Questionnaire of cosmetic product knowledge was tested for reliability by KR-20, yielding a value of .71. Other Questionnaires were tested for reliability by cronbach's alpha coefficient, yielding a value of between .71-.92. Data were analyzed using descriptive statistics, as well as stepwise multiple regression analysis. Research results were as follows.

1. Risk perceptions and protective behaviors towards cosmetic product use were at a moderate level ($M=2.87$, $SD=0.31$). Aspect of product brand selection had the highest mean score ($M=3.08$, $SD=0.57$), followed by aspect of loyalty to product brand ($M=2.98$, $SD=0.54$). Aspect of expensive product selection had the least mean score ($M=2.68$, $SD=0.38$).

2. The most influential factor of risk perceptions and protective behaviors towards cosmetic product use was education on hazards or consequences of abusive cosmetic product use ($Beta=.320$), followed by general attitude towards cosmetic products ($Beta=.244$) and cosmetic product knowledge ($Beta=.167$). These 3 factors could together predict 25.80% ($R^2=.258$, $p<.001$) of the behaviors.

Therefore, schools and community nurses should plan and develop a model to encourage students to gain knowledge, good attitude and appropriate risk perceptions and protective behaviors about cosmetic product use.

Keywords: Cosmetic Products Use, High School Students, Predisposing Factors, Enabling Factors, Reinforcing Factors, Risk Protective Behaviors

บทนำ

ปัจจุบันประชากรเกือบทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะ “วัยรุ่น” ซึ่งเป็นกลุ่มวัยที่สนใจรูปลักษณ์ของตนเอง รักสวยรักงาม และสนใจเพื่อนต่างเพศ จึงให้ความสนใจผลิตภัณฑ์เสริมความงาม เพราะเห็นว่ามีประโยชน์กล่าวคือ สร้างความสวยงาม เสริมสร้างความมั่นใจ ช่วยสร้างโอกาสดีๆ ให้กับชีวิต เป็นต้น ทำให้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามได้รับความนิยมกันมาก ประกอบกับมีการส่งเสริมการค้าเสรี มีการแข่งขันทางการค้าสูง ทำให้มีผู้ประกอบการธุรกิจจำนวนมากพยายามผลิตและพัฒนาสินค้าเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้บริโภค และเพื่อให้มียอดขายมากที่สุด โดยหวังสร้างผลกำไรให้กับตนเอง จึงมีการใช้วัตถุดิบที่ไม่มีคุณภาพเพื่อให้ราคาสินค้าถูก รวมทั้งการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้บริโภคหันมาใช้ผลิตภัณฑ์ของตน ไม่ว่าจะเป็นการแจกของแถม การโฆษณาด้วยข้อความที่หลอกลวงหรือเกินจริง การให้ข่าวสารข้อเท็จจริงเพียงด้านเดียว รวมถึงการจ้างบุคคลที่มีชื่อเสียง เช่น ดารา นักร้อง นางแบบ นักกีฬา เป็นต้น มาแนะนำสินค้า โดยอาศัยช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงง่าย เช่น สื่อออนไลน์ โทรศัพท์ผ่านดาวเทียม วิทยุชุมชน เป็นต้น (Thongmeekhaun, Sateuw, & Paekaw, 2018) นอกจากนี้การพัฒนาของเทคโนโลยีต่างๆ การค้าที่ทันสมัย และการขนส่งที่สะดวก ทำให้สามารถผลิตผลิตภัณฑ์ได้เป็นจำนวนมาก มีรูปแบบที่สวยงาม และทำราคาถูกอย่างน่าเชื่อถือ (Food and Drug Administration, 2019) ผู้บริโภคหลายคนหลงเชื่อและตัดสินใจใช้ผลิตภัณฑ์เหล่านั้น ทำให้ได้รับผลเสียที่เป็นอันตรายและส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย รวมทั้งส่งผลกระทบต่อด้านอื่นๆ เช่น สูญเสียเงินจำนวนมาก เสียเวลา ได้รับความอับอาย หากเป็นผู้ป่วยทำให้เสียโอกาสในการรักษาและส่งผลกระทบต่อ

รุนแรงมากขึ้นได้ (Thongmeekhaun, Sateuw, & Paekaew, 2018) จากข้อมูลของศูนย์เฝ้าระวังและรับรองเรียนผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พบว่า เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมความงามมีแนวโน้มสูงมาก โดยส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับการโฆษณาเครื่องสำอางเกินจริง การโฆษณาผิดวัตถุประสงค์การเป็นเครื่องสำอาง (Food and Drug Administration, 2019) นอกจากนี้ยังพบเรื่องเกี่ยวกับการใส่สารห้ามใช้ในผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง และสถานที่ผลิตไม่เป็นความจริง ส่วนเรื่องเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร พบเรื่องเกี่ยวกับการอ้างสรรพคุณช่วยลดน้ำหนัก ทำให้หน้าอกโต บำรุงร่างกาย/รักษาอาการต่างๆ ไม่มีการขึ้นทะเบียนอาหาร มีการใช้เลขสารบบอาหารปลอม หรือมีการนำเลขสารบบอาหารของผลิตภัณฑ์อื่นมาใช้ (Thongmeekhaun, Sateuw, & Paekaew, 2018)

ดังนั้นการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม จึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันแก้ไขสถานการณ์ดังกล่าว โดยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามหรือที่เรียกว่า “พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม” ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ 1) การแสวงหาข้อมูล 2) การใช้ความถี่ต่อตราผลิตภัณฑ์ 3) การเลือกจากภาพลักษณ์ตราผลิตภัณฑ์ 4) การเลือกจากภาพลักษณ์ของร้านค้า 5) การเลือกผลิตภัณฑ์ที่มีราคาแพง และ 6) การเสาะแสวงหาการรับรอง (Schiffman & Kanuk, 2010) ซึ่งพฤติกรรมของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (Predisposing Factor) เป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคลและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้น เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ความรู้ การรับรู้ ทศนคติ เป็นต้น 2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factor) เป็นทรัพยากรที่เอื้อให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้ง่ายขึ้น เช่น บุคคล สถานที่ อุปกรณ์/เครื่องมือ นโยบาย การให้ความรู้ การอบรม เป็นต้น และ 3) ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factor) เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมเกิดขึ้นได้ หากได้รับการสนับสนุนหรือส่งเสริม เช่น การรางวัล คำชมเชย คำกล่าวตักเตือน เป็นต้น (Green & Kreuter, 2005) สอดคล้องกับผลการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารกลุ่มความงามทางอินเทอร์เน็ตของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อความงามคือ อายุ พฤติกรรมสุขภาพ ความรู้ ทศนคติ และปัจจัยทางการตลาด (Chotthitaporn, Klaewkla, & Sompopcharoen, 2019) ผลการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคสินค้าตามกระแสนิยมของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ตนเองเฉลี่ยต่อเดือน รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคสินค้าตามกระแสนิยมของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานคร (Muenprasertdee, 2014) ผลการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง และพฤติกรรมการซื้อผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวประเภททาผิวของผู้บริโภคเพศหญิง พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวประเภททาผิวของผู้บริโภคเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการซื้อผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวประเภททาผิว (Jaidee, 2015) และผลการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นในจังหวัดสงขลา: การสังเคราะห์ องค์ความรู้และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เจตคติต่อการบริโภคอาหาร และค่านิยมในการบริโภคอาหาร 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง และรายได้ของครอบครัว และ 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ อิทธิพลของสื่อโฆษณา ค่านิยมในการบริโภคอาหาร และความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ซึ่งร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นในจังหวัดสงขลา ได้ร้อยละ 11.30 (Ruangying, Jorajit, & Janyam, 2016)

โรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา เป็นโรงเรียนที่เปิดสอนทั้งในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น คือ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 และระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย คือ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 มีจำนวนนักเรียน 3,000 กว่าคน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 12-18 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยรุ่น โดยวัยรุ่นจะมีพัฒนาการทางกายที่มีความสมบูรณ์พร้อม มีพัฒนาการของต่อมไร้ท่อซึ่งผลิตฮอร์โมนที่มีอิทธิพลต่อความเติบโตทางกายและทางเพศอย่างมาก ทำให้ลักษณะหูดิถีทางเพศปรากฏชัด ระบบสืบพันธุ์เติบโตถึงขั้นทำหน้าที่ได้ จึงมีความสนใจรูปลักษณ์ของตนเอง รักสวยรักงาม สนใจเพื่อนต่างเพศ คบกับกลุ่มเพื่อนร่วมวัย และไม่ค่อยชอบสนทนากับคนสูงกว่าวัยกว่า มีการบูชาวีรบุรุษ แต่มักมีอารมณ์ทุกอย่างรุนแรง เปลี่ยนแปลงง่ายและรวดเร็ว (Kummabu, Sinsiri, Sangprasert, & Numkham, 2012)

ด้วยธรรมชาติของวัยรุ่น ความรู้ ทักษะคิด รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สื่อ สภาพแวดล้อม และสังคมทั้งภายในและนอกโรงเรียน เป็นต้น ทำให้มีนักเรียนส่วนหนึ่งสนใจและมีการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามซึ่งรวมถึงผลิตภัณฑ์เสริมความงามที่มีความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพ เช่น ครีมผิวขาว เครื่องสำอาง คอลลาเจน ผลิตภัณฑ์และยาลดน้ำหนัก เป็นต้น โดยที่ผ่านมามีนักเรียนได้รับอันตรายจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามทุกปี ปีละ 5-10 ราย (Onrak, Interview, 2021) ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ การเรียน เวลา ทรัพย์สิน และอื่นๆ ของนักเรียนเหล่านั้น

ผู้วิจัยและโรงเรียนได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงสนใจที่จะหาแนวทางการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพขึ้น ทั้งนี้จากการทบทวนการวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเพื่อหาระดับพฤติกรรม การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามประเภทต่างๆ และผลกระทบจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม ส่วนการวิจัยเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา เพื่อนำมาพัฒนาเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพมีน้อย ผู้วิจัยจึงทำวิจัยเรื่องนี้ขึ้น เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนและพัฒนาารูปแบบในการส่งเสริมให้นักเรียนเหล่านั้นมีพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

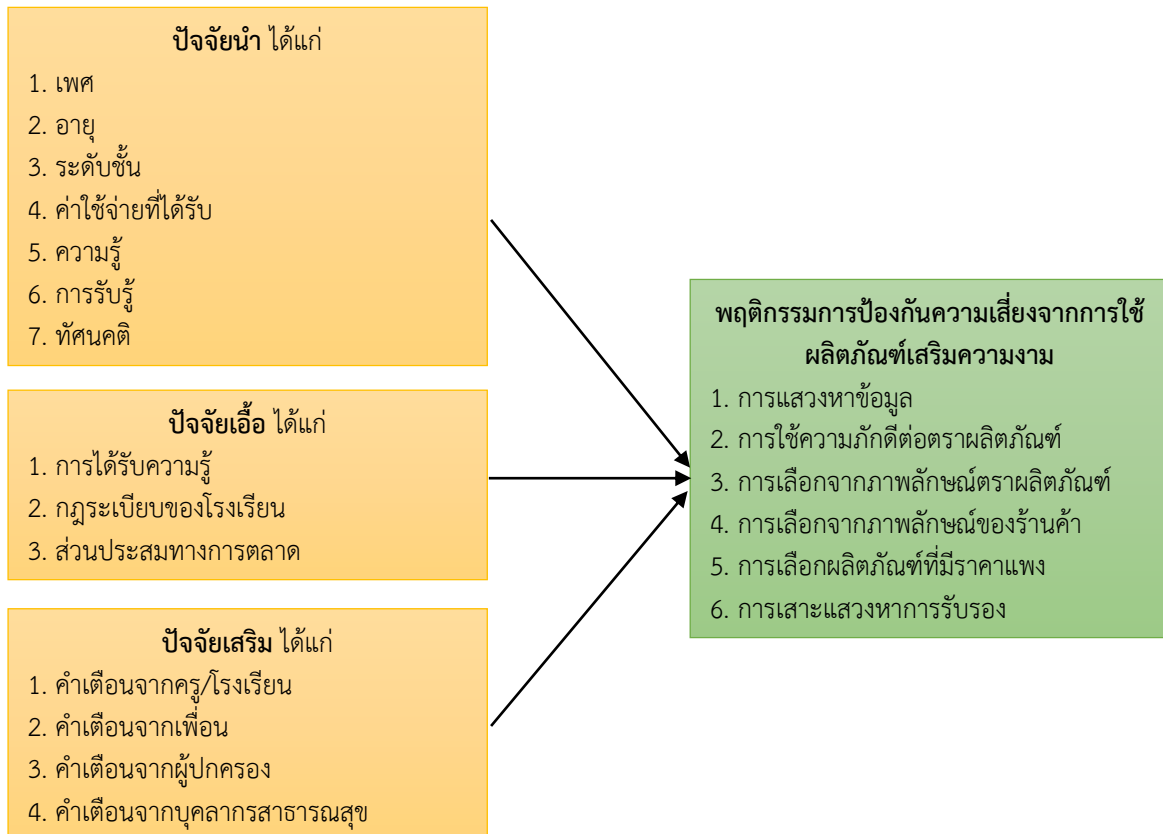
1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรม การป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา: กรณีศึกษาโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรม การป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา: กรณีศึกษาโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา

สมมติฐานวิจัย

1. พฤติกรรม การป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา: กรณีศึกษาโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา อยู่ในระดับสูง
2. ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้น ค่าใช้จ่ายที่ได้รับ ความรู้ การรับรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมความงาม ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับความรู้ กฎระเบียบของโรงเรียน และส่วนประสมทางการตลาด และปัจจัยเสริม ได้แก่ ค่าเดือนจากครู/โรงเรียน เพื่อน ผู้ปกครอง และบุคลากรสาธารณสุข สามารถร่วมทำนายพฤติกรรม การป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา: กรณีศึกษาโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์กรอบแนวคิด PRECEDE Model ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำเข้า 2) ปัจจัยเอื้อ และ 3) ปัจจัยเสริม (Green & Kreuter, 2005) จะส่งผลต่อพฤติกรรม การป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม ซึ่งประกอบด้วย 1) การแสวงหาข้อมูล 2) การใช้ความถูกต้องต่อตราผลิตภัณฑ์ 3) การเลือกจากภาพลักษณ์ตราผลิตภัณฑ์ 4) การเลือกจากภาพลักษณ์ของร้านค้า 5) การเลือกผลิตภัณฑ์ที่มีราคาแพง และ 6) การเสาะแสวงหาการรับรอง (Schiffman & Kanuk, 2010) ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) แบบหาความสัมพันธ์เชิงพยากรณ์ (Predictive Correlational Research Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ปีการศึกษา 2565 โรงเรียนมัธยมศึกษาใหญ่แห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา จำนวน 3,008 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 370 คน ซึ่งได้จากการใช้ตารางเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ที่ระดับความคลาดเคลื่อน 0.05 และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 8 เพื่อเป็นการป้องกันการได้รับแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ตามชั้นปี และทำการสุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นปี ด้วยการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างแต่ละชั้นปี ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด PRECEDE Model และการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของการรับรู้ความเสี่ยงที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามของนักศึกษาพยาบาล (Thongmeekhaun, Sateuw, & Paekaew, 2018) ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลด้านปัจจัยนำเข้า แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับชั้น ค่าใช้จ่ายที่ได้รับ การใช้ผลิตภัณฑ์ และการได้รับผลกระทบทางร่างกายจากการใช้ผลิตภัณฑ์ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำลงในช่องว่าง

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมความงาม จำนวน 10 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ มี 2 ตัวเลือก คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน แปลผลโดยพิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (8 คะแนนขึ้นไป) หมายถึง มีความรู้ระดับสูง คะแนนอยู่ในช่วงร้อยละ 60-79 (6-7 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง และคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 6 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ (Thiengkhamdee, Chantawong, & Homsin, 2015)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงในการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก ลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) จนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน)

ตอนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อผลิตภัณฑ์เสริมความงาม จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 6 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ คือ ข้อคำถามเชิงบวก เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) จนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) และข้อคำถามเชิงลบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) จนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อ แบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามการได้รับ/ศึกษาความรู้เกี่ยวกับอันตรายหรือผลกระทบจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก ลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ คือ มากที่สุด (4 คะแนน) จนถึง น้อยที่สุด (1 คะแนน)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามกฎระเบียบของโรงเรียนต่อการตัดสินใจใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม จำนวน 4 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก ลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ คือ มากที่สุด (4 คะแนน) จนถึง น้อยที่สุด (1 คะแนน)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการได้รับอิทธิพลจากส่วนประสมทางการตลาด (4P) ของผลิตภัณฑ์เสริมความงาม จำนวน 12 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบ ลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ คือ มากที่สุด (1 คะแนน) จนถึง น้อยที่สุด (4 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลด้านปัจจัยเสริม ถ้ามองเกี่ยวกับการได้รับคำตักเตือนจากครู/โรงเรียน เพื่อน ผู้ปกครอง และบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 4 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก ลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ คือ มากที่สุด (4 คะแนน) จนถึง น้อยที่สุด (1 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม ประกอบด้วย 1) การแสวงหาข้อมูล 2) การใช้ความถี่ต่อตราผลิตภัณฑ์ 3) การเลือกจากภาพลักษณ์ตราผลิตภัณฑ์ 4) การเลือกจากภาพลักษณ์ของร้านค้า 5) การเลือกผลิตภัณฑ์ที่มีราคาแพง และ 6) การเสาะแสวงหาการรับรอง จำนวน 18 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 12 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ 6 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ โดยข้อคำถามเชิงบวก ปฏิบัติประจำ (4 คะแนน) จนถึง ไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) และข้อคำถามเชิงลบ ปฏิบัติประจำ (1 คะแนน) จนถึง ไม่เคยปฏิบัติ (4 คะแนน)

การแปลผลในแต่ละส่วน/ตอน พิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ยโดยวิธีการกำหนดอันตรภาคชั้น จำนวน 3 ระดับ (Silpcharu, 2017) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง ระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง ระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านผลิตภัณฑ์เสริมความงาม 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านวัดประเมินผล 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 คน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67-1.00 ได้ปรับปรุง/แก้ไข ตามข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่ปรับปรุง/แก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลาที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมความงาม ได้ค่า Kuder-Richardson (KR-20) ได้เท่ากับ .71 สำหรับแบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงในการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม ทศนคติเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมความงาม การได้รับ/ศึกษาความรู้เกี่ยวกับอันตรายหรือผลกระทบจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม กฎระเบียบของโรงเรียนเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม อิทธิพลจากส่วนประสมทางการตลาดของผลิตภัณฑ์เสริมความงาม คำตักเตือนจากครู/โรงเรียน เพื่อน ผู้ปกครอง และบุคลากรสาธารณสุข และพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .73, .71, .93, .90, .92, .89 และ .72 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยนำหนังสือจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ส่งถึงผู้อำนวยการโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา เพื่อขออนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัย โดยผู้วิจัยชี้แจงผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แนวทางการเก็บข้อมูลวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นจึงทำการเก็บข้อมูลวิจัยจนครบจำนวน 370 ชุด โดยใช้เวลา 2 สัปดาห์ ในช่วงเดือนมิถุนายน 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมดมาทำการประมวลผลข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และวิเคราะห์ด้วยสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา: กรณีศึกษาโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานตามระดับการวัดของข้อมูล แล้วนำไปเทียบกับเกณฑ์

2. วิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา: กรณีศึกษาโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยหา ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำไปเทียบกับเกณฑ์

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา: กรณีศึกษาโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบทีละขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยก่อนการวิเคราะห์สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผู้วิจัยได้แปลงตัวแปรที่เป็นมาตรานามบัญญัติ (Nominal Scale) ได้แก่ เพศ และระดับชั้น เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) และทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นตามหลักการใช้สถิติ พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้ (Hair, Black, Babin & Anderson, 2019)

3.1 ตรวจสอบข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Q-Q Plot พบว่า จุดของข้อมูลของตัวแปรสังเกตได้ส่วนใหญ่อยู่บนแนวเส้นตรง 45 องศา จึงสรุปได้ว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

3.2 ทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม พบว่า ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับตัวแปรตาม ($F=147.002, P<.001$)

3.3 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัว (Multicollinearity) ในสมการทดสอบโดยใช้ค่าสถิติ คือ Tolerance มีค่าอยู่ระหว่าง .277-.778 และ ค่า Variance Inflation Factor (VIF) มีค่าอยู่ระหว่าง 1.284-5.794

3.4 ทดสอบความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกัน (autocorrelation outlier) โดยพิจารณาค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.860

3.5 ทดสอบความแปรปรวนคงที่ (Homoscedasticity) โดยพิจารณาจากแผนภาพการกระจาย Scatter Plot พบว่า ค่าความคลาดเคลื่อนส่วนใหญ่กระจายอยู่เหนือและใต้ระดับ 0 สรุปว่าค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนเป็นค่าคงที่

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา หมายเลขรับรอง BCNSK 9/2564 ลงวันที่ 28 มกราคม 2564 และต่ออายุครั้งที่ 1 ลงวันที่ 30 มกราคม 2565 ซึ่งผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองเซ็นต์เอกสารแสดงความยินยอม แจ้งการรักษาความลับ และการถอนตัวจากการเป็นอาสาสมัครวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.49 (จำนวน 283 คน) มีอายุ ≤ 13 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.11 (จำนวน 104 คน) โดยมีอายุเฉลี่ย 14.77 ปี ($SD=1.67$) กำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.00 (จำนวน 74 คน) ได้รับเงินเพื่อการใช้จ่ายต่อสัปดาห์ ระหว่าง 401-600 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.11 (จำนวน 215 คน) โดยได้รับเงินเฉลี่ย 470.97 บาทต่อสัปดาห์ ($SD=190.19$) กำลังใช้และเคยใช้ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 91.08 (จำนวน 337 คน) และส่วนใหญ่ไม่ได้รับผลกระทบจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม คิดเป็นร้อยละ 75.68 (จำนวน 280 คน)

2. ระดับพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา: กรณีศึกษาโรงเรียนมัธยมขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามของกลุ่มตัวอย่าง (n=370)

พฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม	M	SD	ระดับ
1. การแสวงหาข้อมูล (Consumer Seek Information)	2.75	0.42	ปานกลาง
1.1 ตรวจสอบข้อมูลผลิตภัณฑ์เสริมความงามด้วยตนเอง โดยดูฉลากบนผลิตภัณฑ์ที่แสดงไว้	3.24	0.81	สูง
1.2 ตรวจสอบข้อมูลผลิตภัณฑ์เสริมความงามจากหน่วยงานหรือบุคคลากรหน่วยงานรัฐ เช่น องค์การอาหารและยา สำนักงานสาธารณสุข โรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์	2.97	0.87	ปานกลาง
1.3 ตรวจสอบข้อมูลผลิตภัณฑ์เสริมความงามจากผู้ที่เคยใช้ สื่อออนไลน์ วิทยูทูป ทวิตเตอร์	2.04	0.86	ปานกลาง
2. การใช้ความภักดีต่อตราผลิตภัณฑ์ (Consumer are Brand Loyal)	2.98	0.54	ปานกลาง
2.1 เลือกใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามเดิมๆ ที่ใช้อยู่ ถึงแม้ว่าราคาจะสูงขึ้น	3.01	0.85	สูง
2.2 เลือกใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามเดิมๆ ที่ใช้อยู่ ถึงแม้ว่ามีคนมาแนะนำว่ายี่ห้อใหม่มีคุณภาพดีกว่า	2.87	0.87	ปานกลาง
2.3 เลือกใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามเดิมๆ ที่ใช้อยู่ แม้สงสัยว่าอาจเป็นผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้มาตรฐานหรืออาจผิดกฎหมาย	3.08	1.02	สูง
3. การเลือกจากภาพลักษณ์ตราผลิตภัณฑ์ (Consumer Select by Brand Image)	3.08	0.57	สูง
3.1 เมื่อใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามชนิดใหม่ จะเลือกยี่ห้อที่รู้จักเป็นอย่างดี และมีสรรพคุณตามต้องการ	3.16	0.79	สูง

ตาราง 1 (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม	M	SD	ระดับ
3.2 เมื่อใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามชนิดใหม่ จะเลือกยี่ห้อที่มีการแสดงฉลากตามมาตรฐาน	3.27	0.78	สูง
3.3 เมื่อใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามชนิดใหม่ จะเลือกยี่ห้อที่เคยใช้โดยไม่สนใจที่จะตรวจสอบข้อมูลผลิตภัณฑ์	2.81	1.00	ปานกลาง
4. การเลือกจากภาพลักษณ์ของร้านค้า (Consumer Rely on Store Image)	2.78	0.50	ปานกลาง
4.1 เลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมความงามจากร้านค้าที่มีชื่อเสียง เช่น ห้างร้านต่างๆ เคาน์เตอร์แบรนด์	2.69	0.85	ปานกลาง
4.2 เลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมความงามจากร้านที่ได้รับอนุญาตให้จำหน่ายโดยเฉพาะ เช่น ร้านขายยา ร้านขายอาหารเสริม	2.95	0.83	ปานกลาง
4.3 เลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมความงามจากร้านค้าทั่วไป ร้านเสริมสวย ตลาดนัด ร้านขายของชำ ร้านค้า online	2.71	0.84	ปานกลาง
5. การเลือกผลิตภัณฑ์ที่มีราคาแพง (Consumer Buy the Most Expensive Modal)	2.68	0.38	ปานกลาง
5.1 เลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมความงามที่มีราคาสูงกว่าผลิตภัณฑ์ที่มีราคาต่ำ	2.46	0.80	ปานกลาง
5.2 เลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมความงามที่มีราคากลางๆ ไม่สูงและต่ำจนเกินไป	3.00	0.75	ปานกลาง
5.3 เลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมความงามที่ตั้งราคาสูง แต่มีการจัดโปรโมชั่นลดแลกแจกแถม	2.58	0.84	ปานกลาง
6. การเสาะแสวงหาการรับรอง (Consumers Seek Reassurance)	2.92	0.45	ปานกลาง
6.1 เลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมความงามที่มีหน่วยงานราชการให้การรับรอง เช่น มีเครื่องหมายรับรอง อย. เลขจดแจ้ง	3.36	0.81	สูง
6.2 เลือกผลิตภัณฑ์เสริมความงามจากร้านจำหน่ายที่น่าเชื่อถือและมีหลักแหล่งแน่นอน	3.35	0.77	สูง
6.3 เลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมความงามที่ผู้ใช้งานจริงหรือมีบุคคลที่มีชื่อเสียงให้การรับรอง	2.06	0.81	ปานกลาง
โดยรวม	2.87	0.31	ปานกลาง

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.87$, $SD=0.31$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านการเลือกจากภาพลักษณ์ตราผลิตภัณฑ์อยู่ในระดับสูง โดยด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านการเลือกจากภาพลักษณ์ตราผลิตภัณฑ์ ($M=3.08$, $SD=0.57$) รองลงมา คือ ด้านการใช้ความภักดีต่อตราผลิตภัณฑ์ ($M=2.98$, $SD=0.54$) และด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ด้านการเลือกผลิตภัณฑ์ที่มีราคาแพง ($M=2.68$, $SD=0.38$)

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา: กรณีศึกษาโรงเรียนมัธยมขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่ร่วมทำนายพฤติกรรม การป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามของกลุ่มตัวอย่าง ($n=370$)

ตัวแปร	B	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	1.376	.147		9.389	<.001
1. การได้รับ/ศึกษาความรู้เกี่ยวกับอันตรายหรือผลกระทบจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม	.166	.024	.320	6.819	<.001
2. ทศนคติที่มีต่อผลิตภัณฑ์เสริมความงาม	.250	.048	.244	5.159	<.001
3. ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมความงาม	.040	.011	.167	3.651	<.001
$R=.508$, $R^2=.258$, $adj.R^2=.252$, $df=3$, $.366$, $f=42.476$, $SE_{est}=.270$, $p-value<.001$					

จากตาราง 2 พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามของกลุ่มตัวอย่างหรือเป็นตัวแปรที่เข้าสู่สมการทำนาย ได้แก่ การได้รับ/ศึกษาความรู้เกี่ยวกับอันตรายหรือผลกระทบจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม ทศนคติที่มีต่อผลิตภัณฑ์เสริมความงาม และความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมความงาม โดยปัจจัยการได้รับ/ศึกษาความรู้เกี่ยวกับอันตรายหรือผลกระทบจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด (Beta=.320) รองลงมา ได้แก่ ทศนคติที่มีต่อผลิตภัณฑ์เสริมความงาม (Beta=.244) และความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมความงาม (Beta=.167) โดยทั้ง 3 ตัวแปรสามารถรวมทำนายพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 25.80 ($R^2=.258$, $p<.001$) และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย .366

สามารถเขียนสมการถดถอยได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ: พฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม

$$= 1.376 + .166(\text{การได้รับ/ศึกษาความรู้เกี่ยวกับอันตรายหรือผลกระทบจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม}) + .250(\text{ทศนคติที่มีต่อผลิตภัณฑ์เสริมความงาม}) + .040(\text{ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมความงาม})$$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน: พฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม

$$= .320(\text{การได้รับ/ศึกษาความรู้เกี่ยวกับอันตรายหรือผลกระทบจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม}) + .244(\text{ทศนคติที่มีต่อผลิตภัณฑ์เสริมความงาม}) + .167(\text{ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมความงาม})$$

อภิปรายผล

1. ระดับพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านการเลือกจากภาพลักษณ์ตราผลิตภัณฑ์ อยู่ในระดับสูง โดยด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการเลือกจากภาพลักษณ์ตราผลิตภัณฑ์ รองลงมา คือ ด้านการใช้ความภักดีต่อตราผลิตภัณฑ์ และด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ด้านการเลือกผลิตภัณฑ์ที่มีราคาแพง อธิบายได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยง เป็นการกระทำใดๆ ของบุคคลที่ถูกกระตุ้นโดยความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย หรือการคงไว้ซึ่งการกระทำหน้าที่ของร่างกายไม่ให้ความเจ็บป่วยหรือเกิดผลกระทบต่อสุขภาพ หรือทำให้มีสุขภาพดี (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ให้ความสนใจการแสดงออกทางรูปลักษณ์ภายนอก ไม่ว่าจะเป็นการแต่งเนื้อแต่งตัวตามกระแสแฟชั่น การใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ การติดตามบุคคลต้นแบบ เช่น ดารา นักร้อง เพื่อให้เห็นว่าตนมีความทันสมัยตามกระแสสังคม และเป็นที่สนใจของเพศตรงข้าม (Nissawong, 2011) ประกอบกับการสร้างแรงจูงใจจากผลิตภัณฑ์ ไม่ว่าจะเป็นการแจกของแถม การโฆษณาด้วยข้อความที่หลอกลวงหรือเกินจริง การจ้างบุคคลที่มีชื่อเสียง เช่น ดารา นักร้อง นางแบบ นักกีฬา เป็นต้น มานำเสนอสินค้า โดยอาศัยช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงง่าย เช่น สื่อออนไลน์ต่างๆ (Thongmeekhaun, Sateuw, & Paekaew, 2018) ทำให้วัยรุ่นมองผ่านอันตรายหรือความเสี่ยงต่างๆ จากผลิตภัณฑ์เสริมความงามที่อาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและส่งผลกระทบต่อสิ่งอื่นๆ เช่น การเรียน เศรษฐกิจ จิตใจ เป็นต้น จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีพฤติกรรมด้านการเลือกจากภาพลักษณ์ตราผลิตภัณฑ์ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด และพฤติกรรมด้านการเลือกผลิตภัณฑ์ที่มีราคาแพงมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Aphisamacharayothin (2017) เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตระหนักในเรื่องความงาม และพฤติกรรมการใช้เครื่องสำอางที่ไม่ได้มาตรฐานของผู้หญิงไทย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้เครื่องสำอางที่ไม่ได้มาตรฐาน อยู่ในระดับปานกลาง แตกต่างกับผลการวิจัยของ Chayasontorn (2015) เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการซื้อของนักศึกษาหญิงในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์พื้นที่ศาลายา จังหวัดนครปฐม พบว่า พฤติกรรมการซื้อเครื่องสำอางของนักศึกษาหญิงในภาพรวม อยู่ในระดับมาก

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามของกลุ่มตัวอย่าง เรียงลำดับตามความสามารถในการทำนาย ดังนี้ 1) การได้รับ/ศึกษาความรู้เกี่ยวกับอันตรายหรือผลกระทบจากการใช้

ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม (ปัจจัยเอื้อ) 2) ทักษะที่มีต่อผลิตภัณฑ์เสริมความงาม (ปัจจัยนำ) และ 3) ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมความงาม (ปัจจัยนำ) โดยทั้ง 3 ตัวแปร สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 25.80 ($R^2=.258, p<.001$) และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย .366 สอดคล้องตามแนวคิด PRECEDE Model ที่กล่าวว่า พฤติกรรมป้องกันมีสาเหตุมาจากสหปัจจัย (Multiple Factor) กล่าวคือ ปัจจัยนำ (Predisposing Factor) ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคล จะก่อให้เกิดแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้น ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factor) เป็นทรัพยากรที่เอื้อให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้ง่ายขึ้น และปัจจัยเสริม (Reinforcing Factor) เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมเกิดขึ้นได้และคงอยู่ต่อไป หากได้รับการสนับสนุนหรือส่งเสริม (Green & Kreuter, 2005) โดยอธิบายแต่ละปัจจัยได้ดังนี้

2.1 การได้รับ/ศึกษาความรู้เกี่ยวกับอันตรายหรือผลกระทบจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม เป็นปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม เนื่องจากความรู้หรือข้อมูลข่าวสารเป็นปัจจัยที่สำคัญในการตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของบุคคล ความต้องการความรู้หรือข้อมูลข่าวสารจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อบุคคลนั้นต้องการข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจหรือไม่แน่ใจต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่มีประโยชน์กับตนเอง (Khieokhachee & Surasondhi, 2017) โดยเลือกศึกษาจากช่องทางต่างๆ ซึ่งปัจจุบันได้ถูกรวบรวมจัดเก็บและเผยแพร่ผ่านช่องทางการสื่อสารออนไลน์ ทำให้สะดวกในการสืบค้นและการเข้าถึง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Klanruangsang, Sompopcharoen, & Aimyong (2018) เรื่อง การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อเพิ่มความขาวใสของผิวพรรณในกลุ่มนักศึกษาในระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่า การได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจใช้ผลิตภัณฑ์ และผลการวิจัยของ Chumpoo (2017) เรื่อง พฤติกรรม的开รับข่าวสารและการบอกต่อเกี่ยวกับ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่า การเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพ

2.2 ทักษะที่มีต่อผลิตภัณฑ์เสริมความงาม เป็นปัจจัยนำที่สำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม เนื่องจากทัศนคติของบุคคล ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) ด้านความเข้าใจ หมายถึง การรับรู้และเชื่อถือที่เกิดจากการเรียนรู้รับรู้เรื่องราวต่างๆ ที่อยู่รอบตัว 2) ด้านความรู้สึก หมายถึง ความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่จะสะท้อนถึงความรู้สึกที่มีต่อสิ่งใดๆ ซึ่งจะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม และ 3) ด้านพฤติกรรม หมายถึง แนวโน้มของพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งเป็นการกระทำที่ตั้งใจจะให้เกิดพฤติกรรมรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ตามความเข้าใจและความรู้สึก (Schiffman & Kanuk, 2010) ดังนั้นบุคคลที่เกิดความเข้าใจและความรู้สึกหรือเกิดทัศนคติที่ดีต่อผลิตภัณฑ์เสริมความงาม จึงมีพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามที่เหมาะสมตามมา สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Chotthitaporn, Klaewkla, & Sompopcharoen (2019) เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารกลุ่มความงามทางอินเทอร์เน็ตของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ทักษะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อความงาม และผลการวิจัยของ Songklang, & Yangyuen (2020) เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสังคมกับการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น พบว่า ทักษะเกี่ยวกับอันตรายจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในระดับสูงจะทำให้การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นลดลง

2.3 ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมความงาม เป็นปัจจัยนำที่สำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม เนื่องจากความรู้จะเป็นสิ่งที่ส่งผลให้บุคคลมีศักยภาพในการคิดวิเคราะห์ข้อมูล และตัดสินใจหรือให้เหตุผลที่มีความเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) ซึ่งความรู้ที่ได้รับอาจมีที่มาหลากหลายวิธีการ เช่น การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง การอบรม การจัดบอร์ดประชาสัมพันธ์ การรณรงค์ การแนะนำจากบุคคลอื่น เป็นต้น สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Klanruangsang, Sompopcharoen, & Aimyong (2018) เรื่อง การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อเพิ่มความขาวใสของผิวพรรณในกลุ่มนักศึกษาในระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้ในเรื่องของผลิตภัณฑ์เสริมเพื่อเพิ่มความขาวใสของผิวพรรณเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจใช้ผลิตภัณฑ์ ผลการวิจัยของ Chotthitaporn, Klaewkla, & Sompopcharoen (2019) เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการ

ตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารกลุ่มความงามทางอินเทอร์เน็ตของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในระดับต่ำมีการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อความงามมากกว่าผู้ที่มีความรู้ระดับปานกลางและระดับดี และผลการวิจัยของ Kongwong, & Wattananamkul, (2011) เรื่อง พฤติกรรมการใช้ “เครื่องสำอางอันตราย” ของวัยรุ่นหญิง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับเครื่องสำอางหน้าอยู่ในระดับต่ำมีพฤติกรรมการใช้ที่ไม่เหมาะสม เช่น ซื้อเครื่องสำอางยี่ห้อดังที่นำมาลดราคาตามตลาดนัด ใช้เครื่องสำอางร่วมกับผู้อื่น ไม่ทดสอบการแพ้เมื่อใช้เครื่องสำอางชนิดนั้นเป็นครั้งแรก เป็นต้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. สถานศึกษา ผู้รับผิดชอบควรพิจารณานำปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การได้รับ/ศึกษาความรู้เกี่ยวกับอันตรายหรือผลกระทบจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม ทักษะการตัดสินใจเลือกผลิตภัณฑ์เสริมความงาม และความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมความงาม เสนอแนะผู้บริหาร เพื่อกำหนดเป็นนโยบายและแนวปฏิบัติที่ช่วยส่งเสริมและป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามของนักเรียน เช่น การอบรม จัดบอร์ด เสียงตามสาย การเผยแพร่ข่าวสารออนไลน์ การประกวดนักเรียนสุขภาพดี การรณรงค์การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามอย่างปลอดภัย โดยสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานหรือสถาบันการศึกษาด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมทั้ง 3 ปัจจัย ให้มีระดับสูงยิ่งขึ้น

2. หน่วยงานด้านสุขภาพ เช่น โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถาบันการศึกษา เช่น วิทยาลัยพยาบาล มหาวิทยาลัยต่างๆ ควรนำผลวิจัยไปออกแบบเป็นกิจกรรมในการส่งเสริมนักเรียนให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามได้จริง โดยหาโอกาสในการให้ข้อมูลที่ชัดเจน เข้าใจง่าย เพื่อให้สถานศึกษาได้ให้ความสำคัญ และสนับสนุนให้เกิดนโยบายและแนวทางที่เอื้อต่อผู้ปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยค้นหาปัจจัยอื่นๆ ที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งยังไม่ได้ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ เช่น สมรรถนะแห่งตน การเลี้ยงดู เป็นต้น

2. ควรศึกษาวิจัยทดลองหรือวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบ โดยนำปัจจัยทำนายทั้ง 3 ปัจจัยมาออกแบบและทดลองใช้ เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่ดีในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามของกลุ่มตัวอย่าง

3. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่พบว่ามีอิทธิพลกับพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามของนักเรียน เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากยิ่งขึ้น

References

- Aphisamacharayothin, P. (2017). Factors Effecting to Beauty Awareness and Unstandardized Cosmetic Used Behaviors of Thai Women. *Thaksin University Library Journal*, 6, 194-216. (in Thai)
- Chayasoonorn, U. (2015). *Factors Influencing Cosmetic Purchasing Behavior of Female Students of Rajamangala University of Technology Rattanakosin, SalayaArea, Nakhon Pathom Province*. Master of Business Administration (General Management). Dhonburi Rajabhat University. (in Thai)
- Chotthitaporn, N., Klaewkla, J., & Sompopcharoen, M. (2019). Factors Affecting to Purchasing Decision on Dietary Supplement Products for Beauty through Internet among Professional Nurses. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 12(2), 151-164. (in Thai)

- Chumpoo, N. (2017). *Media Exposure Behaviors and Word of Mouth of Health Products*. Master of Arts. Thammasat University. (in Thai)
- Food and Drug Administration. (2019). *Guidelines for Cosmetic Advertising*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Food and Drug Administration. (2019). *Information of the Center for Monitoring and Complaints of Health Supplements*. Retrieved November 20, 2022 from <https://www.fda.moph.go.th/sites/HPSC/SitePages/Result.aspx>. (in Thai)
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach* (4th ed). New York: McGraw-Hill.
- Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E. R. (2019). *Multivariate Data Analysis* (7th ed). New Jersey: Pearson Education.
- Jaidee, J. (2015). *The Relationships among Female Consumers' Knowledge, Perceived Risk and Buying Behaviors of The Skin Whitening Lotion Products*. Master of Communication Arts. Burapha University. (in Thai)
- Khieokhachee, S., & Surasondhi, K. (2017). Exposure to Information, Knowledge, and Preparation for Languages and Cultures toward ASEAN Community of Thai Adolescents in Bangkok. *Journal of Mass Communication*, 6(2), 123-148. (in Thai)
- Klanruangsang, P., Sompopcharoen, M., & Aimyong, N. (2018). Decision Making About Skin Whitening Products among Undergraduate Student in Bangkok. *KKU Research Journal (Graduate Study)*, 18(1), 13-23. (in Thai)
- Kongwong, R., & Wattananamkul, V. (2011). A Study of "Harmful Cosmetics" Usage Behavior among Female Teenagers in Ubon Ratchathani Province. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences*, 7(1), 76-87. (in Thai)
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Kummabu, J., Sinsiri, J., Sangprasert, P., & Numkham, L. (2012). *Community Health Nursing*. Bangkok: Pim Suay Co., Ltd. (in Thai).
- Muenprasertdee, S. (2014). *Factors that Affect Consumer Behavior Based on Current Trends of Consumers in Bangkok Metropolitan Area*. Master of Education degree in Business Administration. Bangkok University. (in Thai)
- Nissawong, S. (2011). Behavior of Extravagance. *Veridian E-Journal SU*, 4(1), 275-293. (in Thai)
- Onrak, R. (2021). *A Teacher of One Large High School in Songkhla Province*. Interview. (in Thai)
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*. (4th ed). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Ruangying, J., Jorajit, S., & Janyam, K. (2016). Food Consumption Behavior of Adolescents in Songkhla Province: Synthesis of Literacy and Factors Influencing Food Consumption Behavior. *Journal of Liberal Arts, Prince of Songkla University, Hat Yai Campus*, 8(1), 245-264. (in Thai)
- Schiffman, L. G., & Kanuk, L. L. (2010). *Cosumer Behavior* (10th ed). New Jersey: Prentice Hall.
- Silpcharu, T. (2017). *Research and Statistical Data Analysis with SPASS and AMOS* (17th ed). Bangkok: Business R & D. (in Thai)

- Songklang, S., & Yangyuen, S. (2020). Correlations Between Social Environment Factors and Alcohol Use among Adolescents. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 7(1), 32-44. (in Thai)
- Thiengkhamdee, N., Chantawong, C., & Homsin, P. (2015). Factors Influencing Work-Relation Prevention Behaviors of Garbage Collectors in Banglamung District Chonburi Province. *Journal of Public Health Nursing*, 29(1), 43-55. (in Thai)
- Thongmeekhaun, T., Sateuw, S., & Paekaew, J. (2018). Correlation and Predictive Power of Risk Perception affecting Risk Protection Behaviors from Using Cosmetic Products among Nursing Students. *Nursing Journal of the Ministry of Public*, 28(2), 94-106. (in Thai)

ปัจจัยด้านจิตวิทยาเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคม
ที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้
Positive Psychological Factors and Social Support
Affecting Public Health Officers' Working Motivation
Southern Border Provinces of Thailand

อัมรัน สาแหละ^{1*}, พวงสร้อย วรกุล², บุญโรม สุวรรณพาหุ², จิระวัฒน์ ตันสกุล²
Amrun Salaeh^{1*}, Pouangsoi Worakul², Boomrom Suwanpahu², Jirawat Tanskul²
นักศึกษาปริญญาโท คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์^{1*}, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์²
Master student, Faculty of Education, Prince of Songkla University^{1*}, Prince of Songkla University²

(Received: February 22, 2022; Revised: April 7, 2023; Accepted: April 21, 2023)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงทำนายนี้ เพื่อ 1) ศึกษาระดับจิตวิทยาเชิงบวกการสนับสนุนทางสังคมและแรงจูงใจในการทำงาน 2) ศึกษาความสัมพันธ์ของจิตวิทยาเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคมกับแรงจูงใจในการทำงาน และ 3) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 480 คน การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม 4 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ปัจจัยด้านจิตวิทยาเชิงบวก 3) การสนับสนุนทางสังคม 4) แรงจูงใจในการทำงาน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านได้ค่า IOC ทั้ง 3 ฉบับ เท่ากับ 0.6 – 1.0 และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88, 0.95 และ 0.95 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Pearson's Correlation และ สถิติ Multiple Regression ผลการวิจัยพบว่า

1. ระดับปัจจัยด้านจิตวิทยาเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้อยู่ในระดับสูงทุกด้าน ($M=3.83$, $SD=0.37$, $M=3.83$ $SD=0.53$ และ $M=3.96$ $SD=0.37$) ตามลำดับ

2. ปัจจัยด้านจิตวิทยาเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงจูงใจในการทำงานในระดับ ปานกลาง ($r=0.561$, $r=0.593$) ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

3. ปัจจัยด้านจิตวิทยาเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคมสามารถพยากรณ์แรงจูงใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้ร้อยละ 51.5 ($R^2=0.515$) โดยปัจจัยด้านจิตวิทยาเชิงบวก สามารถพยากรณ์แรงจูงใจในการทำงานได้ค่าสัมประสิทธิ์ 0.426 ($B=0.426$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และการสนับสนุนทางสังคมสามารถพยากรณ์แรงจูงใจในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างได้ค่าสัมประสิทธิ์ 0.329 ($B=0.329$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ข้อเสนอแนะควรศึกษากับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่อื่นนอกสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และบุคลากรหน่วยงานอื่นในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานอื่น เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่กว้างขวางขึ้น

คำสำคัญ: จิตวิทยาเชิงบวก, การสนับสนุนทางสังคม, แรงจูงใจในการทำงาน, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: amrun1975@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 089-9763709)



Abstract

This predictive study aimed to: 1) study positive psychology, social support, and work motivation level of public health officers in the three Southern border provinces, 2) examine the relationships among positive psychology, social support, and work motivation, and 3) explore the factors affecting the work motivation. The sample was 480 public health officers in Southern border provinces. The research instrument was a 4-part questionnaire including: 1) personal data, 2) positive psychology, 3) social support, and 4) work motivation. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, Pearson's Correlation and Multiple Regression. The results showed as follows.

1. Levels of factors in positive psychology, social support, and work motivation of public health officers in the three Southern border provinces were at a high level ($M=3.83, SD=0.37$; $M=3.83, SD=0.53$ and $M=3.96, SD=0.37$, respectively).

2. Positive psychological factors and social support were significantly correlated with work motivation at a moderate level ($r=0.561$ and $r=0.593$, respectively, $p < .01$).

3. Positive psychological factors and social support could predict the work motivation of health officials in the three Southern border provinces by 51.5% ($R^2=0.515$).

The further studies should be conducted in a group of public health officers working in others areas for more extensive research results.

Keywords: Positive Psychology, Social Support, Work Motivation, Public Health Officers

บทนำ

ทรัพยากรบุคคลถือเป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญที่สุดในองค์กร ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการสร้างผลผลิตพัฒนาคุณภาพการบริการและผลักดันให้องค์กรประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Tanatra & Krit, 2012) แม้ว่าองค์กรต่าง ๆ จะให้ความสำคัญกับการบริหาร จัดการบุคคลที่ดี แต่แรงจูงใจของบุคลากรในการทำงานมีความสำคัญมากเช่นกัน ซึ่งการจูงใจ (Motivation) เป็นแรงผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างมีทิศทาง เพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายหมายต้องการ การที่บุคคลในหน่วยงานที่จะประสบผลสำเร็จในงาน บุคคลนั้นต้องมีจิตวิทยาเชิงบวกภายในตนเอง (Positive Psychological) ในการทำงาน ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการทำงาน จากแนวคิดของ (Luthans, Youssef & Avolio, 2007) ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้ในการพัฒนาผลการปฏิบัติงานในเชิงรุกขององค์กรได้ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ Thoit (1986) หมายถึง การที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับความช่วยเหลือจากการที่ปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลในด้านอารมณ์สังคม สิ่งของ และข้อมูลข่าวสาร ทำให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดและตอบสนองต่อความเครียดได้เร็วยิ่งขึ้น การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจึงช่วยลดความเครียดจากการทำงานและเสริมแรงจูงใจในการทำงานได้ ประกอบกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ที่ใช้ในการขับเคลื่อนและพัฒนาประเทศให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” โดยยุทธศาสตร์ชาตินี้ จะใช้เป็นกรอบแนวทางการพัฒนาระยะ 20 ปี และได้ให้ความสำคัญกับทรัพยากรบุคคลในหน่วยงาน ซึ่งมีความสำคัญที่สุดในองค์กร (SPD. & OPS. Ministry of Public Health, 2017) แม้ว่าองค์กรต่างๆจะให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการบุคคลที่ดี แต่ปัญหาการขาดแรงจูงใจในการทำงาน ยังเป็นปัญหาที่องค์กรต่างๆไม่สามารถหลีกเลี่ยง ได้ (Tanatra & Krit, 2012)

จากสถานการณ์ปัญหาความรุนแรงของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และใน 4 อำเภอของจังหวัดสงขลานั้น ได้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2547 ทำให้มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก เกิดผลกระทบต่อสุขภาพจิต และความสงบสุขของประชาชนในการดำรงชีวิต และยังส่งผลกระทบต่อบุคลากรที่

ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรสาธารณสุข เพราะนอกจากจะมีหน้าที่ให้บริการช่วยเหลือเยียวยาแก่ประชาชนผู้มารับบริการมากมาย ในขณะเดียวกันยังอาจตกเป็นเป้าหมายในการถูกทำร้ายอีกด้วย เมื่อมองในภาพรวมของเหตุการณ์ความรุนแรงทั้งหมด Isranew (2019) ได้สรุปตัวเลขความสูญเสียทั้งเสียชีวิตและได้รับบาดเจ็บ ยอดรวมผู้เสียชีวิตตลอด 15 ปี ไฟฟ้าอยู่ที่ 4,011 ราย ผู้ได้รับบาดเจ็บ 10,651 ราย กลุ่มคนที่ได้รับผลกระทบจากเหตุรุนแรงมากที่สุดคือประชาชนทั่วไป หรือประชาชนผู้บริสุทธิ์นั่นเอง ทำให้ภาระงานในการเยียวยาทั้งด้านร่างกายและจิตใจมีจำนวนมากซึ่งผู้ที่ให้การช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบ (Helper) คือบุคลากรสาธารณสุข จะได้รับปัญหาทางจิตใจ (Psychological Distress) ไม่ต่างกับผู้ประสบเหตุโดยตรง และมีอาการใกล้เคียงกัน คือ ได้รับผลกระทบจากการให้บริการช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากเหตุความรุนแรง ได้แก่ รู้สึกเสียใจ มีอารมณ์ร่วมไปกับผู้ป่วย มีความเครียดสะสม ได้รับผลทางจิตใจจากการช่วยเหลือเหยื่อ (Vicarious Traumatization) และมีความเหนื่อยล้า เหนื่อยหน่าย (Burnout) มีผลต่อแรงจูงใจในการทำงาน จากการศึกษาของ Sumalai (2021) พบว่า ปัจจัยทางด้านอายุ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดความเป็นบุคคลและความสำเร็จของบุคคลมีความสัมพันธ์กับภาวะความหมดไฟและเหนื่อยหน่ายในการทำงาน

ปัจจุบันงานของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้มีภาระงานมาก มีตัวชี้วัดที่ต้องรับผิดชอบ ความคาดหวังของผู้รับบริการที่ต้องการได้รับการที่มีคุณภาพและเกิดความพึงพอใจ ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งในระบบงานสาธารณสุข จึงมีความสนใจศึกษา ปัจจัยด้านจิตวิทยาเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคม ที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ คาดว่าผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการนำไปพัฒนางาน เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหาร เพื่อพัฒนาองค์กรให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อตนเองและองค์กร ส่งผลผลการปฏิบัติงานมีคุณภาพ เกิดผลสัมฤทธิ์ในงาน ทำงานได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนในพื้นที่และผู้มารับบริการ

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับจิตวิทยาเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคมและ แรงจูงใจในการทำงาน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของจิตวิทยาเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคม กับแรงจูงใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้

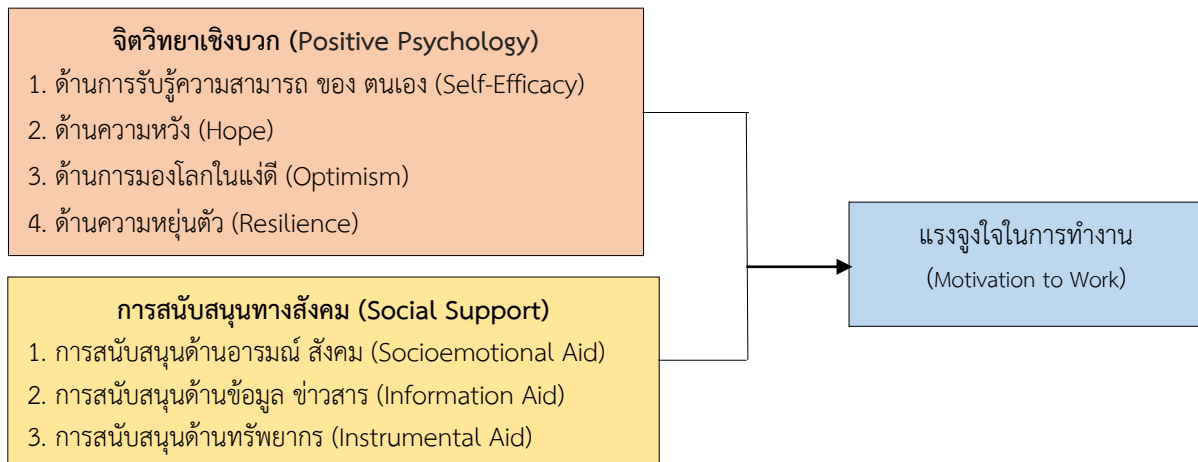
สมมติฐานวิจัย

1. ระดับจิตวิทยาเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคมและ แรงจูงใจในการทำงาน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ อยู่ในระดับปานกลาง
2. จิตวิทยาเชิงบวกการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้
3. จิตวิทยาเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคมสามารถพยากรณ์แรงจูงใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ สามจังหวัดชายแดนภาคใต้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ศึกษาแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกของ Luthans, Youssef & Avolio (2007) มีองค์ประกอบ 4 ด้าน 1) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง 2) ด้านความหวัง 3) ด้านการมองโลกในแง่ดี 4) ด้านความหย่อนตัวการสนับสนุนทาง

สังคมใช้แนวคิดของ Thoit (1986) ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์สังคม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากรและแรงจูงใจ ใช้แนวคิดของ Herzberg (1959) มาเป็นกรอบแนวคิด



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวนทั้งสิ้น 8,017 คน ณ ตุลาคม 2561

กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ 480 คน คำนวณตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power 3 (Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยกำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ .15 ซึ่งเป็นค่า gold standard ของการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำเมื่อทำการทดสอบ Linear Multiple Correlation (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010) ค่าองศาอิสระของตัวแบบ (df) เท่ากับ 105 ที่คำนวณจากสูตร $df = NI(NI+1)/2$ เมื่อ NI คือตัวแปรสังเกตได้เท่ากับ 14 ตัว จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 457 คน และเพื่อเตรียมแก้ปัญหาที่อาจได้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้จำนวน 5% รวมทั้งหมด 480 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 14 หน่วยงานที่กลุ่มตัวอย่างสังกัดในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามจิตวิทยาเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคม ที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการทำงาน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลในลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา ตำแหน่งงาน ระยะเวลาปฏิบัติงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การมีโรคประจำตัว และการใช้สารเสพติด มีลักษณะเป็นแบบสอบถามแบบให้เลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง มีจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามจิตวิทยาเชิงบวก เป็นแบบสอบถามทางจิตวิทยาเชิงบวกได้ทำการปรับปรุงเครื่องมือของ Songloed (2014) คำถามแบบมาตรวัด ประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถามเชิงบวก (Positive) 5-1 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ (Negative) 1-5 คะแนน มีการแปลค่าคะแนนดังนี้ 4.50-5.00 อยู่ในระดับสูงมาก, 3.50-4.49 อยู่ในระดับสูง, 2.50-3.49 อยู่ในระดับปานกลาง, 1.50-2.49 อยู่ในระดับต่ำ, 1.00-1.49 อยู่ในระดับต่ำมาก ประกอบด้วย คำถามทั้งหมด 24 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม Suddee (2007) ประกอบด้วย องค์ประกอบ 3 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์สังคม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและการ

สนับสนุนด้านทรัพยากร ค่าถามแบบมาตรวัด ประมาณค่า 3 ระดับมีการแปลค่าคะแนนดังนี้ 1.00 – 2.33 ระดับสูง ต่ำ, 2.34 – 3.66 ระดับปานกลาง, 3.67 – 5.00 ระดับสูง มี 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงจูงใจในการทำงาน ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ Sangsuwan (2008) จำนวน 61 ข้อ ประกอบด้วย 2 ปัจจัย ได้แก่ 1. ปัจจัยจูงใจ 2. ปัจจัยค้ำจุน โดยมีลักษณะเป็นคำถามแบบ มาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ มีการแปลค่าคะแนนดังนี้ 3.68 – 5.00 ระดับสูง, 2.34 – 3.67 ระดับปานกลาง, 1.00 – 2.33 ระดับต่ำ

การตรวจสอบเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้ได้หาความเที่ยงตรงของเครื่องมือแบบ Item-Objective Congruence : IOC ให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยา ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ อาจารย์สาขาจิตวิทยาคลินิก นักจิตวิทยา และได้ทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่นำเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน จาก สสอ.บันนังสตา และ รพ.บันนังสตา ได้ผลดังนี้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามจิตวิทยาเชิงบวก เป็นแบบสอบถามทางจิตวิทยาเชิงบวก ได้ค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือแบบ Item-Objective Congruence : IOC เท่ากับ .67 – 1.00 และได้ค่าความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.88 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่า Item-Objective Congruence : IOC เท่ากับ .67 -1.00 ได้ค่าความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .95 ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงจูงใจในการทำงานได้หาความเที่ยงตรงของเครื่องมือแบบ Item-Objective Congruence : IOC เท่ากับ .67 -1.00 ได้ค่าความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และสาธารณสุขอำเภอเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. เมื่อได้รับหนังสือตอบกลับอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยเดินทางไปเก็บข้อมูลวิจัยด้วยตนเอง ประกอบด้วยเอกสารคำชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย หนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย หนังสือรับรองการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ REC Number : psu.pn.2-014/63 และหนังสือการอนุญาตเก็บข้อมูลในการวิจัย หลังจากตอบแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยขอความกรุณาหน่วยงานที่เก็บข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยปิดผนึก พร้อมส่งแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยใส่ซองที่จัดเตรียมไว้ให้และดำเนินการเก็บแบบสอบถามประมาณ 2 สัปดาห์หลังจากส่งแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

3. เมื่อได้รับแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยคืนแล้ว จำนวน 480 ชุด จากที่ส่ง 480 ชุด ได้นำมาตรวจความถูกต้องของข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างตอบมา เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความถูกต้องสามารถนำไปวิเคราะห์ได้ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคลโดยสถิติใช้ค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ระดับจิตวิทยาเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคมและแรงจูงใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของจิตวิทยาเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคม กับแรงจูงใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation) ข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้

3.1 ตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม มีความสัมพันธ์กัน

3.2 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามต้องเป็นเชิงปริมาณ

3.3 ตัวแปรอิสระกับตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันต่ำ จากการแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Best, 1977) 0.00-0.20 มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก 0.21-0.50 มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ 0.51-0.80 มีความสัมพันธ์

ระดับปานกลาง และ 0.81-1.00 มีความสัมพันธ์ระดับสูง จากการทดสอบพบว่าตัวแปรอิสระกับตัวแปรอิสระด้วยกันมีความสัมพันธ์ 0.294 ซึ่งมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ

4. วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้โดยใช้สถิติ การวิเคราะห์พหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ทั้งนี้ก่อนวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงพหุคูณผู้วิจัยได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ใช้ ดังนี้

4.1 การมีข้อมูลลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) และตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบๆเส้นตรง ดังนั้นสรุปได้ว่าลักษณะข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

4.2 ทดสอบความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ต้องมีความเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) และข้อมูลไม่มี Outliers โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter Plot พบว่ามีการกระจายของจุดห่างจากเส้นตรงอย่างสมมาตร และอยู่ระหว่าง ± 0.25

4.3 ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์พหุคูณเชิงเส้นสูง (Multicollinearity) โดยการพิจารณาจากค่า Tolerance 0.93 และค่า VIF 1.095

4.4 ไม่เกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์ (Autocorrelation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.928

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ใบรับรองเลขที่ psu.pn.2-014/63 ลงวันที่ 21 เมษายน 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1 จำนวนร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ (n=480)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	103	21.46
หญิง	377	78.54
อายุ		
20 – 29 ปี	44	9.17
30 – 39 ปี	210	43.15
40 – 49 ปี	133	27.71
50 ปี ขึ้นไป	93	19.38
$M=39.96$, $SD= 9.07$, $Min=20$, $Max=60$		
ศาสนา		
พุทธ	156	32.50
อิสลาม	324	67.50
สถานภาพสมรส		
โสด	111	23.13
สมรส/อยู่ด้วยกัน	346	72.08
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	23	4.80

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	39	81.30
ปริญญาตรี	363	75.63
ปริญญาโทขึ้นไป	78	16.25
ตำแหน่งงาน		
ข้าราชการ	420	87.50
ลูกจ้างประจำ	12	2.50
พนักงานราชการ	10	2.08
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	38	7.92
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน		
ต่ำกว่า 10 ปี	153	31.88
10 – 19 ปี	134	27.92
20 – 29 ปี	122	25.42
30 – 39 ปี	68	14.17
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (ต่อ)		
40 ปีขึ้นไป	3	0.63
$M=16.97, SD= 9.86, Min=1, Max=42$		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	16	3.33
10,000 – 19,999 บาท	89	18.54
20,000 – 29,999 บาท	115	23.96
30,000 – 39,999 บาท	93	19.38
40,000 – 49,999 บาท	78	16.25
50,000 – 59,999 บาท	75	15.63
60,000 บาทขึ้นไป	14	2.92
$M=32,334.80, SD=14,547.17, Min=6,500, Max=100,000$		
ความพอเพียง		
เพียงพอไม่เป็นหนี้	132	27.50
เพียงพอ	262	54.58
ไม่เพียงพอ ไม่เป็นหนี้	13	2.71
ไม่เพียงพอ เป็นหนี้	73	15.21
โรคประจำตัว		
ไม่มี	411	85.63
มี	69	14.38
การใช้สารเสพติด		
ไม่ใช้	477	99.38
ใช้	3	0.63

จากตาราง 1 พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.54 มีอายุตั้งแต่ 30-39 ปี มากที่สุด ร้อยละ 43.75 นับถือศาสนาอิสลามเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 67.50 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 72.08 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 75.63 ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ ร้อยละ 87.50 มีประสบการณ์การทำงานมากที่สุดต่ำกว่า 10 ปี ร้อยละ 31.68 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 20,000 – 29,999 บาท มากที่สุดร้อยละ 23.96 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 54.58 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 85.63 และไม่ใช้สารเสพติดร้อยละ 99.38

2. ผลการวิเคราะห์ระดับจิตวิทยาเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคมและ แรงจูงใจในการทำงาน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ สามจังหวัดชายแดนภาคใต้

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของจิตวิทยา เชิงบวก ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ (n=480)

ตัวแปร	M	SD	แปลผล
จิตวิทยาเชิงบวก (รวม)	3.83	0.37	ระดับสูง
การสนับสนุนทางสังคม (รวม)	3.83	0.53	ระดับสูง
แรงจูงใจในการทำงาน (รวม)	3.96	0.37	ระดับสูง

จากตาราง 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยจิตวิทยาเชิงบวก(รวม) อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 3.38 ($SD=0.37$) การสนับสนุนทางสังคม(รวม) อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 3.83 ($SD=0.53$) และแรงจูงใจในการทำงาน (รวม) อยู่ในระดับสูงมีค่าเฉลี่ย 3.96 ($SD=0.37$)

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของจิตวิทยาเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคมกับแรงจูงใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้สร้างเมทริกซ์ สหสัมพันธ์แบบ เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ (n=480)

ตัวแปร	แรงจูงใจในการทำงาน (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ : r)	P-value
จิตวิทยาเชิงบวก	0.561**	0.01
การสนับสนุนทางสังคม	0.593**	0.01

จากตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของจิตวิทยาเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคมกับแรงจูงใจในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า จิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับแรงจูงใจในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง ($r=0.561$, $p\text{-value}=<0.01$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลางกับแรงจูงใจในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง ($r=.593$, $p\text{-value}=<0.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ สามจังหวัดชายแดนภาคใต้

ตาราง 4 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่าง จิตวิทยาเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคมและการสร้างสมการพยากรณ์แรงจูงใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปร (n=480)

ตัวแปรอิสระ	B	S.E.	Beta	t	P-value
ค่าคงที่	1.064	0.134		7.937	<0.01
การสนับสนุนทางสังคม	0.329	0.023	0.469	14.048	<0.01
ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาเชิงบวก	0.426	0.034	0.423	12.672	<0.01
R = 0.718 R ² = 0.515 F = 253.249					

จากตาราง 4 แสดงให้เห็นตัวพยากรณ์ทั้ง 2 ตัว สามารถพยากรณ์แรงจูงใจในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R²) เท่ากับ 0.515 แสดงว่า ตัวพยากรณ์ทั้ง 2 ตัว สามารถรวมพยากรณ์แรงจูงใจในการทำงาน ของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 51.5 โดยพบว่า เมื่อการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย โดยที่ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาเชิงบวกคงที่ ค่าแรงจูงใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เพิ่มขึ้น 0.329 ในทางเดียวกัน ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาเชิงบวก เพิ่มขึ้น 1 หน่วย โดยที่การสนับสนุนทางสังคมคงที่ ค่าแรงจูงใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพิ่มขึ้น 0.426 โดยสามารถสร้างสมการพยากรณ์แรงจูงใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ

แรงจูงใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข = $1.064 + 0.329$ (การสนับสนุนทางสังคม + 0.426 (ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาเชิงบวก)

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

แรงจูงใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข = 0.469 (การสนับสนุนทางสังคม) + 0.423 (ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาเชิงบวก)

จากสมการพยากรณ์จะเห็นได้ว่า ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม และตัวแปรปัจจัยทางด้านจิตวิทยาเชิงบวก ส่งผลต่อแรงจูงใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

อภิปรายผล

ระดับจิตวิทยาเชิงบวกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M=3.83$) ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลเช่นกลุ่มอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 30-39 ปี สถานภาพสมรส วุฒิปริญญาตรี ตำแหน่งข้าราชการเป็นส่วนใหญ่ อายุงาน 20 ปีขึ้นไปอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อระดับจิตวิทยาเชิงบวกสูง ส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างอาจรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติงาน ไม่ว่าจะเป็นการวิเคราะห์วางแผน ประสานงาน การเสนอข้อมูลการดำเนินงานต่าง ๆ แก่ผู้ร่วมงานถึงแม้มีภาระงานมากแต่ยังมีความหวัง มีพลังว่าตนยังสามารถแก้ปัญหาได้โดยใช้บทเรียนในอดีตที่งานไม่ประสบผลสำเร็จมาแก้ไขโดยค้นหาวิธีการต่างๆ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายโดยมองว่าอนาคตย่อมมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Songloed (2014) ที่พบว่าทุนจิตวิทยาเชิงบวกของอาจารย์พยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครภูเก็ต อยู่ในระดับสูง และการศึกษา Boonkerd (2015) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรและความตั้งใจในการลาออก โดยมีความพึงพอใจในงาน เป็นตัวแปรสื่อในพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ ศัลยกรรมแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก พบว่าทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกอยู่ในระดับสูงเช่นกัน สำหรับระดับการสนับสนุนทางสังคมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M=3.83$) อธิบายได้ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้รับความช่วยเหลือจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมเกี่ยวกับการทำงาน เช่น ผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน และครอบครัว ทั้งด้านอารมณ์สังคม ข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากร ซึ่งการสนับสนุนจะช่วยให้สามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ช่วยลดความเครียดได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดความสุขและมีแรงจูงใจในการทำงานในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Boonya (2016) ได้ศึกษาความสุขในการทำงาน การสนับสนุนทางสังคม ที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล พบว่า ระดับการสนับสนุนทางสังคม โดยรวมอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ผลวิจัยพบว่าระดับแรงจูงใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M=3.96$) อาจมีผลมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 30 – 39 ปี มีสถานภาพสมรส เป็นข้าราชการส่วนใหญ่ รายได้ส่วนใหญ่เพียงพอกับการดำรงชีพมีส่วนทำให้ระดับแรงจูงใจในการทำงานสูง มีปัจจัยจูงใจในการทำงานในด้านความสำเร็จของงานได้ตามเป้าหมายที่ผู้บังคับบัญชามอบหมายโดยลักษณะงานที่ได้รับมอบตรงความสามารถ มีความสำคัญงานได้อย่างอิสระมีโอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงาน โดยมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลในหน่วยงาน สภาพการทำงานเป็นสัดส่วน มีสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการทำงาน มีเทคโนโลยีที่ทันสมัยที่อำนวยความสะดวกในการทำงาน มีเวลาเป็นส่วนตัว งานมีความมั่นคง มีความโปร่งใสและเป็นธรรมในการประเมินผลงานซึ่งเป็นปัจจัยเหล่านี้ทำให้ระดับแรงจูงใจในกลุ่มตัวอย่างสูง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจของ Herzberg, Mausner & Synderman (1959) สภาพแวดล้อม วิธีการบังคับบัญชาของหัวหน้างาน

เนื้อหาของงานที่เหมาะสม ที่ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจในงานที่ทำ และสอดคล้องกับการศึกษา Chaiyakul & Chanthamoot, (2000) ศึกษาเรื่องแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ผลการศึกษาพบว่า ระดับแรงจูงใจจำแนกตามปัจจัยจูงใจกับปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยภายนอก อยู่ในระดับสูง

2. ความสัมพันธ์ของจิตวิทยาเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคมกับแรงจูงใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ 1) ความสัมพันธ์ของจิตวิทยาเชิงบวกกับแรงจูงใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่าจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการทำงานในระดับปานกลาง ($r=0.561$, $P\text{-value}<0.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับจิตวิทยาเชิงบวกสูงมีความรู้ความสามารถในตนเองสูง มีความมั่นใจ มีพลังกาย พลังใจสามารถบริหารจัดการในประเด็นอุปสรรคต่างๆในการทำงานได้ทำให้ส่งผลต่อแรงจูงใจในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Songloed (2014) ศึกษาความสัมพันธ์ของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกและความผูกพันกับองค์กรต่อผลการปฏิบัติงานของอาจารย์พยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครหาดใหญ่ พบว่าทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการปฏิบัติงานในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Wongthone (2011) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยาด้านบวกความสัมพันธ์ต่อองค์การและผลการปฏิบัติงาน:กรณีศึกษาธนาคารพาณิชย์แห่งหนึ่งกลุ่ม พบว่า ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการปฏิบัติงาน 2) ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับแรงจูงใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการทำงานในระดับปานกลาง ($r = 0.593$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะจากผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน และครอบครัวส่งผลต่อแรงจูงใจในการทำงานด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Nimnaparaj (2019) ศึกษาเรื่อง การรับรู้การบริหารของหัวหน้างาน และการสนับสนุนทางสังคมกับประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรฝ่ายสนับสนุนบริการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรฝ่ายสนับสนุนบริการทางบวกระดับปานกลาง

3. ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคมสามารถพยากรณ์แรงจูงใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่าตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์แรงจูงใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ คือปัจจัยทางด้านจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์แรงจูงใจในการทำงาน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ได้ร้อยละ 51.5 โดยพบว่าการสนับสนุนทางสังคม สามารถพยากรณ์แรงจูงใจในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์มีค่า 0.329 และปัจจัยทางด้านจิตวิทยาเชิงบวกสามารถพยากรณ์แรงจูงใจในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์มีค่า 0.426 ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า ปัจจัยทั้งสองปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อแรงจูงใจในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านจิตวิทยาเชิงบวกภายในตัวเองซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการทำงานและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นจากผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน และครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งประกอบกับปัจจัยส่วนบุคคลส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30 ปีขึ้นไป มีระยะเวลาปฏิบัติงาน 20 ปี ขึ้นไป ตำแหน่งข้าราชการเป็นส่วนใหญ่ และมีรายได้เพียงพอ ยังได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆมาก มีผลต่อแรงจูงใจในการทำงานมากขึ้นไปด้วย ในส่วนการวิจัยครั้งนี้สามารถทำนายแรงจูงใจกลุ่มตัวอย่างได้โดยปัจจัยทางด้านจิตวิทยาเชิงบวกในตัวของกลุ่มตัวอย่างเองมีผลต่อแรงจูงใจยังได้รับการสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นอารมณ์สังคม สนับสนุนปัจจัยต่างๆที่เอื้อต่อการทำงาน ไม่ว่าจะเป็น วัสดุ อุปกรณ์ ข้อมูลข่าวสาร จากผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน และครอบครัวเพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดแรงจูงใจในการทำงานเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Nimnaparaj (2019) ศึกษาเรื่อง การรับรู้การบริหารของหัวหน้างาน และการสนับสนุนทางสังคมกับประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรฝ่ายสนับสนุนบริการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อ ประสิทธิภาพการ

ทำงานของบุคลากรฝ่ายสนับสนุนบริการ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Boonya (2016) พบว่า ความสุขในการทำงาน การสนับสนุนทางสังคม ที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล

การนำผลการวิจัยไปใช้

1.จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมอยู่ในระดับสูง เพื่อให้ผู้บริหารนำผลการวิจัยครั้งนี้มาพัฒนาระบบงานพัฒนาบุคลากรที่ส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจในการทำงาน

2.จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคม ส่งผลต่อแรงจูงใจในการทำงาน ผู้บริหารองค์กรควรสนับสนุนปัจจัยต่างๆที่สร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน เช่นรางวัลต่างๆเชิดชูเกียรติบุคลากรในหน่วยงานที่ปฏิบัติงานดีเด่น การสนับสนุนการศึกษาและการศึกษาดูงานต่างๆเพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในหน่วยงานเพิ่มขึ้น

3. จากการวิจัยพบว่า จิตวิทยาเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคมสามารถพยากรณ์แรงจูงใจในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง ผู้บริหารในองค์กรสามารถสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรในหน่วยงาน โดยสนับสนุนบุคลากรในด้านต่างๆเพื่ออำนวยความสะดวกในการทำงานและเสริมแรงด้วยจิตวิทยาเชิงบวกในการทำงาน และให้กำลังใจในการทำงาน เพื่อให้บริการแก่ผู้รับบริการอย่างมีคุณภาพและเกิดความพึงพอใจแก่ผู้มารับบริการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษากับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่อื่นเพื่อดูว่าผลที่ได้แตกต่างกันอย่างไร เพื่อเป็นการพัฒนาบุคลากรที่เหมาะสม ถูกต้อง ตรงตามวัตถุประสงค์ของการพัฒนาบุคลากรและหน่วยงาน และควรศึกษากับบุคลากรกลุ่มอื่นๆที่ปฏิบัติงานในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เช่น ตำรวจ ครู ทหาร ฯลฯ นำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรกับกลุ่มตัวอย่างในหน่วยงานอื่นได้เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่กว้างขวาง และควรศึกษาตัวย่อยในปัจจัยด้านจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อเพิ่มความครอบคลุมข้อมูลการวิจัยครั้งต่อไป

Reference

- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. 3rd ed. Englewood Cliff, New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Boonkerd, P. (2015). *The Relationships Between Positive Psychological Capital, Perceived Organizational Support And Turnover Intention, With Consideration Of Job Satisfaction As A Mediator In Professional Nurses In A Selection Center Of Hospital In Eastern Thailand*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfilment of the Requirement for the Master of Education Degree Of Arts In Industrial And Organizational Psychology Department Of Psychology Faculty Of Liberal Arts. Thammasat University. (in Thai).
- Boonya, P. (2016). *Happy Workplace And Social Support Affect To Efficiency of Staff in Hospital*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfilment of the Requirement for the Master of Education Degree in Educational Public Policy And Public Management. Mahidol University. (in Thai).
- Chaiyakull, A. & Chanthamoot, J. (2000). Evaluation of Career Motivation among Nurses at Medicine Divisions Sapsithiprasong Hospital Ubon Ratchathani Province. *Journal of Public Health Nursing*, 26(1), 56-68.

- Erdfelder, E., Lang, A. G. & Buchner, A. (2007). G*Power.3: A flexible Statistical Power Analysis Programme for the Social, Behavioral, and Biomedical Science. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis: A Global Perspective*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Herzberg, F. (1959). *Federick; Mausner, Bernard; and Synderman, Block the Motivation to Work*. New York: John Willey.
- Luthans, F., & Youssef, C. M. (2007). "Emerging Positive Organizational Behavior" *Journal of Management*, 33(3), 321-349.
- Nimnaparaj, T. (2019). *Perception of Supervisor Management and Social Support with The Performance of Personnel Service Support Department at Thammasat University*. Thammasat University. (in Thai).
- Sangsuwan, T. (2008). *The Relationship Between Working Motivation of Sub-District Health Officers with Health Centers' Performance in Chumphon Province*. Dissertation Submitted in Partial Fulfilment of the Requirement for the Master of Public Health Administration. Sukhothaimaharajavidyalaya University. (in Thai).
- Smarkjit, T., & Jinto, K. (2012). The Research Aimed to Study to what Extent Personal Factors, Organizational Motivating Factors, and Maintaining Factors Effected Resignation of Operating Employees of a Sahapattanapiboon Food Factory in Sriracha District. *Journal of Graduate School of Commerce Burapha Review*, 7(2), 40-52.
- Songloed, D. (2014). *The Relationship of Positive Psychological Capital and Organization Commitment on Work Performance of Nursing Faculties, Southern Boromarajonani College of Nursing*. Degree: Master of Nursing Science Nursing Administration, Sukhothaimaharajavidyalaya University. (in Thai).
- SPD. & OPS. Ministry of Public Health. (2017). (MOPH). *Twenty-Year National Strategic Plan for Public Health (2017-2036) First Revision 2018*. Nonthaburi: Ministry of Public Health.
- Suddee, L. (2007). *Ration Ships Between Work Motivation, Social Support, Organizational Commitment, And Work Happiness Of Staff Nurses, General Hospitals, Central Region*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfilment of the Requirement for the Master of Nursing Science Program in Nursing Administration. Chulalongkorn University. (in Thai).
- Sumalai, P. (2021). The Register Nurses' Burnout in Bamrasnaradura Infectious Disease Institute. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 4(2), 66-78.

การพัฒนาแบบแผนการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อม
ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดสกลนคร
Development of a Home and Community-Based Self-Care Model
for Delaying Chronic Kidney Disease among Diabetic Patients
from Sakon Nakhon Province

ศศิวรรณ ทศนเี่ยม^{1*}, นภาพร อินสิน¹, จิราพร วรวงศ์², พิตยา ศรีเมือง³, สมัทนา กลางคร⁴
Sasiwan Tassana-iem^{1*}, Numporn Insin¹, Chiraporn Worawong²,
Phitthaya Srimuang³, Sumattana Glangkarn⁴

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร^{1*}, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรธานี²,
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น³, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม⁴
Faculty of Science and Technology, Sakon Nakhon Rajabhat University^{1*}, Boromarajonani College of
Nursing, Udon Thani², Sirindhorn College of Public Health Khonkaen³,
Faculty of Public Health, Mahasarakham University⁴

(Received: May 6, 2022; Revised: April 12, 2023; Accepted: April 27, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อชะลอไตเสื่อม 2) เพื่อพัฒนาแบบแผนการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ 3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม และแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา จัดหมวดหมู่เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Independent t-test และสถิติ Dependent t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. สถานการณ์และบริบท พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ความต้องการพัฒนาแนวทางในการจัดการเพื่อชะลอไตเสื่อมในชุมชนควรจัดทำสื่อการให้ความรู้ที่น่าสนใจทำให้ประชาชนได้รับทราบข่าวสารอย่างทั่วถึงและสามารถสื่อสารให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย

2. รูปแบบที่พัฒนา คือ SELF CKD Model ประกอบด้วย พฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง การมีสื่อการเรียนรู้ มีบุคคลที่จะมาช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง การใช้ชุมชนเป็นฐานและการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน การตั้งเป้าหมายและผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นของผู้ป่วย

3. ผลลัพธ์กับผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ($p < 0.001$) พฤติกรรมดูแลตนเอง ($p < 0.001$) และการรับรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไตเสื่อม ($p < 0.001$) มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นสามารถนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปเป็นแนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลและชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานโดยประยุกต์ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลตนเอง, ชะลอไตเสื่อม, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, การดูแลที่บ้านและชุมชน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sasiwan@snru.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 094-1544556)



Abstract

This action research aimed to: 1) study the situation and context of the actions taken to delay chronic kidney disease (CKD), 2) develop a self-care model at home and in community to delay CKD among diabetic patients, and 3) assess the model's effectiveness after six months of trial of new model. The research instruments were a questionnaire and group discussion questions. Data were analyzed using percentage, mean, median, standard deviation, and t-test. Qualitative data were analyzed using content analysis. Results were as follows.

1. Situations and contexts study showed that patients actually had a moderate knowledge and self-care behaviors on how to delay CKD.

2. The new and so-called "SELF CKD" model consisted of the seven following components: 1) S for self-care behaviors, 2) E for encourage, 3) L for learning materials, 4) F for facilitator, 5) C for community-based care, 6) K for knowledge, and 7) D for Delay CKD.

3. The model's effectiveness found that satisfaction was at a high level. Patients from the experimental group had more knowledge of self-care ($p < 0.001$), self-care behaviors ($p < 0.001$), and health perceptions for preventing CKD ($p < 0.001$) than before using the model, and this, significantly. For the control group, the before and after variables were not different.

The need to develop guidelines for managing CKD in the community is obvious. Therefore, health nurses should create and promote engaging educational media so that people can get information and communicate easily with patients.

This new model can be applied as a guideline for health workers in healthcare institutions and communities, so to promote self-care behaviors for delaying CKD in diabetic patients.

Keywords: Diabetic Patients, Chronic Kidney Disease, Delaying CKD, Self-Care Model, Home Care, Community-Based Care

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นภาวะไตเสื่อมหรือมีการทำงานของไตลดลงอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Kidney International Supplement, 2017) ในประเทศไทยพบอัตราอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยรายใหม่เป็นโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 10.7 (Bureau of Non Communicable Disease, 2015) ส่วนใหญ่จะเกิดโรคไตเรื้อรังหลังเป็นโรคเบาหวาน 15 - 25 ปี โดยในระยะแรกจะไม่มีอาการใดปรากฏ นอกจากการตรวจปัสสาวะเพื่อตรวจหาโปรตีนอัลบูมิน และการวินิจฉัยโรคจะพิจารณาค่าการทำงานของไต โดยใช้ค่า eGFR (Estimated Glomerular Filtration Rate) ประเมินจากการคำนวณตัวแปร ได้แก่ ระดับค่าครีเอตินินในเลือด เพศและอายุของผู้ป่วย โดยใช้สูตร CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration Equation) แบ่งความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังเป็น 5 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 และ 2 เป็นระยะที่เป็นเพียงตัวบ่งชี้ว่ามีความเสียหายกับไตโดยการทำงานของไตยังปกติ ($eGFR \geq 90$ มล./นาที/1.73 ตร.ม²) หรือผิดปกติเพียงเล็กน้อย ($eGFR$ 60 - 89 มล./นาที/1.73 ตร.ม²) ส่วนระยะที่ 3 ($eGFR$ 30 - 59 มล./นาที/1.73 ตร.ม²) และระยะที่ 4 ($eGFR$ 15 - 29 มล./นาที/1.73 ตร.ม²) เป็นระดับที่มี eGFR ต่ำลงจนเมื่อถึงระดับที่ 5 eGFR จะต่ำลงมาก (< 15 มล./นาที/1.73 ตร.ม²) ในระยะนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องเริ่มการบำบัดทดแทนไต (Kidney International Supplement, 2017) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านภาระค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลมีการประมาณการว่าในระหว่าง พ.ศ. 2554 - 2573 จะมีมูลค่า 46.7 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือประมาณ 1,401 ล้านล้านบาท (World Health Organization; WHO, 2017) ทั้งนี้ การป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง

ต้องทำตั้งแต่ระยะต้นก่อนจะมีโปรตีนออกมาในปัสสาวะ โดยการลดปัจจัยเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจะช่วยเหลือความเสี่ยงของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ (Nimmanit, 2017; American Diabetes Association, 2019)

จังหวัดสกลนคร เป็นจังหวัดในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการดำเนินงานเพื่อควบคุมโรคเบาหวานและลดการเกิดโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 แต่พบว่าอัตราผู้ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังยังคงเพิ่มสูงขึ้นจากปี พ.ศ. 2557 มีอัตราความชุก 241.7 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นเป็น 356.1 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2558 และมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคไตวายจากปี พ.ศ. 2557 มีอัตราความชุก 16.3 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นเป็น 29.9 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2558 (Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2017) จากการคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร พบว่ามีภาวะไตเสื่อมร้อยละ 47.4 (Sakon Nakhon Provincial Health Office, 2018) จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา มีการกำหนดมาตรการและการดำเนินการต่างๆ ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน คัดกรองและรักษาโรค ซึ่งการชะลอไตเสื่อมเป็นวิธีการที่สำคัญเพื่อลดการทำลายเนื้อไต (Munshi, Segal, Suhl, Ryan, Sternthal, Giusti, et al., 2013, Armstrong, Herbert, & Brewster, 2016) ประชาชนมีความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาของโรคมากขึ้น มีการเฝ้าระวังโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ปฏิบัติติดต่อกันมานาน จนกลายเป็นวิถีชีวิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและป้องกันโรคนั้นยังไม่ประสบความสำเร็จ โดยพบว่าร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมโรคได้มีค่าร้อยละ 38.2 (ค่าเป้าหมายร้อยละ 40.0) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมที่มีผลทำให้สถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมยังคงเพิ่มสูงขึ้น หากได้รับการดูแลรักษาที่ไม่ถูกต้องจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน (Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2017; Janyam, Thabthong, Oncharoen, & Sawangsri, 2021)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการป้องกันภาวะไตเสื่อมได้สำเร็จนั้นสิ่งสำคัญที่สุดอยู่ที่ตัวผู้ป่วยและควรพัฒนาให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมตั้งแต่ระยะแรกที่ยังไม่แสดงอาการของโรคไตเรื้อรัง โดยทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ที่จะดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค ที่ผ่านมามีการดำเนินงานยังขาดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในการกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของปัญหา ร่วมคิด และสร้างแนวทางการปฏิบัติที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน เพื่อการจัดการปัญหาโรคไตเรื้อรังจากโรคเบาหวานได้อย่างยั่งยืน การวิจัยนี้มุ่งศึกษาสถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรค และแนวคิดการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย และนำข้อมูลไปใช้พัฒนารูปแบบการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดสกลนคร โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ทราบสถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ผลที่ได้จากการวิจัยจะช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางการการดูแลตนเองที่เหมาะสมและใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลและชุมชนในการป้องกันความเสี่ยงของไตในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายจากการรักษาโรคไตเรื้อรังของประเทศได้

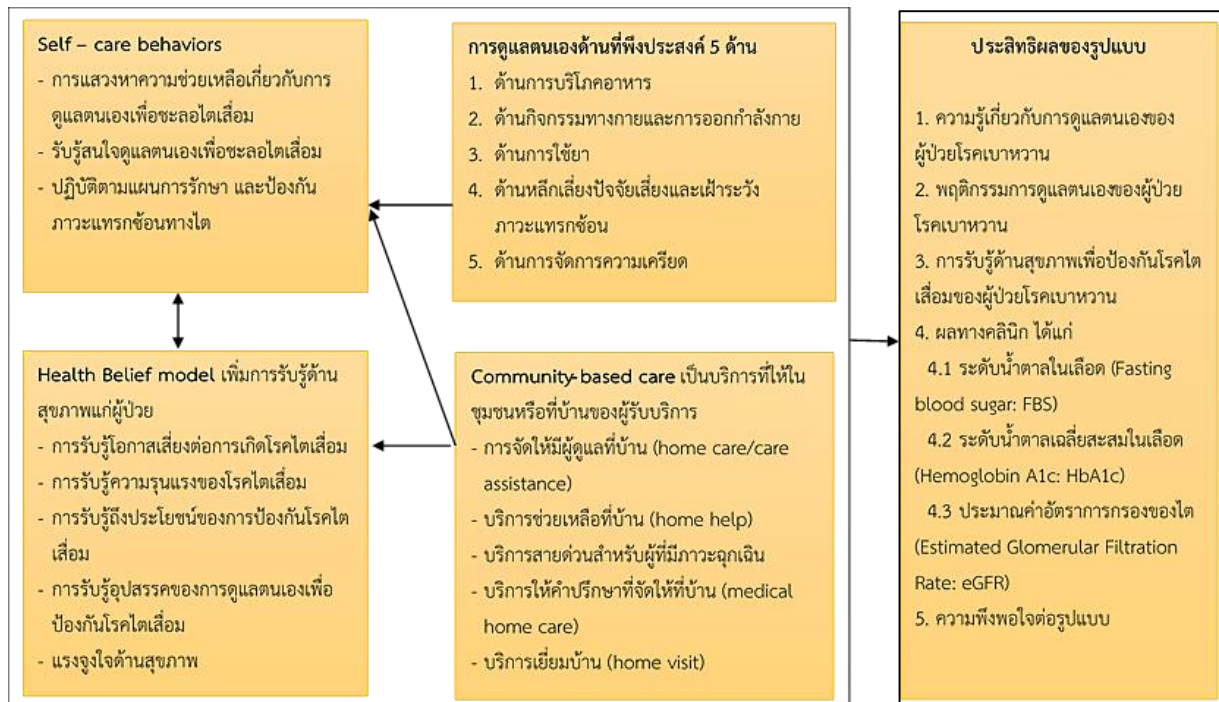
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2. พัฒนารูปแบบการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคของ Rosenstock, Strecher & Becker (1988) และแนวคิดการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Care) เป็นกรอบการพัฒนาารูปแบบการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) กล่าวถึงการดูแลสุขภาพของตนเองที่ดีจะต้องเริ่มจากการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องก่อน มีความรับผิดชอบต่อนตนเอง แรงจูงใจและพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการในการที่จะดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพของตนเองไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย รวมทั้งการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-care Requisites) คือแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่เชื่อถือได้ รับรู้ สนใจ และดูแลกระทบต่อพัฒนาการของตนเอง ปฏิบัติตามแผนการรักษา และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ครอบคลุมการดูแลตนเอง 5 ด้าน คือด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย ด้านอารมณ์และการจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อโรคไตเสื่อม การดูแลตนเองด้านการใช้ยา และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

สำหรับแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Rosenstock, Strecher & Becker (1988) กล่าวว่าหากบุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตเขา และการปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคจะให้ผลดีต่อบุคคลนั้นในการช่วยลดโอกาสต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค และไม่ควรมียอุปสรรคในการปฏิบัติในการศึกษานี้ ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน 2) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และ 6) แรงจูงใจด้านสุขภาพ ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไตเรื้อรัง มีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้มีพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานที่เหมาะสมสำหรับแนวคิดการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เป็นกระบวนการที่สนับสนุนการบริการสุขภาพที่บ้านหรือในชุมชนเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในชุมชนเช่น การจัดให้มีผู้ดูแลที่บ้าน (Home Care or Care Assistance) บริการช่วยเหลือที่บ้าน (Home Help) บริการสายด่วนสำหรับผู้ที่มีภาวะฉุกเฉินมีช่องทางการติดต่อสื่อสารเพื่อบริการให้คำปรึกษาที่จัดให้ที่บ้าน (Medical Home Care) และบริการเยี่ยมบ้าน (Home Visit) เพื่อติดตามกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม การบูรณาการทั้ง 3 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องช่วยในการพัฒนารูปแบบการดูแลให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วย และเพิ่มการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ศึกษาในพื้นที่เขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. 2561 – มีนาคม พ.ศ. 2562 แบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่เขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่เขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานที่มีรายชื่อในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร ในปี พ.ศ. 2561 ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์รับสมัครกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานยินดียินดีตอบแบบสัมภาษณ์โดยสมัครใจ จำนวน 142 คน 2) ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 107 คน และ 3) ผู้รับผิดชอบงานด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสกลนคร ประกอบด้วย ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการชะลอไตเสื่อมหรือรับผิดชอบงานโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร จากทั้งหมด 24 แห่ง จำนวน 24 คน และผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานชะลอไตเสื่อมในจังหวัดสกลนคร ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร จำนวน 1 คน ผู้รับผิดชอบงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสกลนคร จำนวน 2 คน รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลัก 275 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ประเด็นสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อชะลอไตเสื่อมสำหรับผู้รับผิดชอบงานด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
2. ประเด็นสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

3. ประเด็นสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อชะลอไตเสื่อม ใช้สำหรับการเก็บข้อมูลสถานการณ์โรคไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน บริบทเกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานที่ดำเนินการที่ผ่านมาและปัจจุบัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้รับผิดชอบงานด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสกลนคร เพื่อรวบรวมข้อมูลความคิดเห็น และประสบการณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน

2. สัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้ประเด็นสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม การรับรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไตเสื่อมโดยใช้แบบสอบถาม และความคาดหวังของผู้ป่วยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเพื่อชะลอไตเสื่อม

3. สัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้ประเด็นสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อชะลอไตเสื่อมและความคาดหวังหรือความต้องการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ดูแลผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาพิจารณากำหนดรหัส จัดกลุ่มข้อมูล นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จัดหมวดหมู่เนื้อหาและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis, McTaggart & Nixon (2014) ได้แก่ ขั้นตอนวางแผน (Planning) ขั้นตอนปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกต (Observation) และขั้นสะท้อนผลข้อมูลและปรับปรุง (Reflection) ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล คือ เจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อมหรือรับผิดชอบงานโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร จากทั้งหมด 24 แห่ง จำนวน 24 คน และผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานชะลอไตเสื่อมในจังหวัดสกลนคร ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร 1 คน ผู้รับผิดชอบงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง 2 คน รวมทั้งหมดจำนวน 27 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประเด็นการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ครอบคลุมประเด็น ความคาดหวังต่อการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวาน แนวทางที่จะการดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จตามผลลัพธ์ ความต้องการทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนในการดำเนินงาน ระยะเวลาและแนวทางการติดตามประเมินผลผลลัพธ์การดำเนินงาน โดยประเด็นสนทนาผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยและความเหมาะสม ด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน

การดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนวางแผน (Planning)

ขั้นที่ 1 การประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมวางแผนพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ประกอบด้วยขั้นตอน 1) การสร้างความรู้ 2) การสร้างแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดสกลนคร โดยนำผลการศึกษาจากระยะที่ 1 มาใช้เป็นกรอบในการกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสิ่งสนับสนุนและ 3) การวางแผนปฏิบัติการ ติดตามและประเมินผล โดยอธิบายรายละเอียดขององค์ประกอบของรูปแบบ จากนั้นนำร่างรูปแบบไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้อง ความเหมาะสมของ

รูปแบบโดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยรวมของผู้ทรงคุณวุฒิ เท่ากับ 0.88 ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขรูปแบบตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้

ขั้นปฏิบัติการ (Action)

นำรูปแบบการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้นไปใช้ โดยคัดเลือกพื้นที่ที่สมัครใจที่จะใช้รูปแบบ โดยอบรมวิธีการให้แก่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ขั้นสังเกต (Observation)

ติดตามเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยใช้ CIPP Model (Stufflebeam, 2000) ได้แก่ การประเมินสถานะแวดล้อม การประเมินปัจจัยนำเข้า การประเมินกระบวนการ และการประเมินผลลัพธ์

ขั้นสะท้อนผลข้อมูลและปรับปรุง (Reflection)

ถอดบทเรียนเพื่อสะท้อนผลและปรับปรุงการใช้รูปแบบการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานกับผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ป่วยโรคเบาหวานสรุปวงจรปฏิบัติการรูปแบบการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังภาพ 2



ภาพ 2 วงจรปฏิบัติการรูปแบบการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) ลงรหัสข้อมูล จัดประเภทข้อมูล จัดหมวดหมู่เนื้อหา และข้อมูลเชิงคุณภาพมีการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล โดยใช้การรวบรวมข้อมูลจากบุคคลหลายคนในเรื่องเดียวกัน ได้แก่ ข้อมูลจากผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วย และผู้รับผิดชอบงานด้านโรคเบาหวาน

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีการติดตามระยะเวลา 6 เดือน โดยประเมินจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ ประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไตเสื่อมของ

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผลทางคลินิก ได้แก่ 1) ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar: FBS) นำมาแบ่งกลุ่มการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ ควบคุมได้ หมายถึง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 130 mg/dl และ ควบคุมไม่ได้ หมายถึง มากกว่า 130 mg/dl 2) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c: HbA1c) นำมาแบ่งกลุ่มการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ ควบคุมได้ หมายถึง น้อยกว่า 7 mg/dl และ ควบคุมไม่ได้ หมายถึง มากกว่าหรือเท่ากับ 7 mg/dl และ 3) ประเมินค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) การแปลผล ระยะที่ 1 $eGFR \geq 90$ mL/min/1.73m² ระยะที่ 2 $eGFR$ 89-60 mL/min/1.73m² ระยะที่ 3 59 - 30 mL/min/1.73m² ระยะที่ 4 29 - 15 mL/min/1.73m² และระยะที่ 5 <15 mL/min/1.73m² ในการวิจัยใช้ผลตรวจจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ตรวจตามนัดปกติของกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 24 แห่ง รวมจำนวน 24 คน และผู้ป่วยโรคเบาหวาน เขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร ทั้งหมด 24 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง

1. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่งที่อาสาสมัครเข้าร่วมในการทดลอง

2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีผลตรวจค่า eGFR อยู่ในระยะที่ 1 ถึง 3 จากผลตรวจที่มีอยู่ในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปี พ.ศ. 2561 จาก 2 แห่ง ทั้งหมดจำนวน 83 คน โดยใช้จำนวนทั้งหมดที่มีในช่วงเวลาที่ศึกษาวิจัยของแต่ละแห่ง และแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 43 คน จะใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น และกลุ่มควบคุม 40 คน จะได้รับการดูแลปกติ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีค่า eGFR อยู่ในระยะที่ 4 ถึง 5 ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคพร้อมคู่มือการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ค้นข้อมูลแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบและตรวจสอบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับบริการการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับระยะของโรคแล้วหรือไม่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประเมินค่าความตรงของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ได้แก่ พยาบาลเชี่ยวชาญทางไต 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางโรคเบาหวาน 1 คน นักโภชนาการชำนาญการ 1 คน เภสัชกร 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินแผนกิจกรรม 1 คน ได้ค่าดังนี้ ด้านเนื้อหา เท่ากับ .76 ด้านการผลิตสื่อ เท่ากับ .70 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวสำหรับผู้ป่วยเบาหวานเพื่อชะลอไตเสื่อม ด้านเนื้อหา เท่ากับ .88 และด้านการผลิตสื่อ เท่ากับ .70

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อชะลอไตเสื่อม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การรับรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้ โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เท่ากับ .96 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เท่ากับ .98 แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เท่ากับ .97 ค่าเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม เท่ากับ .71 และแบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เท่ากับ .78

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการใช้รูปแบบชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลัง โดยทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้ Independent t-test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 051/2561 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลสกลนคร เลขที่การรับรอง ECSKH04/2561

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่เขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

1.1 ด้านผู้ป่วย พบว่า มีการรับรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าวิถีชีวิตความเป็นอยู่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างเคร่งครัด เนื่องจากไม่มีเวลา ข้อจำกัดด้านรายได้ที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการหรือซื้อหาสิ่งสนับสนุนได้ การเลือกรับประทานอาหารนอกบ้าน ขาดความเข้าใจในวิธีการปฏิบัติตนตามคำแนะนำ ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ไม่ครบถ้วน ได้รับข้อมูลสุขภาพที่ยากต่อการเรียนรู้ ไม่สามารถจัดการดูแลตนเองได้ หรือได้รับข้อมูลในการป้องกันโรคไม่ถูกต้องจากแหล่งอื่น เช่น คนในครอบครัว ญาติ เพื่อน เป็นต้น นอกจากนี้บางรายปฏิเสธว่าเป็นโรคหรือมีอาการแสดงของโรคจึงไม่ควบคุมการบริโภค ผู้ป่วยมีความคาดหวังคล้ายคลึงกันเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเพื่อชะลอไตเสื่อม ได้แก่ หวังว่าลูกและสามี/ภรรยาจะดูแล เมื่อเจ็บป่วยและแก่เฒ่า อยากให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มาแนะนำการดูแลตนเองและแจ้งข่าวสาร และอยากให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาเยี่ยมที่บ้านอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ส่วนผู้ป่วยที่ตอบว่าไม่คาดหวัง เนื่องจากตนเองยังมีกำลังแข็งแรงและช่วยเหลือตนเองได้ดี จึงไม่คาดหวังว่าจะต้องให้ใครมาช่วยในการดูแลตนเองในส่วนของผู้ดูแล ส่วนใหญ่บอกว่าต้องการให้ผู้ป่วยหายจากโรค อยากให้ร่างกายแข็งแรง ต้องการให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น อยากให้ผู้ป่วยดูแลตนเองให้ดีโดยมีแพทย์และเจ้าหน้าที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องที่บ้านเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

“ต้องการดูแลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและอยากทราบรายละเอียดในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น โดยเป็นหลักการง่าย ๆ สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และอยากให้หน่วยงานที่รับผิดชอบออกมาให้ความรู้การดูแลตนเองให้แก่ชาวบ้านได้นำไปปฏิบัติเพื่อจะเป็นการป้องกันและดูแลตนเองจากโรคนี้ได้อย่างถูกต้อง” (ผู้ดูแลผู้ป่วย คนที่ 10)

“อยากให้อาการคงตัวมีระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้น เพื่อลดภาระไม่ต้องเข้าไปรับยาในตัวเอง” (ผู้ดูแลผู้ป่วย คนที่ 12)

“ต้องการให้แพทย์ดูแลถึงบ้านจะดีที่สุด” (ผู้ดูแลผู้ป่วย คนที่ 18)

1.2 ด้านครอบครัว พบว่า บุคคลในครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ ลูก สามี หรือภรรยา โดยมีส่วนร่วมในการดูแลในด้านการจัดเตรียมอาหาร การจัดเตรียมหรือการตรวจเช็คการรับประทานยา และแสดงความห่วงใยหรือให้กำลังใจกัน นอกจากนี้มีการสนับสนุนในการดูแลตนเองด้านการเดินทาง คอยรับและส่งเพื่อไปตรวจตามนัด ไปโรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน และสนับสนุนด้านค่าใช้จ่าย โดยส่งเงินมาให้หรือรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับยาหรือพบแพทย์ ผู้ดูแลบางส่วนไม่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ขาดความตระหนักในการดูแลป้องกันโรคและขาดความร่วมมือในการส่งเสริมหรือกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์

1.3 ด้านชุมชน พบว่า มีการจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์การให้ความรู้ทางช่องทางต่าง ๆ ทำให้ประชาชนมีความตระหนักถึงโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น แต่ยังขาดการเป็นต้นแบบที่จะลดความเสี่ยงของโรค รวมทั้งกิจกรรมหรือโครงการที่ผ่านมายังขาดรูปแบบที่แสดงถึงศักยภาพของชุมชนในการจัดการโรคอย่างแท้จริง

1.4 ด้านระบบบริการสุขภาพ พบว่า ระบบข้อมูลไม่เชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กิจกรรมหรือแผนงานขาดความเป็นไปได้ในเชิงปฏิบัติ การปฏิบัติตามแผนงานขาดการชี้แนะและติดตามผล รวมทั้งระยะเวลาในการทำกิจกรรมไม่เพียงพอที่จะทำให้คนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1.5 ด้านบุคลากร พบว่า ในชุมชนมีการเฝ้าระวังภาวะไตเสื่อมโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นส่วนใหญ่แต่บุคลากรมีจำนวนน้อย ภาระงานมาก และมีประสบการณ์ในงานชะลอไตเสื่อมน้อย ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการดูแลป้องกันภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยทั้งนี้ ผลการประเมินระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยรวม พบว่าด้านการบริโภคอาหาร และด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมไม่ได้ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ ความดันโลหิตตัวบนมากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท ขนาดรอบเอวเกินเกณฑ์ ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วน ซึ่งเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะไตเสื่อมได้มากขึ้น

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

จากการสังเคราะห์สถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 องค์ประกอบ คือ

องค์ประกอบที่ 1 การตั้งเป้าหมายที่มุ่งสู่การดูแลสุขภาพตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม (Health Self-Care Delay CKD) โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลตนเอง (Self-Care Behaviors) 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร (Nutrition) ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย (Physical Activity) ด้านการใช้ยา (Medication) ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน (Avoid Risk and Aware of the Complication) และด้านการจัดการความเครียด (Stress Management) ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีหน้าที่ดูแลตนเองโดยมีการเรียนรู้และปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องตามภาวะสุขภาพและความจำเป็นโดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุมอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค มีความรู้และการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค ได้รับข้อมูลที่เพียงพอในการตัดสินใจที่จะเลือกปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรม มีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมกับโรค สามารถประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมของตนเองได้

องค์ประกอบที่ 2 การส่งเสริมการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยการให้สุขศึกษา (Health Belief Model-Based on Health Education) โดยมีสิ่งสนับสนุนที่เอื้ออำนวยที่จะทำผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้ดี ได้แก่ สื่อวีดิทัศน์ (Video) สมุดประจำตัวผู้ป่วย (Diary Record) คู่มือดูแลผู้ป่วยเพื่อชะลอไตเสื่อม (Patient Handbook) ช่องทางสื่อสารใน LINE Group (กลุ่มชะลอไตเสื่อม) เนื่องจากพบว่ายังขาดสื่อความรู้ที่ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจได้ การให้ข้อมูลยังไม่ครอบคลุมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ดังนั้นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงครอบคลุมการสร้างสื่อวีดิทัศน์เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นภาพประกอบพร้อมคำบรรยาย เกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อมและการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานโดยมีการให้ข้อมูลดังกล่าวในระหว่างการตรวจเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่คลินิกหมอครอบครัวหน่วยบริการปฐมภูมิ

องค์ประกอบที่ 3 การใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแล (Community-Based Care) มีความสำคัญเนื่องจากชุมชนจะเป็นพลังสนับสนุนและเป็นฐานรองรับการพึ่งพาตนเองของประชาชนทำให้เกิดการพึ่งพิงบริการของรัฐลดลง ชุมชน หมายถึง ครอบครัว ประชาชนที่อยู่ในชุมชน เพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ป่วยเหมือนกัน ชมรมหรือกลุ่มกิจกรรม รวมถึง อสม. โดยครอบครัว สมาชิกในครอบครัว (Family Member) มีบทบาทในการช่วยดูแลผู้ป่วย ติดตามประเมินสุขภาพ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีที่บ้าน เช่น การเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรค การดูแลเรื่องการใช้จ่าย การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย เป็นบุคคลที่ให้ความสนใจและเป็นที่ปรึกษาให้ผู้ป่วยจัดการกับความเครียด และประชาชนในชุมชนเป็นอาสาสมัครในการดูแลสุขภาพ (Health Volunteer) จากผู้ที่สมัครใจและอาสาเข้ามาเพื่อช่วยเหลือที่จะทำหน้าที่ช่วยติดตาม กระตุ้นเตือน แลกเปลี่ยนข่าวสาร และให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ส่งเสริม

สนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รู้วิธีการดูแลตนเองและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ตามลำพัง มีการมอบหมายตัวแทน (Delegates in Community) ให้ดูแลและติดตามอาการของผู้ป่วยในหน่วยบริการสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่หลักในการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สุขภาพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นระบบคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลวิชาชีพและพนักงานสาธารณสุข โดยมีการตรวจประเมินสุขภาพและคัดกรองผู้ป่วยทุกเดือน ติดตามผลการรักษา ส่งต่อไปรับการรักษาหากผู้ป่วยควบคุมโรคไม่ได้ เยี่ยมบ้านหรือโทรศัพท์ให้คำแนะนำและให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติ การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล (Community Engagement or Community Participation) จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยครอบครัวและชุมชนดูแลกัน โดยมีการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติและ อสม. ซึ่งทำงานเชื่อมประสานกันระหว่าง อสม. และผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง

สรุปการพัฒนาแบบการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดสกลนคร เป็น “SELF - CKD Model” (ดังภาพ 3)

S: Self - Care Behaviors หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม 5 ด้าน ได้แก่ด้านการบริโภคอาหาร ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา ด้านหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และด้านการจัดการความเครียด

E: Encourage หมายถึง การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง โดยมีกระบวนการติดตามกระตุ้นเตือนสม่ำเสมอเพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี

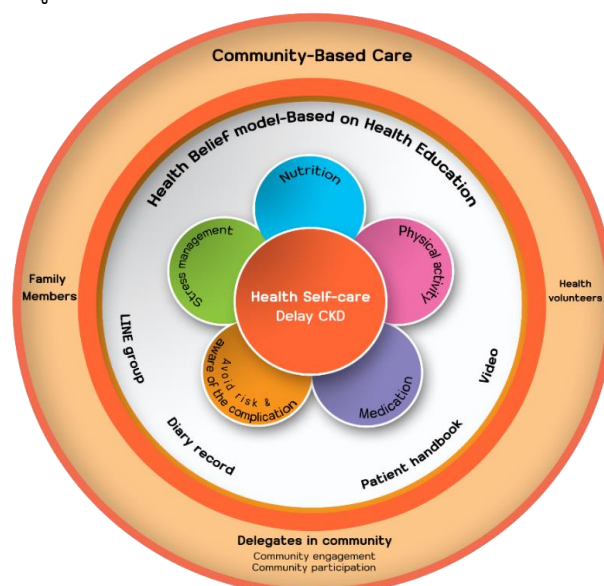
L: Learning Materials หมายถึง สื่อการเรียนรู้ การเพิ่มการเรียนรู้และการรับรู้ผ่านสื่อ health education ประกอบด้วย สื่อวีดิทัศน์ สมุดประจำตัวผู้ป่วย คู่มือดูแลผู้ป่วยเพื่อชะลอไตเสื่อมช่องทางสื่อสารในกลุ่ม LINE (กลุ่มชะลอไตเสื่อม)

F: Facilitator ผู้อำนวยการความสะดวก หมายถึงบุคคลที่จะมาช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานดูแลตนเองได้ ทั้งจากครอบครัว ชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพ มีผู้รับผิดชอบหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายที่มีความพร้อมเข้าใจ เข้าถึงชุมชน

C: Community-Based Care หมายถึง การใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเอง

K: Knowledge หมายถึงความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการดูแลผู้ป่วยเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน

D: Delay CKD หมายถึงการชะลอไตเสื่อม ซึ่งเป็นเป้าหมายและผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้น หากผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมดูแลตนเองไปในทิศทางที่ดีอย่างต่อเนื่อง



ภาพ 3 SELF - CKD Model

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

หลังใช้รูปแบบการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ($p < .001$) พฤติกรรมการดูแลตนเอง ($p < .001$) และการรับรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไตเสื่อม ($p < .001$) มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มควบคุมตัวแปรก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการรับรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังตาราง 1) ร้อยละของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยพิจารณาจาก FBS และ HbA1c พบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงเป็นควบคุมได้มากกว่ากลุ่มควบคุม (ดังตาราง 2) เมื่อพิจารณาระยะโรคไตเสื่อมก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลองมีร้อยละของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ 2 ไปเป็นระยะที่ 1 เพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลอง (ดังตาราง 3) ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.46$, $SD = 0.56$) (ดังตาราง 4)

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังทดลองของความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 43)		กลุ่มควบคุม (n = 40)		t	p-value (1-tailed)
	M	SD	M	SD		
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง						
ก่อนทดลอง	6.72	1.60	6.29	1.62	1.18	.120
หลังทดลอง	8.91	1.97	6.12	1.58	10.30	< .001
พฤติกรรมการดูแลตนเอง						
ก่อนทดลอง	43.54	11.83	43.79	14.62	- 0.21	.420
หลังทดลอง	53.73	13.27	43.94	12.48	8.09	< .001
การรับรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไตเสื่อม						
ก่อนทดลอง	85.39	9.57	80.43	10.74	2.19	.020
หลังทดลอง	101.02	10.78	82.81	11.61	9.55	< .001

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำแนกตามการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดการควบคุม ของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 43) และกลุ่มควบคุม (n = 40)

ตัวแปร		กลุ่มทดลอง, n (ร้อยละ)		กลุ่มควบคุม, n (ร้อยละ)	
		ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด					
FBS	ควบคุมไม่ได้	16(37.21)	14(32.62)	14(35.00)	14(35.00)
	ควบคุมได้	27(62.79)	29(67.38)	26(65.00)	26(65.00)
HbA1c	ควบคุมไม่ได้	31(72.08)	27(62.84)	26(65.00)	25(62.47)
	ควบคุมได้	12(27.92)	16(37.16)	14(35.00)	15(37.53)

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของระยะโรคไตเสื่อม ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 43) และกลุ่มควบคุม (n = 40)

CKD Classification	กลุ่มทดลอง n(ร้อยละ)		กลุ่มควบคุม n(ร้อยละ)	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
ระยะที่ 1	8 (18.58)	9 (20.88)	19 (47.47)	16 (40.00)
ระยะที่ 2	35 (81.42)	34 (79.12)	17 (42.50)	19 (47.49)
ระยะที่ 3	0 (0.00)	0 (0.00)	4 (10.03)	5 (12.51)

ตาราง 4 ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ความพึงพอใจ	M	SD	ระดับ
การประเมินสภาวะแวดล้อม (ความสอดคล้องกับสถานการณ์ด้านสุขภาพ)	4.43	0.73	มาก
การประเมินปัจจัยนำเข้า (งบประมาณ บุคลากร ทรัพยากรสิ่งสนับสนุนการดำเนินงาน)	4.29	0.75	มาก
การประเมินกระบวนการ (กิจกรรม ระยะเวลา ขั้นตอนการดำเนินงาน)	4.39	0.65	มาก
การประเมินผลลัพธ์ (ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตามเป้าหมาย ความสะดวกและง่ายต่อการนำไปใช้)	4.71	0.49	มาก
ความพึงพอใจโดยรวม	4.46	0.56	มาก

อภิปรายผล

1. สถานการณ์และบริบทการดำเนินงานเกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อมในพื้นที่ชุมชนที่ศึกษาพบว่า ยังไม่มีรูปแบบหรือแนวทางการส่งเสริมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sereewiwattana, Thongtanunam & Limakkara (2018) ที่สะท้อนข้อมูลการทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลว่าไม่มีการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว ชุมชน ทำให้ผู้เป็นโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้

2. รูปแบบการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือ “SELF – CKD Model” ที่พัฒนาขึ้นมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนในการส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ การตั้งเป้าหมายและผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นของผู้ป่วย (D: Delay CKD) ทั้งนี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องมีพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม (S: Self – Care Behaviors) การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง (E: Encourage) มีบุคคลที่จะมาช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง (F: Facilitator) ความรู้เกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน (K: Knowledge) ซึ่งสามารถพัฒนาได้โดยการเรียนรู้ (L: Learning Materials) การใช้ชุมชนเป็นฐานและการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเอง (C: Community – Based Care) หน่วยงานด้านสุขภาพต้องจัดสิ่งสนับสนุนเพื่อสามารถช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เช่น มีช่องทางการให้คำปรึกษาโดยมีเจ้าหน้าที่บุคลากรด้านสุขภาพติดตามและให้คำปรึกษาผ่านช่องทางการติดต่อ ได้แก่ Line หรือ โทรศัพท์ ซึ่งสนับสนุนแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (2001) ที่กล่าวว่า การดูแลสุขภาพของตนเองที่ดีเริ่มจากการมีความรับผิดชอบตนเอง มีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้และสนับสนุนแนวคิดการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (WHO, 2004) ที่กล่าวถึงการจัดการให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับ Jiamjariyapon, Ingsathit, Pongpirul, Vipattawat, Kanchanakorn, Saetie, et al., (2017) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการดูแลแบบบูรณาการเพื่อชะลอความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 ในชุมชนชนบทของประเทศไทย โดยเป็นการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพร่วมกับการสร้างเครือข่ายสมาชิกในชุมชน ซึ่งเป็นประชาชนทั่วไปที่ไม่ใช่บุคลากรด้านสุขภาพมาร่วมดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ ๆ มีทรัพยากรบุคคลที่จำกัด การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะสามารถทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีผลชะลอความเสื่อมของไตได้

การพัฒนาแบบการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มี 4 ขั้นตอนคือ ขั้นที่ 1 ร่วมคิดและร่วมสร้าง โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการค้นหาข้อมูลสถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และร่วมกำหนดแผนดำเนินการแก้ไขปัญหา เตรียมทีมงาน และสร้างการมีส่วนร่วม เชื่อมประสานการทำงานกับเครือข่าย ขั้นที่ 2 ร่วมทำ ดำเนินการกิจกรรมตามแผนการทำงานร่วมมือกันระหว่าง หน่วยบริการ อสม. ชุมชนและเครือข่าย เพื่อให้เกิดการสร้างการเรียนรู้ เสริมแรงบันดาลใจทางสังคม เป้าหมายทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนได้โดยผู้ป่วยต้องมีความรู้และการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม สามารถประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตได้ด้วยตนเอง มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลตนเองและมีการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ขั้นที่ 3 ติดตามและประเมินผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยและกระบวนการ และขั้นที่ 4 ค้นหาข้อมูลแก่หน่วยบริการเพื่อการปรับปรุงกระบวนการให้ดีขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดย Wagner (2019) ที่ให้ข้อเสนอเกี่ยวกับการสร้างแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ซึ่งมีขั้นตอนการพัฒนาขั้นที่คือ ขั้นที่ 1 การทบทวนวรรณกรรมและสร้างแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ขั้นที่ 2 ทดลองนำมาใช้จริงกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเสนอองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ การจัดทีม การวางแผนทางดูแลผู้ป่วย และระบบสารสนเทศ สอดคล้องการออกแบบกิจกรรมในงานวิจัยโดยมีการใช้สารสนเทศ ได้แก่ การใช้สื่อวีดิทัศน์ที่สามารถดูได้ทางสื่อออนไลน์ การใช้ไลน์ เพื่อเป็นช่องทางติดต่อสื่อสารซึ่งส่งผลต่อการเรียนรู้และการควบคุมโรคของผู้ป่วย และมี อสม. ติดตามกระตุ้นเตือนร่วมกับญาติในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองร่วมกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน การรับรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อม ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำนายแนวโน้มพฤติกรรมของบุคคล สนับสนุนแนวคิดของ Rosenstock, Strecher & Becker (1988) และผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับโรคในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุด ตามความสามารถรู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ความสำเร็จของรูปแบบคือการสร้างปฏิสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์ที่หมายถึง การให้บริการอย่างใกล้ชิด การติดต่อสื่อสารและการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (Bodenheimer, Wagner, & Grumbach, 2002; Tuttle, Bakris, Bilous, Chiang, de Boer, Goldstein-Fuchs, et al., 2014) นอกจากนี้กิจกรรมในแผนการดำเนินงานพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Orem (2001) ที่กล่าวว่าบุคคลเป็นผู้ที่มีความสามารถและเต็มใจที่จะดูแลตนเองหรือผู้ที่อยู่ในความปกครองของตนเองการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญเพื่อบำรุงรักษาสุขภาพและความเป็นปกติสุขของชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะต้องดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพ โดยแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่เชื่อถือได้ ปฏิบัติตามแผนการรักษาวินิจฉัยการฟื้นฟูและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากโรคที่อาจเกิดขึ้น (Kurnia, Amatayakul, & Karuncharernpanit, 2017)

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าหลังการใช้รูปแบบผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการรับรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไตเสื่อมเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีกิจกรรมเสริมการเรียนรู้และช่องทางสื่อสารให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ มีการใช้สื่อที่หลากหลายเพื่อความน่าสนใจและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล จึงทำให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายจึงทำให้ผลความรู้เพิ่มขึ้น และมี อสม. ติดตามกระตุ้นเตือนร่วมกับญาติในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองร่วมกับผู้ป่วยโรคเบาหวานการรับรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไตเสื่อมในระดับสูงซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำนายแนวโน้มพฤติกรรมของบุคคล Rosenstock, Strecher, & Becker (1988) และผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับโรคในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการดูแลตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถ สำหรับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกันนั้นแสดงให้เห็นว่าในระยะเวลาที่ทดลองใช้รูปแบบการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความเสี่ยงนั้นผู้ป่วยสามารถรักษาระดับน้ำตาลในเลือดได้คงที่ เมื่อพิจารณาระยะโรคไตเสื่อมพบว่าหลังการทดลองผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ 2 กลับไปเป็นระยะที่ 1 เพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลอง นั่นหมายถึงมีผู้ป่วยบางส่วนที่มีการทำงานของไตดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมซึ่งแสดงว่ารูปแบบการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความเสี่ยงสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชะลอไตเสื่อมได้ เนื่องมาจากการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเปี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ ผู้ป่วยจะมีการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพ การรับรู้สนใจและดูแลผลจากโรคที่เป็นอยู่ที่จะมากระทบต่อสุขภาพร่างกายการปฏิบัติตาม

แผนการรักษาการวินิจฉัยการฟื้นฟูและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ (Lee, Wu, Hsieh & Tsai, 2016) ร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชนและบุคลากรด้านสุขภาพจึงทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดีขึ้น ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากพบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ มีนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ผู้บริหารระดับสูงให้การสนับสนุน ผู้ปฏิบัติงานมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้มีเครือข่ายความร่วมมือที่ทำงานประสานกัน มีการประชุมอย่างต่อเนื่องและเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และปรับปรุงการดำเนินการ มีกระบวนการติดตามกระตุ้น ให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อให้ดูแลตนเอง ซึ่งการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่เรียนรู้และจดจำไว้ได้จากสังคมสิ่งแวดล้อมและการติดต่อสื่อสารที่เข้ากันและกัน มีอิทธิพลต่อบุคคลการดูแลตนเอง

การนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชนสามารถนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้เป็นแนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อชะลอไตเสื่อม และมีสิ่งสนับสนุนให้เกิดการรับรู้ในการมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมโดยพิจารณาตามองค์ประกอบที่สำคัญต่อการให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

รูปแบบการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานนี้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จึงควรมีการศึกษาต่อยอดในระบบบริการแต่ละระดับ เพื่อหาแนวทางการเชื่อมโยงระบบบริการที่จะเสริมสร้างให้ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนดูแลตนเองได้ที่เป็นการบูรณาการหลายระดับร่วมกัน

ข้อจำกัดในการวิจัย

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดที่รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ใช้สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีผลตรวจ eGFR ระยะที่ 1 – 3 เท่านั้น เพราะเป็นระยะที่ไตสามารถกลับมาเป็นปกติได้จึงเหมาะสมกับการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น

References

- American Diabetes Association. (2017). Standards of Medical Care in Diabetes 2017. *Clinical Diabetes*, 35(1), 5–26.
- Armstrong, N., Herbert, G. & Brewster, L. (2016). Contextual Barriers to Implementation in Primary Care: an Ethnographic Study of a Programme to Improve Chronic Kidney Disease Care. *Family Practice*, 33(4), 426–431.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H. & Grumbach, K. (2002). Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. *JAMA*, 288(14), 1775–1779.
- Bureau of Non-Communicable Disease. (2015). *Annual Report 2015, Bureau of Non-Communicable Diseases Department of Disease Control*. Bangkok: Bureau of Non-Communicable Diseases Department of Disease Control. (In Thai).
- Janyam, P., Thabthong, U., Oncharoen, W., & Sawangsri, W. (2021). Development of a Web Application for Reporting Laboratory Results to Patients with Diabetes in Health Promoting

- Hospitals of Suphanburi. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 8(3), 296–308, (in Thai)
- Jiamjariyapon, T., Ingsathit, A., Pongpirul, K., Vipattawat, K., Kanchanakorn, S., Saetie, A. et al. (2017). Effectiveness of Integrated Care on Delaying Progression of Stage 3-4 Chronic Kidney Disease in Rural Communities of Thailand (ESCORT Study): a Cluster Randomized Controlled Trial. *BMC Nephrology*, 18(1), 83.
- Kemmis, S., McTaggart, R. & Nixon, R. (2014). *The Action Research Planner Doing Critical Participatory Action Research*. Singapore: Springer.
- Kidney International Supplement. (2017). KDIGO 2017 Clinical Practice Guideline Update for the Diagnosis, Evaluation, Prevention, and Treatment of Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD). *Official Journal of The International Society of Nephrology*, 7(1), 1–59.
- Kurnia, A. D., Amatayakul, A. & Karuncharearnpanit, S. (2017). Predictors of Diabetes Self-management among Type 2 Diabetics in Indonesia: Application Theory of the Health Promotion Model. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(3), 260–265.
- Lee, M. C., Wu, S. F. V., Hsieh, N. C. & Tsai, J. M. (2016). Self-Management Programs on eGFR, Depression, and Quality of Life among Patients with Chronic Kidney Disease: A Meta-Analysis. *Asian Nurses Res (Korean Soc Nurses Sci)*, 10(4), 255-262.
- Munshi, M. N., Segal, A. R., Suhl, E., Ryan, C., Sternthal, A., Giusti, J. et al. (2013). Assessment of Barriers to Improve Diabetes Management in Older Adults: a Randomized Controlled Study. *Diabetes Care*, 36(3), 543–549.
- Nimmanit, S. (2017). *Diabetes and Kidney*. Retrieved December 6, 2021. From <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=316>. (In Thai).
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practices*. (6th ed). St. Louis: Mosby Year Book.
- Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2017). *P&P Excellence Forum 2017*. Retrieved December 6, 2021. From http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/PPExcellenceForum2017.pdf. (In Thai).
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. & Becker, M. H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175–183.
- Sakon Nakhon Provincial Health Office. (2018). *Chronic Kidney Disease Screening Information for the Year 2018*. Sakon Nakhon Provincial Health Office, Sakon Nakhon. (In Thai).
- Sereewiwattana, M., Thongtanunam Y. & Limakkara S. (2018). Improving the Quality of Care for Chronic Patients to Slow Renal Impairment by Using the Concept of Caring for Chronic Patients of Tambon Health Promoting Hospitals. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*, 5(1), 45–56. (In Thai).
- Stufflebeam, D. L. (2000). The CIPP Model for Evaluation. In D. L. Stufflebeam, G. F. Madaus, & T. Kellaghan (Eds.), *Evaluation Models: Viewpoints on Educational and Human Services Evaluation*. 2nd ed. Boston, MA: Kluwer Academic.
- Tuttle, K. R., Bakris, G. L., Bilous, R. W., Chiang, J. L., de Boer, I. H., Goldstein-Fuchs, J. et al. (2014). Diabetic Kidney Diseases: a Report from an ADA Consensus Conference. *American Journal of Kidney Diseases: The Official Journal of the National Kidney Foundation*, 64(4), 510–533.

- Wagner, E. H. (2019). *Organizing Care for Patients with Chronic Illness Revisited*. *Milbank Q. Sep*; 97(3), 659-664. Retrieved November 10, 2021. from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31424130>.
- World Health Organization. (2004). *Comprehensive Community and Home-based Health Care Model*. India: WHO.
- World Health Organization. (2017). *Global Report on Diabetes*. Retrieved November 10, 2021. From https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf.

ผลของโปรแกรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต่อความตั้งใจและ
พฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน
Gestational Diabetes among Overweight Pregnant Women:
The Effects of a New Program on Preventive Intention and Behaviors

ฐิติมา คาระบุตร^{1*}, สีนารถณ์ กล่อมยงค์¹, จาตุพจน์ ศรีพุ่ม¹, อนงค์พร แก้วทับทิม²
Thitima Karabutr^{1*}, Sinaporn Klomyong¹, Jatupat Sripum¹, Anonporn Keawtuptim²
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท^{1*}, โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร²
Boromarajonani College of Nursing Chainat^{1*}, Jainard Narendra Hospital²

(Received: September 5, 2022; Revised: January 12, 2023; Accepted: May 1, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต่อความตั้งใจและพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินก่อนการตั้งครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์ ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 ใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายเพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 25 ราย ดำเนินโปรแกรมตามกรอบทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความตั้งใจและแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับ สเปียร์แมนเท่ากับ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา Chi-Square, Fisher's Exact test, Mann-Whitney U, Independent t-test และ Dependent t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t_{48}=7.53, p<.001$)

2. ภายหลังการทดลองหญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t_{48}=13.05, p <.001$)

พยาบาลแผนกฝากครรภ์จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ไม่เกิดภาวะเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาต่อทั้งมารดาและทารก

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน, ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์, ความตั้งใจในการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์, พฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: tommythitima@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 094-4587854)



Abstract

This pretest- posttest quasi- experimental research aimed to evaluate the effects of a gestational diabetes prevention program on the intention and behaviors to prevent gestational diabetes in overweight pregnant women. Participants consisted of 50 overweight pregnant women who received antenatal care services at Jainad Narendra Hospital from December 2020 to July 2021. Samples who met into the inclusion criteria were randomly selected into either experimental group ($n = 25$) and control group ($n = 25$). The new program was based on the theory of planned behavioral framework. Data were collected by using a self-administered intention questionnaire on preventing gestational diabetes as well as another on behaviors to prevent gestational diabetes with content validity index of 1.00 and Cronbach's alpha coefficients of .72 and .82, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics, chi-square, fisher's exact test, mann-whitney U, independent t-test, and dependent t-test

The results indicated that the experimental group had significantly higher mean score of intention for preventing gestational diabetes than those in the control group ($t_{48} = 7.53, p < .001$). Additionally, the participants in the experimental group had significantly higher behaviors to prevent gestational diabetes than those in the control group ($t_{48} = 13.05, p < .001$). Therefore, antenatal nurses should use this program to make pregnant women willing to change behaviors to prevent gestational diabetes and subsequent complications that affect both mother and baby.

คำสำคัญ: Overweight Pregnant Women, Gestational Diabetes Prevention, Intention Behavior

บทนำ

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยทั่วโลก จากการสำรวจของ The International Diabetes Federation ในปี ค.ศ. 2013 พบว่า หญิงตั้งครรภ์ทั่วโลกจำนวน 66 ล้านคน มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จำนวน 17.80 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 26.97 ประเทศอินเดียซึ่งมีจำนวนประชากรเป็นอันดับ 2 ของโลก หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จำนวน 5.40 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 8.18 (International Diabetes Federation, 2017) ในทวีปเอเชียการศึกษาความชุกในปี ค.ศ. 2017 พบว่า มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 11.50 (Lee, Ching, Ramachandran, Yee, Hoo, Chia et al., 2018) สำหรับประเทศไทย จากการศึกษาในโรงพยาบาลศิริราช ปี พ.ศ. 2559 พบอุบัติการณ์ของภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 15.60 (Singwongsa & Boriboonhirunsarn, 2016) และจากสถิติโรงพยาบาลชยันนาทเรนทรพบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในปี พ.ศ. 2560 – 2562 มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 13.58 15.90 และ 18.50 ตามลำดับ (Antenatal Care Unit Jainad Narendra Hospital, 2019) หากหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด

หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะเบาหวานมากกว่าคนปกติ เนื่องจากอิทธิพลของฮอร์โมนฮิวแมนพลาเซนทัลแลคโทเจน (Human placental lactogen [hPL]) จากรกที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของอินซูลินทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นโดยเฉพาะช่วงอายุครรภ์ 24 – 28 สัปดาห์ ดังนั้นสมาคมเบาหวานอเมริกัน (American Diabetes Association, 2018) แนะนำให้คัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครั้งแรกที่เข้ารับการฝากครรภ์ จากนั้นให้ คัดกรองอีกครั้งเมื่ออายุครรภ์อยู่ในช่วง 24 – 28 สัปดาห์ ทั้งนี้เพราะภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกเช่น ระดับน้ำตาลในเลือดมารดาสูงกว่าปกติ ทำให้ทารกในครรภ์มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงผลิตอินซูลินและการนำน้ำตาลเข้าสู่เซลล์เพิ่มขึ้นทำให้ทารกตัวโต เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดอาจเกิดการคลอดล่าช้า ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน เกิดการคลอดติดไหล่ ทารกได้รับบาดเจ็บจากการคลอด หรือ

ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตร ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ทำให้หลอดเลือดหดเกร็ง ส่งผลให้เกิดภาวะรกลอกตัว ก่อนกำหนด การไหลเวียนเลือดที่มดลูกและรกลดลง ทำให้ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ และการคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น นอกจากนี้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว ได้แก่ ทารกอาจเป็นโรคอ้วน เป็นเบาหวาน และมารดามีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 (Al-Hakmani, Al-Fadhil, Al-Balushi, Al-Harthy, Al-Bahri & Al-Rawahi et al., 2016) ดังนั้น เพื่อป้องกันการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกที่อาจเกิดขึ้น ผดุงครรภ์ควรมีการจัดการกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่สามารถปรับเปลี่ยนได้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ 1) ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ อายุ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ ≥ 25 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ < 25 ปี เท่ากับ 3.57 เท่า (Limruangrong, Boriboonhirunsarn, Puangsricharn & Pinitlertsakun, 2016) นอกจากนี้ประวัติการเป็นเบาหวานของบุคคลในครอบครัว เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ถึง 2.16 เท่า (Garshasbi, Faghihzadeh, Naghizadeh & Ghavam, 2008) และ 2) ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ พฤติกรรมที่มีผลต่อดัชนีมวลกาย (BMI) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภูมิลำเนาถิ่นกำเนิดมีโอกาสดังกล่าวเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ 1.10 เท่า (Genova, Todorova-Ananieva, Tzatchev, 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมและแนวทางในการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกาย และควบคุมอาหารอย่างเหมาะสมขณะตั้งครรภ์ สามารถควบคุมน้ำหนักให้เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกันเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ได้ (Sui, Grivell & Dodd, 2012; The International Weight Management in Pregnancy Collaborative Group, 2017) การประยุกต์ใช้ทฤษฎีโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Jalal Abdi และคณะ (2015) พบว่า ทฤษฎีที่ส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องนำมาประยุกต์ใช้บ่อยที่สุดคือ ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (1991) ส่วนใหญ่ประยุกต์ใช้ในการปรับพฤติกรรมของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพแล้วในบุคคลทุกช่วงวัย แต่การประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ยังพบค่อนข้างน้อย ทฤษฎีนี้อธิบายความตั้งใจของบุคคลไว้ว่า หากมีความตั้งใจที่จะพยายามปฏิบัติพฤติกรรม ก็จะมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ได้สูงขึ้น ประกอบด้วย 3 ตัวแปรสำคัญ ได้แก่ 1) ทศคติ (attitude) 2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (subjective norm) และ 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (perceived behavior control) ตัวแปรของทฤษฎีที่เป็นตัวทำนายความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีที่สุดคือ การรับรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง และการคล้อยตามคนรอบข้างเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม (Malek, Umberger, Makrides & ShaoJia, 2017) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์โดยประยุกต์ใช้ 2 ตัวแปร ประกอบด้วย 1) การรับรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง หรือเชื่อว่าตนเองสามารถแสดงพฤติกรรมในทิศทางที่เหมาะสมได้ (Perceived-Behavioral - Control) เป็นกิจกรรมให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และ 2) การคล้อยตามคนรอบข้างเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม (Subjective Norm) โดยมีสมาชิกในครอบครัวที่บอกความคาดหวังในการปฏิบัติพฤติกรรม และบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงาน ณ แผนกฝากครรภ์คอยติดตามให้ความรู้เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวและเป็นการกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

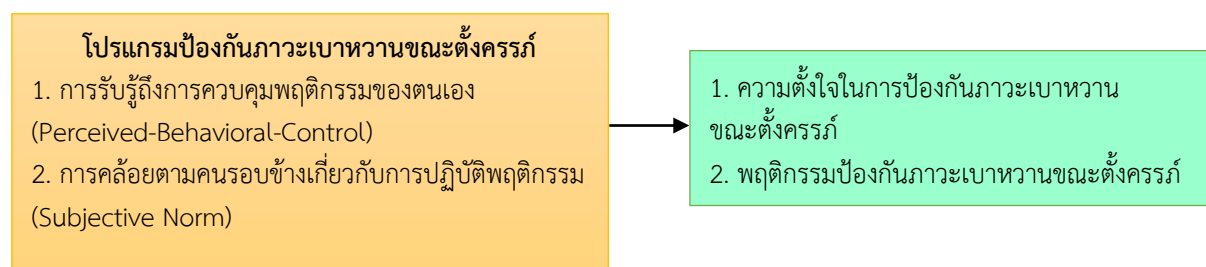
สมมุติฐานวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. หลังได้รับโปรแกรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของสมาคมเบาหวานอเมริกัน (American Diabetes Association, 2018) ร่วมกับนำทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (1991) มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการสร้างโปรแกรมป้องกันเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวเกินซึ่งประกอบด้วย 1) การรับรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง หรือเชื่อว่าตนเองสามารถแสดงพฤติกรรมในทิศทางที่เหมาะสมได้ (Perceived- Behavioral - Control) เป็นกิจกรรมให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตนเองเกี่ยวกับการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และ 2) การคล้อยตามคนรอบข้างเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม (Subjective Norm) โดยมีสมาชิกในครอบครัวที่บอกความคาดหวังในการปฏิบัติพฤติกรรม และบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงาน ณ แผนกฝากครรภ์คอยติดตามให้ความรู้เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวและเป็นการกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม ดังภาพ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (Two Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์ ณ แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาล ชัยนาทเรนทร

กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์ ณ แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาล ชัยนาทเรนทร ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 50 ราย กำหนดเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่างได้แก่ ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 23 กก./ตร.ม² อายุครรภ์อยู่ในช่วง 20 – 24 สัปดาห์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ได้แก่ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และครรภ์แฝดน้ำ สามารถอ่าน เขียน พูดภาษาไทยได้ และมีอุปกรณ์สื่อสารที่มีแอปพลิเคชันไลน์ เกณฑ์คัดออกได้แก่ การเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ไม่ครบทุกครั้ง การคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จากค่าอิทธิพลของการศึกษา เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง (Krungsienmuang & Wattananukulkiat, 2021) มาแทนค่าในสูตรของ Glass (1966) ได้ค่าเท่ากับ 0.86 และเปิดตาราง ขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Polit & Beck (2006) ประมาณค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ได้เท่ากับ 0.80 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และค่าอำนาจในการทดสอบเท่ากับ 0.8 ได้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 ราย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างที่มาฝากครรภ์ในวันจันทร์ พุธ พฤหัสบดี และศุกร์ นำมาจับฉลากในแต่ละกลุ่มของน้ำหนักเพื่อเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในจำนวนใกล้เคียงกันแล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการวางแผนพฤติกรรม (Theory of planned behavior) ของ Ajzen (1991) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ของสมาคมเบาหวานอเมริกัน (American Diabetes Association, 2018) คือ คู่มือป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วยเนื้อหาพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมในขณะตั้งครรภ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความตั้งใจในการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แบ่งออกเป็นด้านการรับประทานอาหาร และด้านการออกกำลังกายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีจำนวน 4 ข้อ โดยเป็นด้านการรับประทานอาหารจำนวน 3 ข้อและการออกกำลังกายจำนวน 1 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ตั้งใจน้อยที่สุด (1 คะแนน) ตั้งใจน้อย (3 คะแนน) ตั้งใจมาก (3 คะแนน) และตั้งใจมากที่สุด (4 คะแนน) ช่วงตั้งแต่ 4 -16 คะแนน 2) แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีจำนวน 5 ข้อ เป็นด้านการรับประทานอาหารจำนวน 4 ข้อและด้านการออกกำลังกายจำนวน 1 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 3 ข้อ และด้านลบ 2 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ปฏิบัติน้อย (2 คะแนน) ปฏิบัติบ้าง (3 คะแนน) ปฏิบัติเป็นประจำ (4 คะแนน) ช่วงคะแนน 5-20 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความตั้งใจในการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และคู่มือป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เสนอต่อ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลมารดาทารก และการผดุงครรภ์ 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพแผนกฝากครรภ์ 2 ท่าน และนักโภชนาการ 1 ท่าน มีความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ 1.00 ทั้ง 2 แบบประเมิน และตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในคู่มือป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จากนั้นปรับแก้ตามข้อเสนอนี้ และนำแบบประเมินความตั้งใจต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มาทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาคแอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .72 และ .82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

ขั้นก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยนาทเรนทร และหัวหน้าพยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์เพื่อแนะนำตนเองและชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะเวลาสิ้นสุดในการเก็บข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนทดลอง

1. ทุกวันจันทร์ พุธ พฤหัสบดี และวันศุกร์ เวลา 08.00- 12.00 น. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยมีหญิงตั้งครรภ์น้ำหนักเกินและอ้วนจำนวนใกล้เคียงกัน

2. ผู้วิจัยแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจากหญิงตั้งครรภ์ในการเข้าร่วมวิจัยตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง หากหญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จากการตอบแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และเก็บข้อมูลพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จากการตอบแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มควบคุมจนแล้วเสร็จ จากนั้นดำเนินการในกลุ่มทดลอง ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามทั้งสิ้น 10 นาที

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเข้ารับการฝากครรภ์ตามเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาล คือ

4.1 หญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23-24.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เข้ารับการฝากครรภ์ในวันจันทร์ พุธ และศุกร์ จะได้รับการบริการ ดังนี้

4.1.1 ให้บริการรับฝากครรภ์ ชักประวัติ ตรวจครรภ์ และตรวจร่างกาย

4.1.2 ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์แบบสั้นๆ ได้แก่ การพักผ่อนการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา อาการไม่สบายที่อาจเกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ โดยพยาบาลวิชาชีพ

4.2 หญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป เข้ารับการฝากครรภ์ในวันพฤหัสบดี จะได้รับการบริการ ดังนี้

4.2.1 ให้บริการรับฝากครรภ์ ชักประวัติ ตรวจครรภ์ และตรวจร่างกาย

4.2.2 พบแพทย์สูติกรรมเพื่อประเมินความเสี่ยงและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการตรวจคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือด (GCT) และนัดให้เข้าตรวจครั้งต่อไป

4.2.3 ได้รับคำแนะนำในการเตรียมตัวเข้ารับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (OGTT) เมื่ออายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ เพื่อคัดกรองภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์โดยพยาบาลวิชาชีพ

4.2.4 ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์แบบสั้น ๆ ได้แก่ การพักผ่อนการรับประทานอาหารเสริม อาการไม่สบายที่อาจเกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ และได้รับคำแนะนำเรื่องการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายซ้ำ โดยพยาบาลวิชาชีพ

4.2.5 เมื่อเข้ารับการตรวจครั้งถัดไปหากยังคงมีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักที่เกินเกณฑ์อย่างต่อเนื่อง หญิงตั้งครรภ์จะได้รับคำแนะนำแบบเดิมอีกครั้งโดยพยาบาลวิชาชีพและพบแพทย์สูติกรรมเพื่อให้คำแนะนำเรื่องการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

5. ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการตามขั้นตอนการดำเนินโปรแกรมกับกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการดูแลตามปกติ ดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 (ณ แผนกฝากครรภ์ ใช้เวลาทั้งสิ้น 50 นาที)

5.1 ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์และสมาชิกในครอบครัวเข้ากลุ่มร่วมกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์และพฤติกรรมที่ผ่านมาที่ก่อให้เกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นต่อทั้งมารดาและทารกผ่านคู่มือป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (ใช้เวลา 10 นาที)

5.2 ผู้วิจัยให้สมาชิกในครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความคาดหวังต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ทราบ คล้อยตามและมีความต้องการปฏิบัติตาม

ช่วยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มากขึ้นและมีพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม (ใช้เวลา 10 นาที)

5.3 ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ประเมินตนเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ประกอบด้วย การคำนวณดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่ผ่านมาเพื่อให้ทราบถึงภาวะสุขภาพของตนเอง (ใช้เวลา 10 นาที)

5.4 ทดลองฝึกวางแผนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร โดยให้เลือกเมนูอาหารที่ให้พลังงานเหมาะสมใน 1 วัน และการออกกำลังกาย โดยให้เลือกชนิด ระยะเวลา และช่วงเวลาที่จะออกกำลังกาย (ใช้เวลา 10 นาที)

5.5 ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายจากแผนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่วางไว้ จากนั้นให้บันทึกแผนการปฏิบัติพฤติกรรมลงในคู่มือ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่บ้าน และแนะนำการใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการแจ้งปัญหา อุปสรรค และการกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติตามแผน ตลอดจนติดตามพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (ใช้เวลา 10 นาที)

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 (ติดตามพฤติกรรมทางแอปพลิเคชันไลน์ ใช้เวลาทั้งสิ้น 10 นาที)

ผู้วิจัยส่งข้อความกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน โดยส่งข้อมูลพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่เหมาะสมขณะตั้งครรภ์ ติดตามพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ตามที่วางแผนไว้ และให้ข้อมูลย้อนกลับของพฤติกรรม เพื่อเพิ่มความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และสอบถามปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อหาแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ความเป็นไปได้ (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 5 (ณ แผนกฝากครรภ์ ใช้เวลาทั้งสิ้น 10 นาที)

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อติดตามพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และหากพบปัญหาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ผู้วิจัยร่วมหาแนวทางเพื่อวางแผนการใหม่ที่มีความเป็นไปได้ และให้จดบันทึกแนวทางลงในคู่มือเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตนที่บ้าน

ขั้นหลังการทดลอง

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 7 (ณ แผนกฝากครรภ์ ใช้เวลาทั้งสิ้น 10 นาที)

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกฝากครรภ์เพื่อติดตามผลของโปรแกรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยตอบแบบสอบถามความตั้งใจในการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หลังเข้าร่วมโปรแกรม 6 สัปดาห์ ใช้เวลาทั้งสิ้น 10 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปบันทึก และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-Square test, Fisher's Exact test, Independent t-test และ Mann-Whitney U test

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ โดยใช้สถิติ (t -test Statistic) ทั้งนี้ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ค่า Fisher Skewness Coefficient และ Fisher Kurtosis Coefficient มีค่าอยู่ในช่วง 0.39 ถึง 1.19 และ -0.06 ถึง - 0.52 ตามลำดับ ซึ่งไม่เกิน ± 1.96 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นปกติ

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ โดยใช้สถิติ (t -test Statistic) ทั้งนี้ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ค่า Fisher Skewness Coefficient และ Fisher

Kurtosis Coefficient มีค่าอยู่ในช่วง 0.96 ถึง 1.48 และ -0.26 ถึง -0.79 ตามลำดับ ซึ่งไม่เกิน ± 1.96 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นปกติ

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เลขที่ 18/2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวน พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 50)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)	Range=20-36 M=27.16, SD = 5.08		Range =20-36 M = 27.24, SD = 5.27		Z = -.11	.916
20-25	12	48.00	10	40.00		
26-30	5	20.00	6	24.00		
> 30	8	32.00	9	36.00		
อาชีพ					Fisher' s Exact test=.17	.684
ไม่ได้ทำงาน	3	12.00	4	16.00		
ทำงาน	22	88.00	21	84.00		
หน่วยงานราชการ	4	16.00	2	8.00		
พนักงานทั่วไป	5	20.00	6	24.00		
เกษตรกร	6	24.00	5	20.00		
ค้าขาย	7	28.00	8	32.00		
ระดับการศึกษา					Fisher' s Exact test=.15	1.000
ต่ำกว่าอนุปริญญา/ปวส.	20	80.00	20	72.00		
ประถมศึกษา	10	40.00	10	40.00		
มัธยมศึกษา	10	40.00	10	40.00		
อนุปริญญา/ปวส. ขึ้นไป	5	20.00	5	20.00		
อนุปริญญา/ปวส.	2	8.00	2	8.00		
ปริญญาตรี	3	12.00	3	12.00		
ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ ก่อนการตั้งครรภ์ (kg/m ²)	Range = 25.32-39.84, M =31.15, SD = 4.84		Range = 24.84 -38.28, M = 29.93, SD = 4.21		t ₄₈ = -.95	.352
23-24.99 (น้ำหนักเกิน)	13	52.00	13	52.00		
> 24.99 (อ้วน)	12	48.00	12	48.00		
อายุครรภ์ที่เข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์)	Range = 20-24, M =21.76, SD = 1.51		Range = 24.84 -38.28, M = 22, SD = 1.38		t ₄₈ = -.59	.561
20	6	24.00	5	20.00		
21	7	28.00	4	16.00		

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
22	5	20.00	6	24.00		
23	1	4.00	6	24.00		
24	6	24.00	4	16.00		

จากตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 27.16 ปี ($SD = 5.08$) อายุระหว่าง 20-25 ปี มีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 48) ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มทำงาน ร้อยละ 88 มีระดับการศึกษาต่ำกว่าอนุปริญญา/ปวส. (ร้อยละ 80) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 31.15 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ($SD = 4.84$) และมีอายุครรภ์เฉลี่ย 21.76 สัปดาห์ ($SD = 1.51$) สำหรับกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 27.24 ปี ($SD = 5.08$) อายุระหว่าง 20-25 ปี มีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 40) ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มทำงาน ร้อยละ 84 มีระดับการศึกษาต่ำกว่าอนุปริญญา/ปวส. (ร้อยละ 72) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 29.93 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ($SD = 4.21$) และมีอายุครรภ์เฉลี่ย 22 สัปดาห์ ($SD = 1.38$)

ทั้งนี้ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ และอายุครรภ์ไม่แตกต่างกัน

2. ความตั้งใจในการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสถิติ Dependent t-test ($N = 25$)

ความตั้งใจในการป้องกัน ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์	ก่อน		หลัง		t	df	P-value (1-tailed)
	M	SD	M	SD			
กลุ่มทดลอง	9.72	1.54	12.28	1.24	7.49	24	.000
กลุ่มควบคุม	9.52	1.58	9.44	1.42	-.49	24	.628

จากตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความตั้งใจในการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 9.72 ($SD=1.54$) ใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุมเท่ากับ 9.52 ($SD=1.58$) และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์สูงขึ้นเท่ากับ 12.28 ($SD=1.24$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย 9.44 ($SD=1.42$)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t_{24}=7.49, p<.001$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยสถิติ Independent *t*-test (N = 50)

ความตั้งใจในการป้องกัน ภาวะเบาหวานขณะ ตั้งครรภ์	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		<i>M</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P-value</i> (1-tailed)
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
ก่อนเข้าร่วม	9.72	1.54	9.52	1.58	0.20	0.45	48	.653
หลังเข้าร่วม	12.28	1.24	9.44	1.42	2.84	7.53	48	.001

จากตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักไม่แตกต่างกันและภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t_{48}=7.53, p<.001$)

3. พฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 4 การเปรียบเทียบค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยสถิติ Dependent *t*-test (N = 25)

พฤติกรรมป้องกันภาวะ เบาหวานขณะตั้งครรภ์	ก่อน		หลัง		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i> (1-tailed)
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
กลุ่มทดลอง	12.75	1.72	16.96	1.02	12.03	24	.000
กลุ่มควบคุม	12.28	2.01	12.60	1.32	1.14	24	.268

จากตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 12.75 ($SD = 1.72$) ใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุมเท่ากับ 12.28 ($SD = 2.01$) และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์สูงขึ้นเท่ากับ 16.96 ($SD = 1.02$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย 12.60 ($SD = 1.32$)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t_{24} = 12.03, p < .001$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 5 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยสถิติ Independent *t* - test (N=50)

พฤติกรรมป้องกันภาวะ เบาหวานขณะตั้งครรภ์	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		<i>M</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P-value</i> (1-tailed)
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
ก่อนเข้าร่วม	12.75	1.72	12.28	2.01	0.47	.83	48	.410
หลังเข้าร่วม	16.96	1.02	12.60	1.32	4.36	13.05	48	.000

จากตาราง 5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๑ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ไม่แตกต่างกัน และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๑ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t_{48}=13.05, p < .001$)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือ ภายหลังได้รับโปรแกรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความความตั้งใจในการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($t_{24} = 7.49, p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t_{48} = 7.53, p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ๑ ($t_{24} = 12.03, p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t_{48} = 13.05, p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน ($Z = -.11, p = .92$) จึงกล่าวได้ว่าการศึกษานี้มีความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า โปรแกรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) ประกอบด้วย 2 ตัวแปร ได้แก่ 1) การรับรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรมของตนเองหรือเชื่อว่าตนเองสามารถแสดงพฤติกรรมในทิศทางที่เหมาะสมได้ (Perceived-Behavioral-Control) และ 2) การคล้อยตามคนรอบข้างเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม (Subjective norm) มีผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อันนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพตามที่ตั้งใจ ดังนี้

1. ความตั้งใจในการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จากกระบวนการของโปรแกรม ๑ โดยให้หญิงตั้งครรภ์และสมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยมีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานเล่าประสบการณ์และพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์โดยใช้คู่มือประกอบเพื่อให้มีความรู้ที่ถูกต้อง และสามารถประเมินตนเองถึงความเสี่ยง และความสามารถในการเลือกปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ จากนั้นสอบถามความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความคล้อยตาม และมีความตั้งใจในพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกายที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การให้ความรู้ที่ถูกต้องในมารดาช่วยร่นหลังคลอดเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และให้บุคคลใกล้ชิดบอกถึงความคาดหวังในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาช่วยร่นเพื่อให้เกิดการคล้อยตาม มีผลต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงขึ้น (Sreepetch & Kala, 2022) และการส่งเสริมพฤติกรรม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ผ่านกระบวนการให้บุคคลอ้างอิงอธิบายความรู้สึกเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาหลังผ่าตัดคลอด สามีและให้หญิงตั้งครรภ์ฝึกปฏิบัติทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ส่งผลต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมสูงขึ้น (Chairat & Kala, 2022)

2. พฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จากกระบวนการของโปรแกรม ๑ ที่ประยุกต์จากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีความตั้งใจในการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์สูงขึ้น และมีพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมมากขึ้น จากการวิเคราะห์พฤติกรรมรายข้อพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารจุกจิก อาหารที่มีไขมันสูง เครื่องดื่มที่มีรสหวานลดลง และรับประทานอาหารประเภทข้าว แป้งไม่ขัดสีเพิ่มขึ้น ตลอดจนออกกำลังกาย ขยับเคลื่อนไหวร่างกายเพิ่มขึ้น ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับคำแนะนำในการควบคุมการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ให้เป็นไปตามเกณฑ์ในหญิงตั้งครรภ์น้ำหนักเกินหรืออ้วนของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (Bureau of Nutrition, Department of Health Ministry of Public Health, 2015) ที่แนะนำให้หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมัน และน้ำตาลสูง ลดการสะสมของพลังงานที่เกินความจำเป็นของร่างกาย ร่วมกับการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ตามคำแนะนำของ American College of Obstetricians and

Gynecologists (2020) ที่แนะนำให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลาครั้งละ 30-60 นาที/วัน เพื่อนำพลังงานที่ได้รับจากการรับประทานอาหารไปใช้เกิดความสุขของร่างกายลดปัจจัยของการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (American Diabetes Association, 2018)

จากการศึกษาจึงสรุปได้ว่าโปรแกรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) โดยให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นบุคคลอ้างอิงร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์และพฤติกรรมที่ผ่านมา ร่วมกับการทบทวนความรู้จากคู่มือป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ประเมินความสามารถของตนเองในการเลือกพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสม และการให้สมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมและบอกความคาดหวังที่มีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความคล้อยตาม และมีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ นำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม

การนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลแผนกฝากครรภ์สามารถนำโปรแกรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ไปใช้ในดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ให้มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อันนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่อสุขภาพของมารดาและทารกต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาติดตามระยะยาว เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนก่อนการตั้งครรภ์ถึงการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ชนิดของการคลอด และภาวะเบาหวานหลังคลอด

References

- Abdi, J., Eftekhari, H., Mahmoodi, M., Shojayzadeh, D., Sadeghi, R., & Saber, M. (2015). Effect of the Intervention Based on New Communication Technologies and the Social-Cognitive Theory on the Weight Control of the Employees with Overweight and Obesity. *Journal of Research in Health Sciences*, 15(4), 256–261.
- Ajzen, I. (1991). Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior & Human Decision Processes*, 50(2), 179–202.
- Al-Hakmani, F. M., Al-Fadhil, F. A., Al-Balushi, L. H., Al-Harthi, N. A., Al-Bahri, Z. A., Al-Rawahi, N. A., et al. (2016). The Effect of Obesity on Pregnancy and Its Outcome in the Population of Oman, Seeb Province. *Oman Medical Journal*, 31(1), 12–17.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. Committee Opinion No. 804. *Obstetrics & Gynecology*, 135(4), 178–188.
- American Diabetes Association. (2018). Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes 2018. *Diabetes Care*, 41(1), 13–27.
- Antenatal Care Unit Jainad Narendra Hospital. (2019). *Antenatal Registration*. Chainat: Jainad Narendra hospital. (in Thai)

- Bureau of Nutrition, Department of Health Ministry of Public Health. (2015). *Guidelines for the Implementation of Nutritional Health Promotion in the Antenatal Clinic For Health Personnal*. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His majesty the King Printing Business Office. (in Thai)
- Chairat, N. & Kala, S. (2022). Intention of Breastfeeding among Mothers with Cesarean Section: The Effects of a Nursing Program Based on the Planned Behavior Theory. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 9(1), 121-134. (in Thai)
- Garshasbi, A., Faghihzadeh, S., Naghizadeh, M. M. & Ghavam, M. (2008). Prevalence and Risk Factors for Gestational Diabetes Mellitus in Tehran. *Journal Family Reprod Health*, 2(2), 75-80.
- Genova, M., Todorova-Ananieva, K. & Tzatchev, K. (2013). Impact of Body Mass Index on Insulin sensitivity/Resistance in Pregnant Women with and Without Gestational Diabetes Mellitus. *Acta Medica Bulgarica*. 40(2), 60-67.
- Glass, G. V. (1996). Primary, Secondary, and Meta-Analysis of Research. *Educational Researcher*, 5(10), 3-8.
- International Diabetes Federation. (2017). *The IDF Appropriate for Care and Management of Gestational Diabetes Mellitus*. Retrieved November 3, 2022 from <http://www.idf.org/wings>.
- International Weight Management in Pregnancy (i-WIP) Collaborative Group (2017). Effect of Diet and Physical Activity Based Interventions in Pregnancy on Gestational Weight Gain and Pregnancy Outcomes: Meta-Analysis of Individual Participant Data from Randomised Trials. *The British Medical Journal (Clinical Research ed.)*, 358, j3119. <https://doi.org/10.1136/bmj.j3119>
- Krungsaenmuang, T. & Wattananukulkiat, S. (2021). The Effects of a Health Behavior Promotion Program on Gestational Diabetes Mellitus Among Pregnant Women with Potential Risks. *Journal of Health and Nursing Education*, 27(1), 106-121. (in Thai)
- Lee, K. W., Ching, S. M., Ramachandran, V., Yee, A., Hoo, F. K. & Chia, Y. C., et.al., (2018). Prevalence and Risk Factors of Gestational Diabetes Mellitus in Asia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Biomed Central Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1-20.
- Limruangrong, P., Boriboonhirunsarn, D., Puangsricharern, A. & Pinitlertsakun, O. (2016). Factors Influencing the Occurrence of Gestational Diabetes Mellitus in Pregnant Women with Abnormal. *Journal of Nursing Science*, 34(2), 58-69. (in Thai)
- Malek, L., Umberger, W. J., Makrides, M. & ShaoJia, Z. (2017). Predicting Healthy Eating Intention and Adherence to Dietary Recommendations During Pregnancy in Australia Using the Theory of Planned Behaviour. *Science Direct*, 116(1), 431-441.
- Polit, D. E. & Beck, C. T. (2006). *Essentials of Nursing Research*. (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Singwongsa, A. & Boriboonhirunsarn, D. (2016). Incidence and Associated Factors of Gestational Diabetes Mellitus Diagnosed During 24-28 Weeks of Gestation. *Thai Journal of Obstetrics and Gynecology*, 24(3), 184-192. (In Thai)
- Sreepetch, S. & Kala, S. (2022). The Effects of a Nursing Program Applying the Theory of Planned Behavior on the Intention of Breastfeeding among Postpartum Teenage Mothers. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 9(2), 26-39. (in Thai)

Sui, Z., Grivell, R. M. & Dodd, J. M. (2012). Antenatal Exercise to Improve Outcomes In Overweight or Obese Women: a Systematic Review. *Acta Obstetrical et Gynecological Scandinavica*, 91(5), 538-545.

ประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือด
ด้วยเครื่องไตเทียมในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19
End Stage Renal Disease (ESRD): Experiences of Patients
Receiving Hemodialysis During Covid-19 Pandemic

กิตติรา หนูวิลัย^{1*}, กันตพร ยอดไชย², วราภรณ์ คงสุวรรณ²

Krittra Noowilai^{1*}, Kantaporn Yodchai², Waraporn Kongsuwan²

หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์^{1*}, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์²
Medical Intensive Care Unit, Songklanagarind Hospital^{1*}, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University²

(Received: March 30, 2022; Revised: April 26, 2023; Accepted: May 11, 2023)

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้ความหมายของประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 11 ราย เก็บข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของโคไลซี และสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามเกณฑ์ของลินคอล์นและคูบา ผลการวิจัยพบว่า

ประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 สรุปได้เป็น 7 ประเด็นหลัก คือ 1) ไม่สบายจากการลดยาฟอกเลือด 2) กลัวติดเชื้อโควิด-19 เนื่องจากเป็นโรคกลุ่มเสี่ยง 3) ยากลำบากในการเข้ารับการฟอกเลือด 4) ใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการป้องกันการติดเชื้อ 5) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้อยู่รอดในช่วงโควิด-19 6) ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวมากขึ้น และ 7) เตรียมใจพร้อมรับหากต้องติดเชื้อโควิด-19 จากการไปฟอกไต

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสะท้อนประสบการณ์ที่เป็นผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ต่อภาวะสุขภาพร่างกาย จิตใจ การดำเนินชีวิต และด้านเศรษฐกิจ รวมถึงการจัดการตนเอง และแรงสนับสนุนที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวภายใต้สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ที่เกิดขึ้น ผลการศึกษาสามารถเป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเกิดความปลอดภัยภายใต้สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ที่ยังคงอยู่ หรือเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยหากเกิดโรคอุบัติใหม่ในอนาคตได้

คำสำคัญ: โควิด-19, โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย, การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม, ประสบการณ์ชีวิต

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kantaporn.y@psu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 089-4649319)



Abstract

This study aimed to describe and explain the experiences of 11 end stage renal disease (ESRD) patients receiving hemodialysis (HD) during the Covid-19 pandemic situation. The descriptive phenomenological qualitative approach was used to conduct the study. Data were collected by using individual in-depth interviews. Colaizzi's method was used to analyze the results. Trustworthiness was established by following Lincoln and Guba's criteria.

The results showed 7 thematic categories detailing the meaning of experience of ESRD patients receiving HD during Covid-19 pandemic: 1) feeling discomfort related to reducing HD rounds, 2) feeling afraid of Covid-19 infection and being in a higher-risk group, 3) encountering difficulties in accessing to HD, 4) spending a large amount of money to prevent infection, 5) changing behaviors to be safe from Covid-19, 6) receiving higher family support, and 7) preparing mentally if infected due to undergoing HD.

ESRD patients receiving HD reflected on their experience as the impact of the Covid-19 pandemic situation on their health, physical, and mental wellbeing, lifestyle and economic situation including self-management and support that helped patients adapt to the Covid-19 pandemic. The study finding can be used to further develop nursing guidelines to support ESRD patients receiving HD a pandemic event or other emerging epidemics in the future.

Keyword: Covid-19 Pandemic, End Stage Renal Disease, ESRD, Hemodialysis, Live Experiences

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ได้ถูกประกาศจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ให้เป็นโรคระบาดใหญ่ (Pandemic) ในเดือนธันวาคม 2562 การระบาดเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในเดือน ธันวาคม 2565 มีรายงานผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แล้ว จำนวนมากกว่า 600 ล้านราย ใน 230 ประเทศทั่วโลก และมีผู้เสียชีวิตสูงถึง 6.6 ล้านราย (WHO, 2022) ในประเทศไทย พบรายงานผู้ป่วยติดเชื้อครั้งแรกในเดือนมกราคม 2563 สถานการณ์การระบาดที่ยาวนานกว่า 2 ปีและไม่มีแนวโน้มว่าสิ้นสุดลงเนื่องจากยังคงมีการกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัสอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ขณะนี้ประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมแล้วจำนวน 4 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตมากถึง 2 หมื่นราย (Division of Communicable Diseases, 2021) สาเหตุของการเสียชีวิตเกิดจากการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันที่มีอาการรุนแรง (Huang, Wang, Li, Ren, Zhao, Hu, et al., 2020) โดยอัตราการตายของผู้ติดเชื้ออยู่ที่ร้อยละ 1.4–3.6 (Guan, Ni, Hu, Liang, Ou, He, et al., 2020) ซึ่งการติดเชื้อโควิด-19 สามารถพบได้ทุกวัย แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่มีภาวะล้มเหลวเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่จะส่งผลให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Adult Respiratory Distress Syndrome: ARDS) และเสียชีวิตได้ (Wu, Chen, Cai, Xia, Zhou, Xu, et al., 2020) ซึ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ ที่มีทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน (Syed-Ahmed & Narayanan, 2019) จึงมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโควิด-19 และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาได้

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกรวมทั้งในประเทศไทย จากข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563 พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้งสิ้น จำนวน 170,774 ราย แยกเป็นผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 34,467 ราย ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 129,724 ราย (The Nephrology Society of Thailand, 2020) ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ที่เกิดขึ้น พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง (Sánchez-Alvarez, Macía, & de Sequera Ortiz, 2020) เนื่องจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องนั้น ผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตนเองที่บ้าน แตกต่างกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ผู้ป่วยต้องเดินทางมาโรงพยาบาลซึ่งเป็น

พื้นที่มีความแออัดและมีผู้ป่วยติดเชื้อเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดยังส่งผลกระทบต่อระบบบริการด้านสาธารณสุขและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคไต โดยพบว่า มีการแยกศูนย์ล้างไตสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันการติดเชื้อโควิด-19 (Alberici, Delbarba, Manenti, Econimo, Valerio, Pola et al., 2020) และยังให้มีการปรับลดจำนวนครั้งของการล้างไตลง (Rubin, 2020) ซึ่งสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยได้ประกาศใช้แนวทางลดจำนวนครั้งของการล้างไต เป็นหนึ่งในแนวทางเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อเช่นเดียวกัน (The Nephrology Society of Thailand, 2020) ทั้งนี้ การลดจำนวนครั้งของการล้างไตก็ไม่สามารถทำได้ในผู้ป่วยทุกราย เพราะอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจจากภาวะน้ำเกินได้ (Rubin, 2020) นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคไตยังได้รับผลกระทบจากระบบขนส่งสาธารณะที่หยุดชะงักจากมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมและการปิดเมือง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถไปล้างไตที่ศูนย์ล้างไตซึ่งอยู่ในพื้นที่ห่างไกลได้ (Ramachandran & Jha, 2020)

ผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทั้งจากความเสี่ยงของโควิด-19 ที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก มาตรการลดการแพร่ระบาดของเชื้อที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและการให้บริการทางด้านสาธารณสุข รวมถึงการรายงานสถานการณ์ประจำวันที่มีการเพิ่มขึ้นของผู้ติดเชื้อที่ส่งผลกระทบต่อความเชื่อและความกลัวของบุคคล ทำให้บุคคลต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้สามารถอยู่กับสถานการณ์การระบาดที่เกิดขึ้นได้ เช่น การสวมใส่หน้ากากอนามัยของประชาชน การรับประทานที่มีประโยชน์ใส่ใจสุขภาพมากขึ้น หรือการปิดรับข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ เพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวล เป็นต้น (Kittinaraporn, 2021; Wongmonthar, 2021) แต่ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีความเจ็บป่วยที่ต้องพึ่งพาการรักษา การเปลี่ยนแปลงย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ทั้งการลดจำนวนครั้งของการล้างไตที่ทำให้ผู้ป่วยต้องจำกัดปริมาณน้ำ และอาหารอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน ซึ่งความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปนั้น จะแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ ความเชื่อ ความต้องการ และแรงสนับสนุนทางสังคมของแต่ละบุคคล (Yodchai, 2019; Yodchai, Dunning, Savage, Hutchinson, & Oumtane, 2014)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบจากการระบาดของโควิด-19 ต่อการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hussein, 2020) รวมถึงแนวปฏิบัติการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อและมาตรการลดการสัมผัสเชื้อโควิด-19 (Kliger & Silberzweig, 2020; Mokrzycki & Coco, 2020; Rubin, 2020; Watnick & McNamara, 2020) การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในประเทศแคนาดา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับผลกระทบในการให้บริการฟอกเลือด แต่มีความรู้สึกทางลบกับการต้องเปลี่ยนแปลงตารางการฟอกเลือด (Malo, Affdal, Blum, Ballesteros, Beaubien-Souligny, Caron et al., 2022) อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างของบริบททางสังคม วัฒนธรรม วิธีการดำเนินชีวิต รวมถึงมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดที่เกิดขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อรับรู้และประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ในการศึกษาวิจัยประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานการณ์โควิด-19 ครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยายของฮัสเซิร์ล (Husserlian Phenomenology) เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้และมุมมองที่แท้จริงจากประสบการณ์ตรงของผู้ป่วย โดยองค์ความรู้ที่ได้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิต สภาพความต้องการของผู้ป่วยในสถานการณ์การระบาดที่ยังคงดำเนินอยู่ และนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ต้องเผชิญสถานการณ์โรคอุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่ออธิบายและบรรยายประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยายของฮัสเซิร์ล (Husserlian Phenomenology) เพื่อทำความเข้าใจความหมายที่แท้จริง หรือแก่นแท้ของประสบการณ์ที่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ได้รับ การจะได้มาซึ่งแก่นแท้ของประสบการณ์ที่ศึกษา ผู้วิจัยต้องทำตัวให้ปราศจากอคติ ปลดปล่อยความเชื่อ ข้อสมมติฐาน หรือแนวคิดทฤษฎีไว้ (Bracketing) แล้วพิจารณาประสบการณ์นั้น ๆ ตามที่ปรากฏในการรับรู้ของผู้ที่ประสบเท่านั้น (Dowling, 2007)

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาของฮัสเซิร์ล (Husserlian Phenomenology) ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2564

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ผู้ป่วยนอก) และมีประสบการณ์การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป 2) อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีขึ้นไป 3) สามารถพูดคุยและสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ 4) ยินดีที่จะเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย เกณฑ์การคัดออกคือ 1) ผู้ให้ข้อมูลย้ายไปรับการรักษาที่สถานบริการอื่น ๆ และ 2) ผู้ให้ข้อมูลเสียชีวิตในระหว่างการเก็บข้อมูลไม่เสร็จสิ้น ผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูลเมื่อข้อมูลมีความเพียงพอที่จำนวนผู้ให้ข้อมูล 11 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพตัวผู้วิจัยถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนั้น ผู้วิจัยต้องเตรียมพร้อมทั้งด้านความรู้โดยศึกษาจากตำราวิชาการ และฝึกทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการฝึกสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับอาจารย์ที่ปรึกษา และทำการศึกษาเรียนรู้กับผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด เพื่อฝึกทักษะการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และฝึกการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนการเก็บข้อมูลจริง และแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยา ประกอบด้วยแนวคำถามหลัก ได้แก่ กรุณาเล่าประสบการณ์ขณะที่ท่านมาฟอกเลือดที่โรงพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ท่านคิดหรือรู้สึกอย่างไรต่อสถานการณ์ที่ต้องเผชิญและมีการป้องกันดูแลตนเองอย่างไร โดยสามารถขยายแนวคำถามเป็นคำถามย่อย เพื่อให้ได้คำตอบที่ครอบคลุมและลึกซึ้งยิ่งขึ้น และเครื่องมือประกอบการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลภาคสนาม เครื่องบันทึกเสียง และสมุดบันทึกรายละเอียดและการตอบสนองของผู้ให้ข้อมูลในระหว่างการสัมภาษณ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแนวคำถามที่ได้สร้างขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 2 ราย จากนั้นปรับแนวคำถามตามผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เป็นภาษาที่เข้าใจง่าย และตรวจสอบแนวคำถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญการวิจัยเชิงคุณภาพ และทางด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไตจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลไตเทียม ซึ่งเป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 1 ท่าน หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิไปปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ โดยขอความร่วมมือจากหัวหน้าศูนย์ไตเทียมหรือตัวแทนพยาบาลประจำศูนย์ไตเทียมที่ได้รับมอบหมาย ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนด และเป็นผู้ติดต่อกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อแนะนำผู้วิจัย รวมทั้งขออนุญาตให้ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อกับผู้ให้ข้อมูลเพื่ออธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัยเพิ่มเติม ผู้วิจัยติดต่อผู้ให้ข้อมูลเพื่อสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมวิจัยทางโทรศัพท์

เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดต่อผู้ให้ข้อมูลพร้อมนัดหมายวันและเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นรายบุคคลโดยใช้คำถามปลายเปิด ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาทีต่อครั้ง ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยทำการบันทึกเสียง จับประเด็นสำคัญ และจดบันทึกสรุป ก่อนยุติการสัมภาษณ์ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ให้ผู้ให้ข้อมูลฟังเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน จากนั้น ผู้วิจัยทำการถอดเทปบันทึกเสียง และนำข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์มาตรวจสอบ พร้อมวางแผนการเก็บข้อมูลเจาะลึกในบางประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน โดยการตั้งคำถามเพิ่มเติมในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป โดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที โดยผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายจะได้รับการสัมภาษณ์อย่างน้อย 2 ครั้ง หรือเมื่อข้อมูลมีความเพียงพอครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา และสามารถตอบคำถามการวิจัยได้อย่างสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้วิธีการของโคไลซี (Colaizzi) (Shosha, 2012) ซึ่งจะมีการวิเคราะห์ข้อมูลในขณะที่เก็บข้อมูล และภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในผู้ป่วยแต่ละราย โดยทำการถอดเทปหรือเรียงถ้อยคำจากการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ จากนั้นผู้วิจัยอ่านทำความเข้าใจข้อมูลทั้งหมดในภาพรวม พร้อมดึงข้อมูลกลุ่มคำ ประโยค หรือประเด็นสำคัญที่บ่งบอกถึงปรากฏการณ์นั้นออกมาแล้วให้ความหมายหรือให้รหัส (Coding) จากนั้น จัดหมวดหมู่ข้อความเขียนเป็นประเด็นหลัก (Themes) ประเด็นรอง (Sub Themes) โดยให้คำอธิบายประกอบ มีการอ้างอิงไปสู่บทสัมภาษณ์ต้นฉบับเพื่อตรวจสอบความเชื่อถือได้ (Validity) และยืนยันความสอดคล้อง (Confirming Consistency) ระหว่างข้อสรุปของนักวิจัยกับประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล และเขียนพรรณนาเชื่อมโยงผลการศึกษาที่ปรากฏ การอธิบายประกอบด้วย การใช้รหัสข้อมูล การเปรียบเทียบหัวข้อต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความสอดคล้องของประเด็น ทำการอ้างอิงตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลเพื่อความชัดเจน และเพิ่มความแม่นยำของการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการนำผลการวิจัยกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องและปรับเปลี่ยนข้อค้นพบ (Essences) ตามที่ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่า โดยภายหลังจากการสัมภาษณ์เสร็จสิ้น ผู้วิจัยนำผลการศึกษากลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบโดยการส่งเป็นเอกสารกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลอ่านและโทรศัพท์กลับไปสอบถาม พบว่าไม่มีข้อคิดเห็นเพิ่มเติมจากผู้ให้ข้อมูล

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการตรวจสอบน่าเชื่อถือของข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Trustworthiness of Qualitative Research) ของลินคอล์นและกูบา (Lincoln & Guba, 1985) ดังนี้ 1) ความน่าเชื่อถือได้ (Credibility) โดยก่อนยุติการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งให้ผู้ให้ข้อมูลฟัง (Member Check) เพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน และมีการบันทึกข้อมูลภาคสนาม (Field Notes) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล 2) ความสามารถถ่ายย้ายไปใช้ได้ (Transferability) ผู้วิจัยได้บรรยายบริบทที่ทำการศึกษา และอธิบายประสบการณ์ที่ศึกษาอย่างชัดเจน ครอบคลุม และครบถ้วน เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถพิจารณาตัดสินในการนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในบริบทที่คล้ายคลึงกันได้ 3) ความสามารถยืนยันว่าไม่เปลี่ยนแปลง (Conformability) ผู้วิจัยทำการบันทึกแหล่งข้อมูลแยกเป็นแฟ้มข้อมูลแต่ละราย และจัดเก็บไว้อย่างเป็นระบบ โดยไม่มีการลบข้อมูลหรือบันทึกซ้ำ และผู้วิจัยเขียนบันทึกส่วนตัว (Memos) เพื่อสะท้อนมุมมองของผู้วิจัยต่อข้อมูลหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย ซึ่งจะช่วยลดความลำเอียงในการแปลความหมาย และสามารถแยกแยะความคิดของผู้วิจัยออกจากความคิดหรือความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล 4) ความไว้วางใจได้ (Dependability) ผู้วิจัยให้อาจารย์ที่ปรึกษาทั้ง 2 ท่าน ตรวจสอบกระบวนการวิจัยตั้งแต่วิธีการวิจัย แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ การดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษาที่ได้ผ่านการตรวจสอบและมีความเห็นที่สอดคล้องกัน

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยคณะพยาบาลศาสด์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ PSU IRB 2021-St-Nur-012 และผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยโรงพยาบาลที่ทำการศึกษ เลขที่ ยล 0032.102/18904 วันที่ 6 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลจากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 11 ราย มีคุณลักษณะ คือ เพศหญิง จำนวน 7 ราย เพศชาย 4 ราย มีอายุระหว่าง 32-66 ปี นับถือศาสนาพุทธ 7 ราย และศาสนาอิสลาม 4 ราย มีสถานภาพสมรส 9 ราย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวมีญาติคอยช่วยเหลือดูแล 10 ราย อาศัยอยู่คนเดียว 1 ราย และมีประสบการณ์การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอยู่ระหว่าง 1 ถึง 17 ปี พบประวัติโรคประจำตัวอื่นๆ ที่พบร่วมกับโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9 ราย รองลงมาคือ โรคเบาหวาน จำนวน 5 ราย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ฟอกเลือด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 9 ราย เคยมีประสบการณ์ฟอกเลือดฉุกเฉินในโรงพยาบาลจากภาวะน้ำท่วมปอด 3 ราย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เดินทางไปฟอกเลือดโดยรถส่วนตัว จำนวน 9 ราย รถสาธารณะ 2 ราย ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ผู้ให้ข้อมูลใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อโดยสวมหน้ากากอนามัยทุกราย ใส่หน้ากากกันละอองน้ำ (Face Shield) และพกพาแอลกอฮอล์เจลล้างมือ (Alcohol Gel) 10 ราย ผู้ให้ข้อมูล 9 ราย เคยลดยาลดฟอกเลือดจาก 3 ครั้ง เหลือ 2 ครั้ง/สัปดาห์ และผู้ให้ข้อมูล 3 ราย เคยเป็นกลุ่มเสี่ยงสัมผัสผู้ติดเชื้อโควิด-19

2. ประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ผลการศึกษา พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนความหมายของประสบการณ์การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 สรุปได้เป็น 7 ประเด็นหลัก ดังนี้

2.1 ไม่สุขสบายจากการลดรอบฟอกเลือด ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงผลกระทบต่อร่างกาย จากการที่ต้องปรับลดรอบฟอกเลือดลงจาก 3 ครั้ง เหลือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงสัมผัสผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 หรือลดรอบเองเพราะกลัวที่จะต้องเดินทางไปโรงพยาบาล ทำให้มีอาการเหนื่อยง่าย อึดอัด มีอาการคันตามร่างกาย และรู้สึกอ่อนเพลียง่าย ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังตัวอย่างคำกล่าว

“เคยฟอกลดลง 2 รอบ แค่อาทิตย์นึง ผมไม่ไหว ผมเลยขอพยาบาล ว่าผมขอฟอก 3 รอบเถอะผมไม่ไหว มันเหนื่อย หอบ มันเพลีย เดินเหินนี่ไม่สะดวก เดินประมาณไม่ถึง 3 เมตร ก็เหนื่อยแล้ว...ก็ค้างอยู่ประมาณทีละ 2-3 กิโลกรัม” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ตอนฟอกสองรอบ รู้สึกว่าแน่นท้อง...พอโควิดไม่เยอะแล้วก็ขอฟอกสามรอบอีก เพราะว่าอยู่บ้านมันคันข้างหลัง อยู่ ๆ ก็คัน เวลานอนก็คัน เพราะว่าของเสียเยอะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

นอกจากนี้ เมื่อต้องลดรอบฟอกเลือด ส่งผลให้มีน้ำหนักเกินเพิ่มมากขึ้น การฟอกเลือดในรอบต่อไปจึงต้องดื่มน้ำมากกว่าการฟอกในรอบปกติถึง 2 เท่า ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดอาการอ่อนเพลียมาก ดังตัวอย่างคำกล่าว

“วันที่หมอให้หยุดฟอก พอไปฟอกเขาเติมน้ำสีก็โผล่เลย มันเพลีย มันเยอะ ที่จริงไปฟอกดื่มน้ำก็โลกว่าสองกิโลแบบนี้ อาทิตย์หนึ่งฟอกสามครั้ง ไปวันนั้นสีก็โผล่เลยเพลียเลย...ดื่มน้ำเยอะภายในสี่ชั่วโมงมันเหนื่อย ถ้าหลายกิโลไปฟอกเราจะเหนื่อย ถ้าเกินสามกิโลฟอกแล้วกลับมาเราจะเพลีย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

“ต้องกักตัว มาฟอกวันจันทร์ไปฟอกอีกที่วันศุกร์ ก็ห้าวัน ตอนไปฟอกน้ำหนัก 43.4 ค่ะ ก็ดื่มน้ำสีก็โลกว่าปกติก็สองกิโลกว่าเองค่ะ วันนั้นตอนฟอกก็ไม่มีอาการ พอหลังฟอกก็จุกค่ะ รู้สึกจะเป็นลม” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

2.2 กลัวติดเชื้อโควิด-19 เนื่องจากเป็นโรคกลุ่มเสี่ยง ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความรู้สึกกลัวว่าจะมีโอกาสติดเชื้อโควิด-19 เนื่องจากทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อได้ง่าย และได้มีโอกาสได้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่ไปฟอกเลือดในรอบเดียวกัน ดังตัวอย่างคำกล่าว

“เราทราบว่าเราป่วยโรคนี้ เราก็มีโอกาสรับเชื้อ แล้วมันเป็นความเสี่ยงที่เรามากกว่าคนปกติทั่วไป เราทราบว่าเราป่วยอยู่ เราเป็นโรคเรื้อรัง เพราะว่าด้วยภาวะที่เราเมื่อน้ำเกินอะไรพวกนี้ แล้วเชื้อโควิดมันก็มีปัญหาเกี่ยวกับปอดโดยตรง พี่ว่ามันก็น่ากลัวอยู่ถ้าเกิดเราติดเชื้อขึ้นมามันจะมีผลกระทบมากมายแค่ไหนกับเรา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ก็รู้สึกเครียดกลัวเป็นโควิด กลัวติดเชื้อ โดนสอบสวนตั้งสองครั้ง วันนั้นวันจันทร์ ไปฟอกแล้วพี่เขาติดเชื้อโควิด [ผู้รับบริการในวันเดียวกัน] เราก็กังวลแหละ กลัวว่าจะติดเชื้อโควิด พยาบาลก็โทรมาบอกว่าให้กักตัวเลย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลยังสะท้อนความรู้สึกกังวลที่จะต้องใช้สถานที่ฟอกเลือดเดียวกันกับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 เนื่องจากกลัวว่าจะเกิดการแพร่กระจายเชื้อ และอยากให้มีการแยกสถานที่ฟอกเลือดผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ออกจากผู้ป่วยที่มาฟอกเลือดตามปกติ ดังตัวอย่างคำกล่าว

“อยากให้เขาเปลี่ยนให้มันเป็นสัดส่วน โควิดก็เอาไปอยู่สักห้อง คือเราป้องกันตัวเองแล้ว เราเข้มงวดแล้ว แต่ว่าที่เราหลีกเลี่ยงไม่ได้ ก็เพราะต้องไปฟอกวันเดียวกับเขาแหละ ถึงพยาบาลจะห่อหุ้มคลุมเครื่องมือ ใส่เสื้อ แต่เชื้อโรคตัวมันไม่ใหญ่ ไม่รู้มันเกาะติดอยู่ตรงไหน คือเขาก็เช็ด เขาทำความสะอาดเราก็ยอมรับ แต่วามันก็ยังเสี่ยง ถ้าเราได้แยกห้อง แยกเตียง มันก็สบายใจกว่า” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

2.3 ยากลำบากในการเข้ารับการฟอกเลือด ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้การเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีความยากลำบากมากขึ้น โดยเฉพาะกระบวนการคัดกรอง และการจัดเตรียมห้องฟอกเลือดใหม่หลังจากให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่เข้าฟอกเลือดในรอบสุดท้ายของวันก่อนหน้า ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลต้องรอคอยก่อนเข้าฟอกเลือดนานขึ้น ดังตัวอย่างคำกล่าว

“ตอนนี้ก็ลำบากเพราะว่าที่ฟอกเลือดเขาเปิดสาย ๆ ค่ะ เขาเข้มงวดทุกอย่างเลย ธรรมดาแปดโมงก็ได้ฟอก เดียวนี้เก้าโมง เขาตรวจละเอียดค่ะ ทำให้เวลาฟอกนานขึ้น บางทีเราก็นั่งหิวข้าวค่ะ ธรรมดาฟอกเสร็จตอนเที่ยงก็ได้กิน นี่เสร็จเกือบบ่ายสอง ทำให้หิวข้าว” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“คือระบบเวลาเข้าโรงพยาบาลมันยุ่งยาก ถ้ามื้อนี้ต้องเข้าคิว ต้องรอ กว่าจะได้เข้าต้องผ่านด่านสองด่าน ถ้าวินไหนคนเยอะ ด่านแรกก็ยืนเข้าคิวยาว พอเข้ามาถึงไปด่านที่สองอีก ก็ต้องเผื่อเวลาจะเข้าในโรงพยาบาลตรงจุดคัดกรองค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

ผู้ให้ข้อมูลที่มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด สะท้อนความยากลำบากของการเดินทางข้ามจังหวัดเพื่อมาฟอกเลือดที่โรงพยาบาล โดยต้องผ่านด่านตรวจคัดกรองระหว่างจังหวัด ทำให้ต้องเผื่อเวลาในการเดินทางมากขึ้น ดังตัวอย่างคำกล่าว

“ช่วงโควิดเราก็กินลำบากนิดนึง พอติเราได้ออกนอกบ้าน ก็ต้องตื่นตั้งแต่ตีสี่ครึ่งไปเดินครึ่งชั่วโมงออกกำลังกาย พอตีห้าก็กลับมาอาบน้ำแต่งตัวก็หกโมง แล้วก็ขับรถออกจากบ้านไป บางครั้งก็ต้องอ้อมออกไปทางที่ทหารตรวจอยู่ มันก็ช้าต้องไปรอคิวอยู่พักนึง...ก็เผื่อเวลาเยอะอยู่ครับ เพราะมันต้องอ้อมออกไปหลายกิโลกว่าจะไปถึงโรงพยาบาล” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

2.4 ใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการป้องกันการติดเชื้อ ผู้ให้ข้อมูลมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการต้องซื้ออุปกรณ์ป้องกันตนเอง ในขณะที่อุปกรณ์ป้องกันตัว เช่น หน้ากากอนามัยมีราคาแพงขึ้น และหาซื้อได้ยาก ผู้ให้ข้อมูลบางรายใช้วิธีการซักหน้ากากอนามัยแล้วนำกลับมาใช้ซ้ำ เนื่องจากยังเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องใช้เมื่อต้องไปฟอกเลือดที่โรงพยาบาล ดังตัวอย่างคำกล่าว

“ตอนแรก ๆ แอมสมันแพง แล้วต้องสั่งทางอินเทอร์เน็ต ต้องแย่งกัน พอไปซื้อที่ร้านขายยาเขาบอกว่าหมดเลยต้องสั่ง กล่องนึง 800-900 บาท ก็ต้องซื้อ เพราะเราต้องใช้ เราต้องไปโรงพยาบาลด้วย ป้องกันตัวเองไว้ก่อน บางทีดูจากโทรทัศน์ เขาก็บอกว่าแอมสที่ใช่แล้วทั้งนั้น จะเอาวนกลับมาใช้ซ้ำก็ไม่ได้ แต่ปีแรกๆ ที่โควิดมาใหม่ ๆ ก็จะใช้แอมส เพราะว่าแอมสมันแพง เอามาถึงก็ซัก อันนี้ซักอยู่ประมาณ 2-3 ครั้งค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“เรามีหน้ากากแบ่งขายก็ซื้อมาทีละ 10 บาท 20 บาท ก็ได้ 10 ชิ้น 15 ชิ้น แล้วแต่ร้าน บางทีใช้เสร็จแล้วก็ทิ้งเลย แต่ส่วนมากใช้เสร็จก็เก็บไว้แล้วก็ซักมาใช้ต่อ 2 ถึง 3 รอบ มันก็ยุ่ง บางครั้งถ้ามันยุ่งมากก็จะทิ้งเลย แต่ส่วนมากจะเก็บไว้ซักมากกว่า...สภาพมันก็ไม่เหมือนเดิมหรอก แต่เราจำเป็นต้องใช้มัน แล้วด้วยเงินที่จะซื้อไม่มี มีแต่ว่าไม่พอใช้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

2.5 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ปลอดภัยในช่วงโควิด-19 ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันตนเองเพื่อให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ โดยการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน การเว้นระยะห่างจากผู้คน เมื่อต้องไปฟอกเลือดที่โรงพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ดังตัวอย่างคำกล่าว

“เราก็พยายามหลีกเลี่ยงที่คนเยอะ ๆ น่าจะไปตั้งแต่เช้า คือรีบไปให้เร็ว แล้วก็ขึ้นไปนั่งรออยู่หน้าห้อง รอสองสามชั่วโมงก็ช่างหัวมัน ถ้ามาประตูเปิดด้านหน้ามีคนเยอะ ต้องเบียดเสียดกัน มันเสี่ยงกว่า ก็พยายามหลีกเลี่ยง จะไม่ค่อยคุยกับใคร ลิฟต์ก็ไม่ขึ้น ขึ้นบันได รวบบันไดนี้ไม่เคยจับเลยนะ น่าจะเดินขึ้นกลาง ที่ขึ้นบันไดคืออย่างน้อยเราก็ได้ออกกำลังกายไปในตัว สองก็คือเชื้อที่รวบบันไดกับกำแพง เราไม่ได้สัมผัสกับมัน คือคิดเอาไว้ในใจว่าจะปลอดภัยขึ้นมามาก ดีกว่าเราจะเดินลูบรวบบันได มันก็อาจจะติดเรามาได้ เราอาจจะมาสัมผัสกับแมสหรือว่าไปขี้น้ำ มันก็มีสิทธิ์เข้าไปได้ เพราะฉะนั้นเลยจะไม่จับอะไร” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ที่ว่าเราสามารถที่จะป้องกันตัวเราเองได้ เราต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต้องอยู่กับมันให้ได้ เพราะถ้าเราไม่ไปพอกก็ไม่ได้ เมื่อเราต้องไปก็ต้องเปลี่ยน ใส่แมส พกเจลแอลกอฮอล์ ใส่เฟซชีวค์” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

ผู้ให้ข้อมูลยังสะท้อนถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ในระหว่างที่ต้องลอรอบพอกเลือดจาก 3 ครั้ง เหลือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยการจำกัดน้ำและอาหารอย่างเคร่งครัดเพื่อไม่ให้ร่างกายถึงวันที่จะได้พอกเลือด ดังตัวอย่างคำกล่าว

“ต้องมาควบคุมอาหาร ควบคุมน้ำให้เยอะขึ้นกว่าเดิม เพราะว่าถ้าเราไม่ควบคุม น้ำหนักไปมากเกินไปถึงไม่หมด ความดันตก ของเสียก็ตกค้างก็ยิ่งหนักเข้าไปใหญ่ กินอย่างอื่นได้แต่อย่ากินน้ำเยอะ เพราะมันไม่มีปัสสาวะพอกน้ำก็ค้าง สะสม เลยกินให้น้อยที่สุด คือรวมแล้วไม่ให้เกินหนึ่งลิตรทั้งในอาหาร เวลาหิวน้ำก็ใช้หลอดดูดอย่างชดในแก้วในขวด ใช้หลอดเล็ก ๆ ดูดให้มันพอชุ่มในคอพอให้หายอยาก กินก็พยายามกินให้น้อยลง เชฟ ๆ สักนิด คมเข้มนิดนึง จากเมื่อก่อนเรากินไป ฟรุ้งน้ำพอก มันไม่ได้ เราต้องเผื่อว่าฟรุ้งน้ำไม่ได้พอก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลเพศชายวัย 48 ปี ที่นับถือศาสนาอิสลาม สะท้อนว่าได้นำวิธีการถือศีลอดตามแนวทางของศาสนาอิสลามมาใช้เพื่อคุมร่างกาย จากการที่ต้องลอรอบพอกเลือด โดยมองว่าเป็นโอกาสที่จะได้ทำบุญ ดังตัวอย่างคำกล่าว

“วันนี้พี่บวช [ถือศีลอด] เลยนะ เพราะรู้สึกว่าน้ำหนักเยอะมากพี่เลยบวช บวชก็คืออดข้าวเลย ในแง่ของศาสนาจะมีเป็นวันจันทร์ กับวันพฤหัสบดีที่เชื่อว่าถ้าเราบวชในวันจันทร์กับวันพฤหัสบดีเราจะได้บุญประมาณนี้ครับ มันเป็นการบวชที่ไม่ได้เป็นเชิงบังคับ รอมูฮอมนี่เป็นเชิงบังคับที่ทุกคนต้องบวช แต่ว่าช่วงจันทร์ พฤหัสเนี่ยขึ้นอยู่กับความสมัครใจ พี่ก็เลยรู้สึกว่าวิกฤตสำหรับพี่ มันเป็นวิกฤตที่เราต้องเลื่อนวันพอก มันเป็นโอกาสที่เราจะได้ทำบุญด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

2.6 ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 และมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต ส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ทั้งเรื่องการเดินทาง ค่าอาหาร และอุปกรณ์ป้องกันตัวเอง ดังตัวอย่างคำกล่าว

“ตอนแรกที่ยังไม่มีโควิดก็ขับรถมอเตอร์ไซด์มาเอง ก็ไปจอดรออยู่ข้างใน พอช่วงนี้มีโควิดก็ให้หลานไปส่ง คือที่จอดรถเขาไม่ให้เข้าข้างในแล้ว เขาให้จอดข้างนอก ถึงระยะทางการเดินมันก็ไกลอยู่ก็เลยกลัวมีปัญหา [เวียนหัวจะเป็นลม] ก็เลยให้หลานเข้ามาส่ง มารับข้างใน โรงพยาบาลเลย...คือตั้งแต่โควิดครั้งนี้ก็จะให้หลานไปส่งแล้ว ก็ไปรับตลอดเลย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“เมื่อก่อนเขาให้ผมอาทิตย์นึงพันสี่ ค่ารถค่ากิน...หลานสะใภ้ผมอยู่ในซอยนี้ เขาบอกว่าไม่ต้องซื้อนะแมส ใส่สองอันไปเลย เขาขายเองไม่ต้องซื้อ หลานเมียส่งมาให้เมื่อวาน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

“ช่วงโควิดนี้คือรถไฟไม่วิ่ง ก็เลยเปลี่ยนแผนมากับรถที่เขาไปส่งพนักงานบริษัท ก็ติดรถเขาไปตอนเช้า เขาไปส่งที่หน้าโรงพยาบาล พอตอนนั้นรถไฟกลับมาวิ่ง แต่แฟนก็ไม่ให้ขึ้นรถไฟก่อน แฟนก็บอกว่าเดี๋ยวไปรับไปส่งเอง คนติดเชื้อเยอะตอนนี่” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

2.7 เตรียมใจพร้อมรับหากต้องติดเชื้อโควิด-19 จากการไปพอกไต ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สะท้อนความรู้สึกว่า การไปพอกเลือดที่โรงพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 เป็นความเสี่ยงที่ตนเองไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เพราะถ้าไม่ไปพอกเลือดก็เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้เช่นเดียวกัน และได้เตรียมใจพร้อมรับหากจะต้องติดเชื้อโควิด-19 เพื่อจะได้ไม่ตกใจ หรือเสียใจหากเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นจริง ดังตัวอย่างคำกล่าว

“คือต้องไปพอก จะเสี่ยงจะอะไรก็ต้องไป เพราะถ้าไม่ไปเราก็เสี่ยง ไม่ไปคือตาย ถึงลำบากก็ต้องไป ต้องเอาชีวิตรอด เพราะถ้าไม่พอกมันไม่ได้...ลูจะไม่ค่อยเครียด คือทำใจไว้ตลอด ส่วนหนึ่งเราก็มั่นใจว่าแล้ว [ถ้าต้องติดเชื้อโควิด-19] ไม่ใช่ว่าไม่ป้องกัน คือป้องกันแต่ต้องทำใจด้วย เราต้องยอมรับ เพื่อสถานการณ์วันหนึ่งมันหลีกเลี่ยงไม่ได้ เราก็จะได้ไม่ตกใจ ไม่เสียใจอะไรมาก เพราะเราทำใจไว้แล้วใช้ไหม ว่าวันหนึ่งมันต้องถึงเรา [ต้องติดเชื้อโควิด-19]” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“จำเป็นต้องออกถึงว่าเสี่ยงก็ต้องออกเพื่อชีวิต ถ้าเราไม่ไปก็มีพิษเราแฝงอยู่ที่โรคนี้แหละ ธรรมดาไม่พอกไม่ได้ โรคอื่นไปไหนมาไหนได้ แต่โรคไตพอกถึงเวลาที่ต้องไป เสี่ยงเท่าไรก็ต้องไป พอไม่ไปน้ำท่วมปอดบ้าง อะไรบ้างลำบาก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

อภิปรายผล

1. ไม่สุขสบายจากการลดยาลดพอกเลือด จากการศึกษาผู้ให้ข้อมูลมากกว่าร้อยละ 80 ได้รับการลดยาลดพอกเลือด ทั้งจากการขอลดรอบพอกเลือดเอง และยินยอมลดรอบเนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงสัมผัสผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งเป็นไปตามแนวปฏิบัติของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย เพื่อลดความแออัดและลดการแพร่กระจายเชื้อในศูนย์พอกไต (The Nephrology Society of Thailand, 2020) การลดยาลดพอกเลือดส่งผลกระทบต่อทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไม่สุขสบาย จากอาการเหนื่อยง่าย แน่นอึดอัด และมีอาการคันตามผิวหนัง เกิดจากภาวะน้ำเกิน และมีของเสียคั่งจากการพอกเลือดที่ไม่เพียงพอ ทำให้น้ำส่วนเกินถูกกำจัดออกได้ไม่หมดและเกิดการคั่งค้างอยู่ในร่างกาย (Wongsree & Kittiyawan, 2017) เมื่อผู้ให้ข้อมูลต้องพอกเลือดในครั้งถัดไปก็ต้องดื่มน้ำเพิ่มขึ้นจากการพอกเลือดในรอบปกติมากถึง 2 เท่า ส่งผลให้มีอาการเหนื่อยและอ่อนเพลีย ผู้ให้ข้อมูลบางรายมีอาการอ่อนเพลียรุนแรงคล้ายจะเป็นลมภายหลังการพอกเลือด เกิดจากการดื่มน้ำออกจากส่วนพลาสมาอย่างรวดเร็วและเป็นจำนวนมาก ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำหลังการพอกเลือด (Samrannet, Korissaranuphab, & Chansri, 2020) ผู้ให้ข้อมูลบางรายต้องเดินทางกลับบ้านเองด้วยรถส่วนตัวและต้องขับรถข้ามจังหวัด อาการอ่อนเพลียอาจส่งผลให้เกิดอันตรายระหว่างเดินทางได้

2. กลัวติดเชื้อโควิด-19 เนื่องจากเป็นโรคกลุ่มเสี่ยง ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ที่มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกกลัวจะติดเชื้อโควิด-19 เนื่องจากรับรู้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงจากการที่มีโรคประจำตัวเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังและมีภูมิคุ้มกันต่ำกว่าบุคคลทั่วไป ซึ่งผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 81.82 และ 45.45 ตามลำดับ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ Syed-Ahmed & Narayanan (2019) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุที่มีทั้งโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงมีความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน จึงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่กลัวติดเชื้อโควิด-19 จากการที่ต้องมาโรงพยาบาลที่มีผู้คนแออัดเป็นจำนวนมาก และการที่ต้องใช้สถานที่และเครื่องพอกไตร่วมกันกับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แม้ว่าจะมีการทำความสะอาดหลังใช้งานแล้วก็ตาม ข้อค้นพบที่ได้แตกต่างกับการศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในประเทศแคนาดา ที่พบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความกังวลที่จะติดเชื้อโควิดจากการโดยสารรถสาธารณะเพื่อมาพอกไต (Malo, Affdal, Blum, Ballesteros, Beaubien-Souligny, Caron et al., 2022) เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เดินทางโดยรถส่วนตัวเพราะอาศัยอยู่ในพื้นที่ใกล้กับโรงพยาบาล และส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากมาตรการปิดเมืองเพื่อลดการเคลื่อนย้ายของประชาชนทำให้การบริการรถโดยสารสาธารณะลดลง

3. ยากลำบากในการเข้ารับการพอกเลือด จากมาตรการป้องกันการระบาดของโควิด-19 โดยเฉพาะมาตรการการคัดกรอง ส่งผลกระทบทำให้การเข้ารับการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีความยากลำบากมากขึ้น จากการศึกษพบว่า ผู้ให้ข้อมูลต้องเสียเวลาในการผ่านด่านคัดกรองนานถึง 1 ชั่วโมง ก่อนเข้ารับการพอกเลือด ผู้ป่วยที่เดินทางข้ามจังหวัดยังต้องผ่านด่านคัดกรองระหว่างจังหวัดเพิ่มขึ้นอีก 1 ด่าน และต้องรอเจ้าหน้าที่จัดเตรียมห้องพอกเลือดใหม่หลังจากให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่เข้าพอกเลือดในรอบสุดท้ายของวันก่อนหน้า ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลต้องรอคอยก่อนเข้าพอกเลือดนานขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการ

พอกเลือดเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงพยายามเมื่อเวลาในการเดินทางเพื่อให้สามารถเข้าพอกเลือดได้ตรงเวลา สอดคล้องกับศึกษาของ Chaiyasit, Korcharoenyos, & Koontalay (2018) พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อและเสียเวลาที่ต้องมาพอกเลือด และบางครั้งมีความคิดที่จะปฏิเสธการพอกเลือด ซึ่งผู้ป่วยใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจและคิดถึงประโยชน์ของการพอกเลือดเพื่อจัดการกับความรู้สึกดังกล่าว

4. ใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการป้องกันการติดเชื้อ สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์ป้องกันตัวเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะหน้ากากอนามัย ซึ่งในช่วงแรกของการระบาดของโควิด-19 ยังเกิดภาวะขาดแคลนหน้ากากอนามัย ทำให้หน้ากากอนามัยมีราคาแพงและหาซื้อยาก และจากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นสวนทางกับรายได้ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wongsree & Assalee (2016) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างมาก ทั้งค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และค่าใช้จ่ายทางอ้อม เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ซึ่งต้องจ่ายอย่างต่อเนื่องและยาวนาน

5. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้อปลอดภัยในช่วงโควิด-19 ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล โดยเฉพาะภาวะน้ำเกินและของเสียคั่งจากการลดยาลดพอกเลือด ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร โดยผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมีวิธีการคุมอาหารที่ต่างกันตามประสบการณ์ความเจ็บป่วย ความรู้ และความเชื่อของแต่ละบุคคล จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีประสบการณ์การพอกเลือดมากกว่า 5 ปี ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์การพอกเลือดมาเป็นระยะเวลานานจะสามารถจัดการตนเองในการควบคุมภาวะน้ำเกินได้ดี เนื่องจากเคยมีประสบการณ์ หนื่อย น้ำท่วมปอด หรือรุนแรงถึงขั้นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ เกิดภาวะน้ำเกิน จึงทำให้เข้าใจถึงผลกระทบและตระหนักในการควบคุมปริมาณน้ำมากขึ้น (Arammuang, Sangkard, Kimpee, & Sriyuktasuth, 2012) และจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ให้ข้อมูลที่นับถือศาสนาอิสลาม ใช้วิธีการถือศีลอดในมื้ออาหาร การถือศีลอดเป็นการงดรับประทานอาหาร ยา ไม่ดื่มน้ำ และไม่สูบบุหรี่ตั้งแต่ดวงอาทิตย์ขึ้นจนดวงอาทิตย์ตกดิน และจะเริ่มรับประทานอาหารและดื่มน้ำได้หลังดวงอาทิตย์ตกดิน 2 มื้อ คือ มื้อเย็น และมื้อก่อนดวงอาทิตย์ขึ้น ผู้ให้ข้อมูลจึงมีช่วงเวลาในการรับประทานอาหารและน้ำที่น้อยลง ทำให้สามารถควบคุมน้ำหนักและลดการเกิดภาวะน้ำเกินได้ โดยการลดลงของน้ำหนักหลังการถือศีลอดเกิดจากการสูญเสียน้ำเป็นส่วนใหญ่ (Ahmad, 2020) นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลยังมีพฤติกรรมป้องกันตนเองที่เพิ่มขึ้น จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 100 สวมใส่หน้ากากอนามัย และมากกว่าร้อยละ 90 พกพาแอลกอฮอล์เจลสำหรับล้างมือ และสวมใส่หน้ากากกันละอองน้ำเมื่อต้องเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ ผู้ให้ข้อมูลบางรายเดินทางไปโรงพยาบาลตั้งแต่เช้าตรู่เพื่อหลีกเลี่ยงความแออัดของผู้มาใช้บริการโรงพยาบาลในช่วงเช้า เดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟท์ เพราะกลัวว่าจะมีเชื้อโควิด-19 ตกค้างอยู่บริเวณพื้นผิวราวบันได ลดการพูดคุยหรือใกล้ชิดกับบุคคลอื่น และเว้นระยะห่างระหว่างกัน ซึ่งการปฏิบัติตัวของผู้ให้ข้อมูลสอดคล้องกับแนวปฏิบัติในการป้องกันตนเองจากโควิด-19 (Division of Communicable Diseases, 2021)

6. ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวมากขึ้น จากการศึกษา พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้รับความดูแลช่วยเหลือในเรื่องการเดินทาง อาหาร ค่าใช้จ่าย และอุปกรณ์ป้องกันตนเองจากบุคคลในครอบครัว ทั้งจากคู่สมรส ลูก และหลาน เนื่องจาก ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 81.82 และอยู่กันเป็นครอบครัวใหญ่ มีลูกหลานที่รักใคร่ คอยดูแลเอาใจใส่และช่วยเหลือกันในยามเจ็บป่วย เมื่อเกิดสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ที่ส่งผลกระทบให้ผู้ให้ข้อมูลต้องปรับตัวเพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษา การได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ไม่สามารถทำได้ จะช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลมีการจัดการตนเองที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Lortajakul, Ratanaprariyanuch, & Sanamjang (2018) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากที่สุด และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสช่วยให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีได้ (Wongsree & Assalee, 2016)

7. เตรียมใจพร้อมรับหากต้องติดเชื้อโควิด-19 จากการไปพอกไต การที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์โรคระบาดที่รุนแรง มีระยะเวลายาวนาน มีจำนวนผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก ร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีแต่จะถดถอยลงเรื่อย ๆ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงความไม่แน่นอนของชีวิต

และเตรียมใจยอมรับที่จะต้องเผชิญกับความเสี่ยงในการติดเชื้อเมื่อต้องไปพอกเลือดในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 เพื่อรักษาชีวิตไว้ เนื่องจากรับรู้ว่าการพอกเลือดมีความสำคัญที่จะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นและมีโอกาสได้มีชีวิตที่ยืนยาว การตระหนักถึงข้อดีของการพอกเลือดส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลมีกำลังใจที่จะเข้ารับการพอกเลือดอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaiyasit, Korcharoenyos, & Koontalay (2018) พบว่าผู้ให้ข้อมูลตระหนักคุณค่าของการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ช่วยลดการคั่งของเสียในกระแสเลือด ทำให้มีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีการกำกับตนเองในการควบคุมภาวะน้ำเกินอย่างต่อเนื่อง โดยพิจารณาแนวทางในการควบคุมน้ำและอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและสังเกตอาการผิดปกติจากภาวะน้ำเกิน
2. พยาบาลควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารออนไลน์ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 โดยอาจใช้แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อเป็นช่องทางการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยในการแจ้งข่าวสาร ให้คำแนะนำ หรือติดตามอาการผิดปกติเพื่อลดความกังวลของผู้ป่วย และสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลการปฏิบัติตัวระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีการสื่อสารกับบุคคลอื่นลดลง เนื่องจากมีข้อจำกัดในการสื่อสารจากการสวมใส่หน้ากากอนามัย หน้ากากกันละอองน้ำ และมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19

References

- Ahmad, P. (2020). The Spiritual and Medical Benefits of Ramadan Fasting. *CPQ Medicine*, 8(6), 1-2.
- Alberici, F., Delbarba, E., Manenti, C., Econimo, L., Valerio, F., Pola, A. et al. (2020). Management of Patients On Dialysis And With Kidney Transplant During SARS-COV-2 (COVID-19) Pandemic In Brescia, Italy. *Kidney International Reports*, 5(5), 580–585. Advance Online Publication. doi:10.1016/j.ekir.2020.04.001
- Arammuang, S., Sangkard, K., Kimpee, S. & Sriyuktasuth, A. (2012). Factors Predicting Fluid Control Behavior in Chronic Kidney Disease Patients Receiving Hemodialysis. *Nursing Science Journal of Thailand*, 30(3), 74–81. (in Thai)
- Chaiyasit, Y., Korcharoenyos, C. & Koontalay, A. (2018). Experiences and Self-Management Methods of the Patients with End Stage Chronic Kidney Disease Who Were on Hemodialysis. *Journal of Nursing and Health Suan Sunandha Rajabhat University*, 1(2), 42-61. (in Thai)
- Division of Communicable Diseases. (2021). *DDC Open data Covid19 Thailand*. Retrieved December 25, 2022 from <https://ddc.moph.go.th/covid19-daily-dashboard/>
- Division of Communicable Diseases. (2021). *Guidelines for Surveillance, Prevention and Control of Coronavirus Disease 2019*. Retrieved December 10, 2021 from <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1150920210610033910.pdf>

- Dowling, M. (2007). From Husserl to van Manen. A Review of Different Phenomenological Approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 44(1), 131–142. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.11.026
- Guan, W. J., Ni, Z. Y., Hu, Y., Liang, W. H., Ou, C. Q., He, J., et al. (2020). Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *The New England Journal of Medicine*, 382(18), 1708–1720. doi: 10.1056/NEJMoa.2002032
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., et al. (2020). Clinical Features of Patients Infected with 2019 Novel Coronavirus in Wuhan, China. *Lancet (London, England)*, 395(10223), 497–506. doi: 10.1016/S0140-6736(20) 30183-5.
- Hussein, N. R. M., Saleem, Z. S., Ibrahim, N., Musa, D. H. & Naqid, I. A. (2020). The Impact of COVID-19 Pandemic on the Care of Patients with Kidney Diseases in Duhok City, Kurdistan Region of Iraq. *Diabetes & metabolic syndrome*, 14(6), 1551–1553. doi: 10.1016/j.dsx.2020.08.013
- Kittinaraporn, J. (2021). Media Uses and the Adaption to the New Normal Healthcare Practices during the Corona Virus (Covid-19) Pandemic: A case of Pathum Thani Province's Citizens. *Journal of Communication Arts Review*, 25(1), 15-34. (in Thai)
- Kliger, A. S. & Silberzweig, J. (2020). Mitigating Risk of COVID-19 in Dialysis Facilities. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology: CJASN*, 15(5), 707–709. doi: 10.2215/CJN.03340320
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park: SAGE.
- Lortajakul, C., Ratanaprariyanuch, S. & Sanamjang, P. (2018). Depression, Social Support and Quality of Life of the End Stage Chronic Kidney Disease Patients with Hemodialysis. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 30(3), 141-152. (in Thai)
- Malo, M. F., Afddal, A., Blum, D., Ballesteros, F., Beaubien-Souligny, W., Caron, M. L., et al. (2022). Lived Experiences of Patients Receiving Hemodialysis during the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study from the Quebec Renal Network. *Kidney360*, 3(6), 1057–1064. <https://doi.org/10.34067/KID.0000182022>
- Mokrzycki, M. H. & Coco, M. (2020). Management of Hemodialysis Patients with Suspected or Confirmed COVID-19 Infection: Perspective of Two Nephrologists in the United States. *Kidney360*, 1(4) 273-278. doi: 10.34067/ KID.0001452020
- Ramachandran, R. & Jha, V. (2020). Adding Insult to Injury: Kidney Replacement Therapy During COVID-19 in India. *Kidney International*, 98(1), 238–239. doi: 10.1016 /j.kint.2020.04.019
- Rubin, R. (2020). Finding Ways to Reduce Coronavirus Exposure During Dialysis. *JAMA*, 323(20), 1993–1995. doi: 10.1001/jama.2020.6158
- Samrannet, W., Korissaranuphab, N. & Chansri, P. (2020). Self-Management on Volume Overload in End-Stage Renal Disease Undergoing Hemodialysis Patients. *Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office*, 6(2), 5-20. (in Thai)
- Sánchez-Alvarez, E., Macía, M. & de Sequera Ortiz, P. (2020). Management of Hemodialysis Patients with Suspected or Confirmed COVID-19 Infection: Perspective from the Spanish Nephrology. *Kidney360*, 1(11), 1254-1258. doi: 10.34067/KID.0002602020
- Shosha, G. A. (2012). Employment of Colaizzi's Strategy in Descriptive Phenomenology: A Reflection of a Researcher. *European Scientific Journal*, 8(27). doi: 10.19044/esj. 2012.v8n27p%p

- Syed-Ahmed, M. & Narayanan, M. (2019). Immune Dysfunction and Risk of Infection in Chronic Kidney Disease. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 26(1), 8–15. doi: 10.1053/j.ackd.2019.01.004
- The Nephrology Society of Thailand. (2020). *Clinical Practice Guideline for Hemodialysis with New Normal*. Retrieved June 5, 2020 from https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2020/08/NewNormalNST_edit.pdf
- The Nephrology Society of Thailand. (2020). *Thailand Renal Replacement Therapy: Year 2020*. Retrieved September 20, 2020 <https://www.nephrothai.org/annual-report-thailand-renal-replacement-therapy-2007-2019-th/>
- Watnick, S. & McNamara, E. (2020). On the Frontline of the COVID-19 Outbreak: Keeping Patients on Long-Term Dialysis Safe. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology: CJASN*, 15(5), 710–713. doi: 10.2215/CJN.03540320
- Wongmonthar, O. (2021). New Normal: A New Way of Living-with-COVID 19 Culture. *RUSAMILAE JOURNAL*, 42(1), 47–62. (in Thai)
- Wongsree, C. & Assalee, R. (2016). Experience of Using Social Support in End Stage Renal Disease Patients Receiving Hemodialysis. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 9(2), 132-144. (in Thai)
- Wongsree, C. & Kittiyawan, J. (2017). An Intensive Educational Program on Therapeutic Volume Overload for End Stage Chronic Renal Disease Patients Receiving Hemodialysis: Hemodialysis Nurses' Roles. *HCU Journal*, 21(41), 137-150. (in Thai)
- World Health Organization. (2022, December 1). *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 97*. Retrieved from https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/situation-reports/20200426-sitrep-97-covid-19.pdf?sfvrsn=d1c3e800_6
- Wu, C., Chen, X., Cai, Y., Xia, J., Zhou, X., Xu, S., et al. (2020). Risk Factors Associated with Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients with Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Internal Medicine*, 180(7), 934–943. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.0994
- Yodchai, K. (2019). *Nursing Care for Adaptation of Patients with Chronic Kidney Disease*. Patients with Chronic Kidney Disease: Nursing Care and Symptom Management. (pp. 41-78). Songkhla: CP Prospec.
- Yodchai, K., Dunning, T., Savage, S., Hutchinson, A. M. & Oumtanee, A. (2014). How do Thai Patients Receiving Haemodialysis Cope with Pain?. *Journal of Renal Care*, 40(3), 205–215. doi: 10.1111/jorc.12073

การพัฒนาโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมกา ของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ Children with Learning Disability: A New Empowerment Program for Caregivers

กาญจน์ดี แสงสงวน¹, อรวรรณ หนูแก้ว^{2*}, ประกอบ ชาตะรัตน์¹, ปัทมวรรณ ขันหาญศึก¹
Kandee Sangsa-nguan¹, Orawan Nukeaw^{2*}, Prakob Chatarat¹, Phattamawan Khanhansuk¹
โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์¹, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลาราชนครินทร์^{2*}
Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital¹, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University^{2*}

(Received: January 28, 2023; Revised: April 22, 2023; Accepted: May 11, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดลองโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ (แอลดี) โดยมีกระบวนการพัฒนาเป็น 2 ระยะ คือ 1) พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประสิทธิภาพการดูแลผู้ดูแลเด็กแอลดีและการทบทวนวรรณกรรม การออกแบบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม ด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และ 2) ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน เครื่องมือประกอบด้วย 1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมกาของผู้ดูแล ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนาและสถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test ผลการวิจัยพบว่า

1. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2) คู่มือการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแล และ 3) รูปแบบโปรแกรมเป็นกลุ่มกิจกรรม ๆ ละ 90 นาที ครั้งละ 2 กิจกรรม เป็นเวลา 6 สัปดาห์

2. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมค่าคะแนน มัธยฐานของพฤติกรรมกาของผู้ดูแลพบว่าหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ($z=-2.36, p=.018$)

สรุปว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลสามารถเพิ่มพฤติกรรมกาของผู้ดูแลเด็กแอลดีได้ ดังนั้นควรมีศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมนี้ต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ, พฤติกรรมกา, ผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: orawan.n@psu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 091-8471964)



Abstract

This research and development study aimed to develop an empowerment program among caregivers of children with learning disabilities (LD) and to try it out. The research process consisted of two phases. First one was to develop an empowerment program based on the conceptual framework of Miller (2000), related to literature review and results and qualitative data of caregivers' experience with children with LD. Second phase was to try out the empowerment program with 15 participants. The program consisted of an empowerment program. Instrument for collecting data, besides the program itself, was a caring behavior questionnaire. Content validity of the empowerment program was verified by 5 experts. The instrument was tested for internal consistency by using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of .85. Data were analyzed by using descriptive statistics and Wilcoxon signed-ranks test.

The results showed that

1. The program consisted of 1) an empowerment program, 2) a caregiver's manual, and 3) group activities of 90 minutes (two activities for each session, continually for six weeks).

2. after trying out the program, the median score of caregivers' caring behaviors of children with LD were significantly higher than those before participating the program ($z = -2.36, p = .009$)

Therefore, the empowerment program could be increased power and caring behaviors' caregivers of children with LD.

Keywords: Children with Learning Disability, Caring Behaviors, Empowerment Program, Caregivers

บทนำ

ปัจจุบันนี้เด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ หรือเด็กแอลดี มักพบได้ในเด็กวัยเรียนที่มีปัญหาด้านการเรียนด้านใดด้านหนึ่ง พบได้ในต่างประเทศ ประมาณร้อยละ 1.9 (Peterson, 2019) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า เด็กวัยเรียนร้อยละ 5-15 มีภาวะของความบกพร่องด้านการเรียนรู้ (Frolov, & Schaepper, 2021) สำหรับประเทศไทย พบว่า ความชุกของเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ ประมาณร้อยละ 6-9.9 (Piyasil, & Wangtan, 2015) และจากสถิติเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ ที่มารับบริการ ณ คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2560 ถึง 2562 พบว่า จำนวน 505, 645 และ 680 คน ตามลำดับ (Medical Record Audit, Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital, 2019) เด็กแอลดีมักพบในระยะเริ่มต้นของวัยเรียน มีลักษณะปัญหาเฉพาะด้านการเรียน เรื่อง การอ่าน การเขียน และการคำนวณ ด้านใดด้านหนึ่ง หรือ ทั้งสามด้าน โดยเด็กกลุ่มนี้เรียนหนังสือในชั้นเรียนปกติแต่ผลการเรียนต่ำกว่าเพื่อนในกลุ่มวัยเดียวกัน ทั้งที่ส่วนใหญ่มีระดับสติปัญญาเฉลี่ย 86.8 (Piyasil, & Wangtan, 2015) เด็กแอลดีกลุ่มนี้มีปัญหาด้านการเรียน เรียนรู้ช้า ไม่ตั้งใจเรียน ทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกโกรธ ต่ำหนิ รวมทั้งไม่เข้าใจในข้อจำกัดของการเรียนในเด็ก และมีความคาดหวังสูงในตัวเด็ก ก่อให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างเด็กกับผู้ดูแล ความรู้สึกเครียด วิตกกังวล ไร้พลัง ซึมเศร้าและปัญหาจิตใจอื่นๆ ของผู้ดูแล (Isa, Ishak, Rahman, Saat, Din, Lubis, et al., 2017)

ผู้ดูแลเด็กแอลดีจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กกลุ่มนี้ ในเรื่องการเรียน เกี่ยวกับ วิธีการเรียนรู้ การอ่าน การเขียน และการคำนวณ ทำความเข้าใจเรื่องอาการของเด็กเรียนรู้ช้า และปรับพฤติกรรมเรื่องความไม่ตั้งใจเรียน ร่วมด้วยกับดูแลด้านอารมณ์และจิตใจ (Sangsa-nguan, 2015) หากผู้ดูแลเด็กกลุ่มนี้รู้สึก เหนื่อยล้า ท้อแท้ สูญเสียพลังอำนาจของตนเอง ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการดูแลเด็กขาดที่พึ่งและหมดหวัง อาจส่งผลกระทบต่อ การดูแลเด็กแอลดีให้มีผลการเรียนรู้ที่ดีขึ้น การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในการดูแลเด็กแอลดี เป็นกระบวนการหนึ่งที่ช่วยเหลือหรือผู้ดูแลได้ด้วยความสามารถภายในของตนเอง ที่พัฒนาศักยภาพภายในของผู้ดูแลให้ สามารถดูแลเด็กแอล

ดีได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากแนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) โดยการนำแหล่งพลังอำนาจในตนเองมาทั้ง 7 แหล่ง คือ ความเข้มแข็งทางกายภาพ ความเข้มแข็งทางจิตใจและการสนับสนุนทางสังคม อัตมโนทัศน์ ความรู้และการตระหนักรู้ แรงจูงใจ และระบบความเชื่อ (Miller, 2000) นอกจากการเสริมพลังอำนาจที่เพิ่มขึ้นแล้ว การศึกษาของ Sangsa-nguan (2015) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แหล่งพลังอำนาจกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้พบว่าการรับรู้แหล่งพลังอำนาจมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.41, p<.001$) การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลสามารถช่วยให้มีพฤติกรรมการดูแลเด็กได้ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลพบว่าส่วนใหญ่ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลเด็กจิตเวชเป็นกลุ่มผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการพัฒนาการและสติปัญญา (Bumrungrachon, Rattanapiroj, & Prada, 2014; Palapirom, Prasopkittikun, & Vichitsukon, 2010) ผู้ดูแลเด็กสมองพิการ (Chumsri, Chaimongkol, & Sanareungsak, 2014) และผู้ดูแลเด็กออทิสติก (Choomchit, 2007; Khamkuna, 2007) ที่พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ดูแลมีพลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลเพิ่มขึ้น และความรู้สึกลดลง อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรังทางกาย เช่น ผู้ดูแลเด็กโรคเมะเร็งเม็ดเลือดขาว (Phomwises, 2013) และผู้ดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวี (Thaitae, 2011) เป็นต้น สำหรับโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลเด็กแอลดี พบว่า มีโปรแกรมแบบองค์รวม โปรแกรมสนับสนุนศักยภาพครอบครัว และโปรแกรมการส่งเสริม Resiliency ของผู้ดูแลเด็กแอลดี (Chaikham, Raksanaves, & Pichaya, 2020; Kokulchan, Ruchiwit, & Sirumpunkul, 2018; Phothisuwan, Kusol, Eksirinimit, 2020)

การช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ที่มีตั้งแต่การให้ความรู้ผู้ดูแลและเอกสารส่งเสริมการเรียนรู้ เป็นต้น งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลเด็กจิตเวช ที่ช่วยให้มีพลังอำนาจ และมีพฤติกรรมการดูแลที่ดีขึ้น ซึ่งการเสริมพลังอำนาจนั้นเป็นบทบาทหลักของพยาบาล (Panicker, 2013) ดังนั้นทีมผู้วิจัยสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ตามแนวคิดของ Miller (2000) โดยใช้ศักยภาพภายในและแหล่งพลังอำนาจภายในตน ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการส่งเสริมพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลเพื่อให้มีพฤติกรรมการดูแลเด็กแอลดีในด้านการเรียน พฤติกรรมและอารมณ์ได้อย่างเต็มศักยภาพมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สำหรับผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สำหรับผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้
2. เพื่อทดลองใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สำหรับผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้

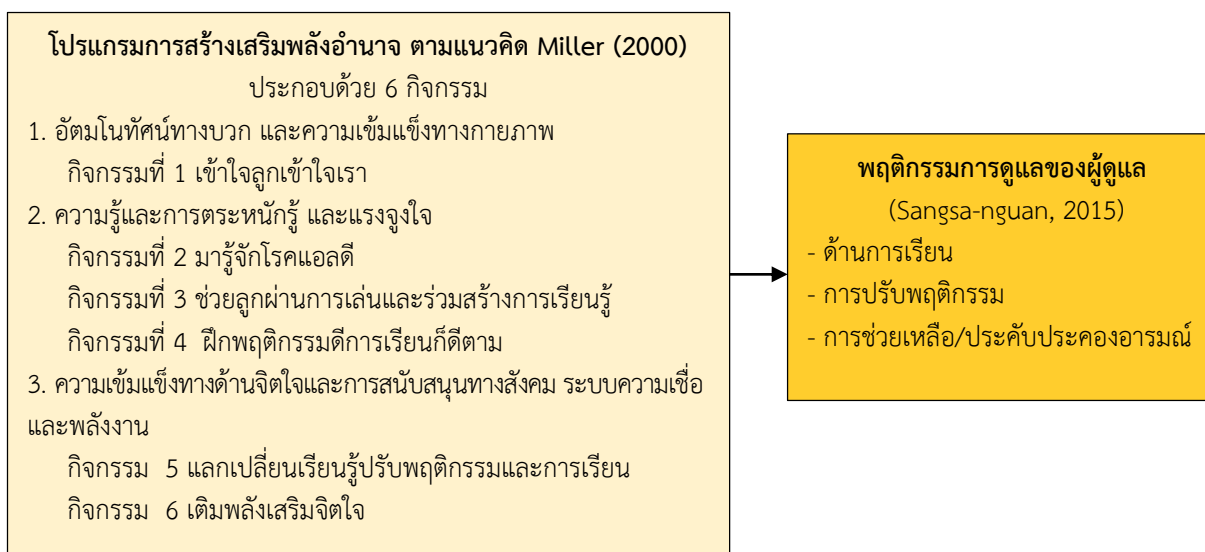
กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ ใช้แนวความคิดเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (2000) เป็น กระบวนการที่เน้นการ เสริมสร้างพลังอำนาจ โดยใช้แหล่งพลังอำนาจ ประกอบด้วย 7 แหล่ง คือ 1) ความรู้และการตระหนักรู้ (Knowledge and Insight) เป็นความรู้ช่วยในการตัดสินใจและตระหนักถึงทางเลือกกระทำ 2) อัตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive Self-Concept) คือ ความคิดและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง ภาพลักษณ์ ทำหน้าที่ของตนเอง ความเป็นตัวของตัวเอง และการนับถือตนเอง 3) แรงจูงใจ (Motivation) คือ แรงจูงใจมีส่วนช่วยในการเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม 4) ความเข้มแข็งทางจิตใจและการสนับสนุนทางสังคม เป็นความเข้มแข็งทางจิตใจ เป็นความยืดหยุ่นที่ปรากฏในตัว

บุคคลสามารถดำรงความสมดุลทางจิตได้ และการสนับสนุนทางสังคม 5) พลังงาน (Energy) คือ ความสามารถของระบบร่างกายสำหรับการทำงานตามศักยภาพที่ควรจะเป็นของแต่ละบุคคล ซึ่งควรที่จะสมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ 6) ระบบความเชื่อ (Belief System) และ 7) ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical Strength) คือความสามารถของบุคคลที่จะทำหน้าที่ได้อย่างเต็มตามศักยภาพทางกาย (Miller, 2000) โดยแหล่งพลังอำนาจโดยแหล่งพลังอำนาจเหล่านี้ ร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้และการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้และได้นำมาพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ โดยการเสริมแหล่งพลังอำนาจในตัวผู้ดูแลด้านความรู้และเข้าใจเด็กแอลดี ร่วมกับทักษะคิดเชิงบวก เสริมแรงจูงใจ ความเข้มแข็งทางจิตใจ และแหล่งสนับสนุนจนกระทั่งการเพิ่มพลัง ความเชื่อสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง จนมีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลเด็กแอลดีได้

สำหรับพฤติกรรมดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ของผู้ดูแล โดยจากการทบทวนวรรณกรรมของ Sangsa-nguan, (2015) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) การดูแลด้านการเรียน ช่วยเหลือ และ สนับสนุนด้านการเรียนมีความรู้และเข้าใจในการแนะนำเรื่องการอ่าน การเขียน การคำนวณเลข 2) การดูแลด้านปรับพฤติกรรม ปรับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็ก เช่น อาการดื้อ หลีกเลียงการเรียน ก้าวร้าว เป็นต้น และ 3) การดูแลด้านการช่วยเหลือประคับประคองอารมณ์ ดูแลจัดการเรื่องอารมณ์หงุดหงิด เศร้า ความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ และแสวงหาแหล่งช่วยเหลือที่เหมาะสมกับเด็กได้ (Sangsa-nguan, 2015)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

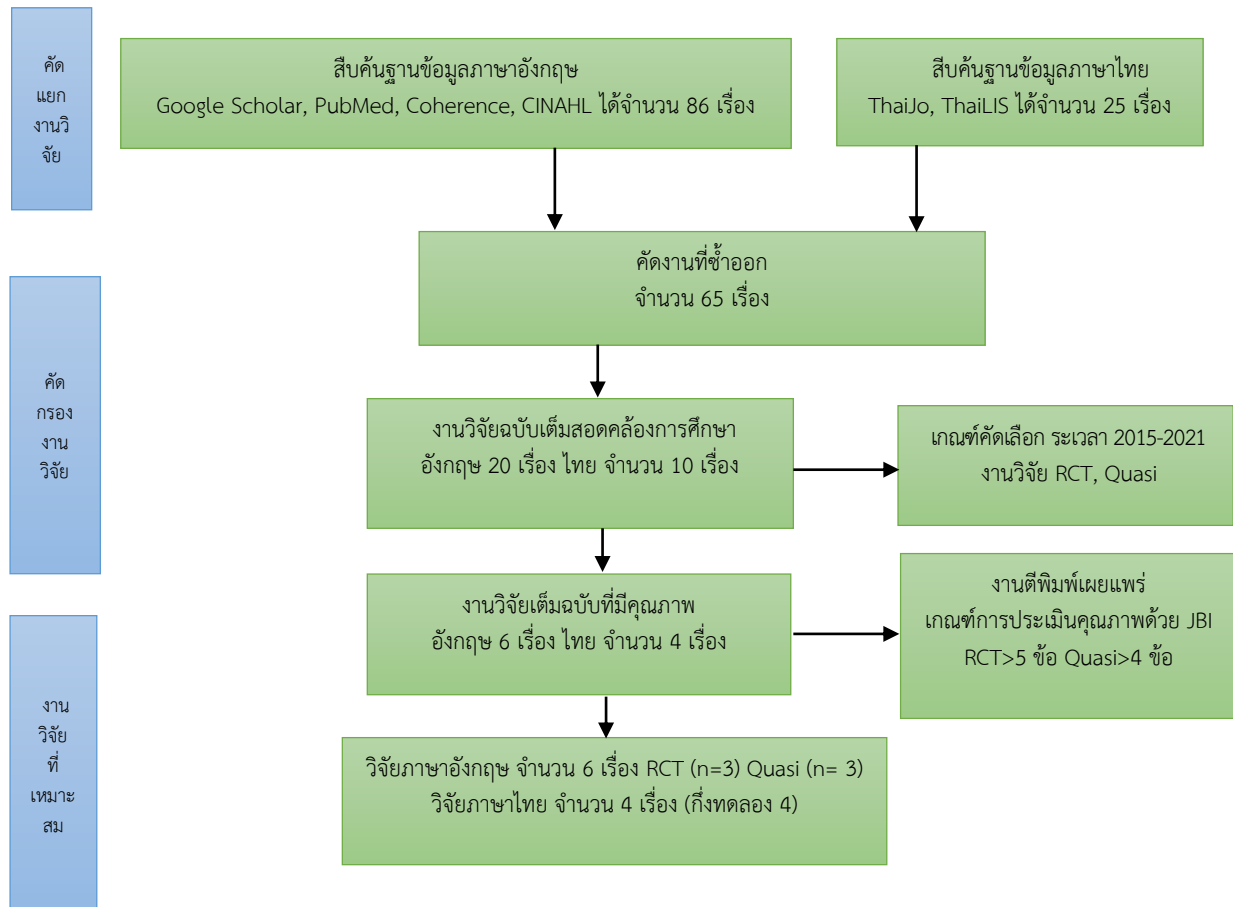
ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประกอบด้วย 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 พัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ ประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันของเรื่องพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการสนทนากลุ่มกับบุคลากรในการดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ โดยการใช้คำถามในการสนทนากลุ่ม “แนวทางการช่วยเหลือ หรือเสริมพลังผู้ดูแลเด็กแอลดีอย่างไร” ในมุมมองของทีมสหวิชาชีพ เช่น พยาบาลจิตเวช พยาบาลจิตเวชเด็ก ครูการศึกษาพิเศษ นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น และสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กฯ เช่น “ปัญหาในการดูแลเด็กกลุ่มนี้มีอะไรบ้าง และแหล่งพลังอำนาจของผู้ดูแลเป็นอย่างไรบ้าง และต้องการเสริมด้านใดบ้าง” เป็นต้น

2. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแล และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็ก โดยใช้แนวคิดของ PICO คือ P: ผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ แอลดี (Caregivers of Children with Learning Disabilities, LD) I: โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment Program/Intervention) C: การดูแลตามปกติ (Routine Care) O: พฤติกรรมการดูแล (Caring Behavior) โดยการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยฐานข้อมูลทั้งในและต่างประเทศ คือ ThaiJo, ThaiLIS, Google Scholar, PubMed, Coherence และ CINAHL และพบว่างานวิจัยภายในประเทศ จำนวน 4 งานวิจัย เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับการวิจัยกึ่งทดลอง งานวิจัยต่างประเทศ จำนวน 6 งานวิจัยเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ RCT 3 เรื่อง และการวิจัยกึ่งเชิงทดลอง 3 เรื่อง ดังภาพ 2



ภาพ 2 แผนผังการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ด้วย
Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis (PRISMA)

3. การสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็ก ที่พัฒนาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้

4. การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน คือ 1) จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น จำนวน 3 คน 2) อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาโปรแกรมหรือด้านการพยาบาลจิตเวชเด็ก จำนวน 2 คน และการปรับปรุงโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิในประเด็น ดังนี้ เนื้อกิจกรรมเน้นเฉพาะที่จำเป็น ลดจำนวนกิจกรรมที่คล้ายคลึงกันลง ปรับลดกิจกรรมจาก 8 กิจกรรม เป็น 6 กิจกรรม และลดเนื้อหาด้านการปรับพฤติกรรม แต่ให้เพิ่มเติมเนื้อหาในด้านนี้ในคู่มือผู้ดูแล

ระยะที่ 2 การทดลองใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่พัฒนาและปรับปรุงแล้ว และนำไปทดลองใช้ โดยกำหนดแบบแผนการทดลอง โดยใช้แบบ One Group Pretest-Posttest Design

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ โดยเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD 10 ที่มารับการรักษา ณ คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลที่ดูแลเด็กวัยเรียนที่มีความบกพร่องการเรียนรู้ด้วยการวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD 10 โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่มีความบกพร่องการเรียนรู้ด้วยการวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD 10 อายุ 18 ปีขึ้นไป เช่น บิดา มารดา หรือญาติ เป็นต้น และ 2) ระยะเวลาในการดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้อย่างน้อย 6 เดือน และเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามกำหนด โดยมีขนาดกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยใช้เกณฑ์การทำกลุ่มกิจกรรม โดยกลุ่มละ 10-15 คน ต่อกลุ่ม (Yalom, 1995) สำหรับการทดลองใช้โปรแกรมฯ จำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือสำหรับการทดลอง คือ

1.1 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ ดำเนินการเป็นกลุ่มกิจกรรม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การเข้าใจลูกเข้าใจเรา เพื่อการยอมรับ และเสริมทัศนคติเชิงบวก กิจกรรมที่ 2 มารู้จักโรคแอลดีกันเถอะ เพื่อส่งเสริมความรู้โรคแอลดี กิจกรรมที่ 3 ช่วยลูกผ่านการเล่นและร่วมสร้างการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยการเล่น และส่งเสริมการเรียนรู้ โดยการอภิปรายปัญหาเรื่องการเรียนและฝึกพัฒนาแผนการสอน กิจกรรมที่ 4 ฝึกพฤติกรรมดีการเรียนรู้ที่ดีตาม เพื่อให้ความรู้และทักษะปรับพฤติกรรม กิจกรรมที่ 5 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปรับพฤติกรรมและการเรียน โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องวิธีการปรับพฤติกรรมเด็กแอลดี และ กิจกรรมที่ 6 เติมพลังเสริมจิตใจ เพื่อปรับอารมณ์ และเสริมกำลังใจ ลักษณะกลุ่มกิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมละ 60-90 นาที จำนวน 6 กิจกรรม จำนวน 2 ครั้ง

1.2 คู่มือการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแล ประกอบด้วย เนื้อหาสำหรับผู้ดูแล ได้แก่ มารู้จักเด็กแอลดีกันเถอะ แหล่งช่วยเหลือสนับสนุน ช่วยเด็กผ่านการเล่น ตัวอย่างแผนการดูแลเด็ก และหลักการปรับพฤติกรรมเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้

2. เครื่องมือที่ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.1 แบบสอบถามทั่วไปของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

2.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานศึกษา

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ เป็นเครื่องมือ ที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมของ Sangsa-nguan (2015) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ การดูแลด้านการเรียน การดูแลด้านปรับพฤติกรรม และการดูแลด้านการช่วยเหลือประคับประคองอารมณ์ จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ (4 คะแนน) บ่อยครั้ง (3 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) และนาน ๆ ครั้ง (1 คะแนน) โดย ค่าการแปลผลระดับของพฤติกรรมดูแล ดังนี้ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง ผู้ดูแลปฏิบัติ น้อย 2.01-3.00 หมายถึง ผู้ดูแลปฏิบัติปานกลาง 3.01-4.00 หมายถึง ผู้ดูแลปฏิบัติมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ และแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน 1) จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น จำนวน 3 คน และ 2) อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาโปรแกรมหรือด้านการพยาบาลจิตเวชเด็ก จำนวน 2 คน โดยการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ โดย ทำ Face Validity ของ

โปรแกรมแต่ละกิจกรรม และปรับตามข้อเสนอแนะ สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ นำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น กับผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ จำนวน 15 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมและก่อนการทดลอง โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และดำเนินการพหิศาสตร์กลุ่มตัวอย่าง
2. ขั้นดำเนินการทดลอง ให้ผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนทำแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และชี้แจงกิจกรรมต่างๆ และระยะเวลาเข้าร่วม โปรแกรมฯโดยภาพรวม พร้อมให้คู่มือการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแล ดังตาราง 1

ตาราง 1 ขั้นดำเนินการโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจตามกิจกรรม

ครั้งที่	ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลา (นาที)
1	1	การเข้าใจลูกเข้าใจเรา (กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์และเกมส์)	120
	2	มารู้จักโรคแอลดีกันเถอะ	90
	3	ช่วยลูกผ่านการเล่นและร่วมสร้างการเรียนรู้ ฝึกพัฒนาแผนการสอน (แผน IEP ฉบับเต็ม)	120
	4	ฝึกพฤติกรรมดีการเรียนก็ดีขึ้นเพื่อให้ความรู้และทักษะปรับพฤติกรรม	90
2	5	แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปรับพฤติกรรมและการเรียน	90
	6	เติมพลังเสริมจิตใจ	90

โดยการดำเนินกิจกรรมละ 90- 120 นาที เป็นเวลา 2 ครั้ง โดยใช้ระยะเวลา ห่างกัน 1 สัปดาห์

4. ขั้นหลังการทดลอง หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ แล้วให้ผู้ดูแลทำแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ให้ทำหลังสิ้นสุดกิจกรรมเป็นระยะเวลา 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลจากการทดลองใช้ ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียน โดยการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูลคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์การแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (Test of Normality) โดยคำนวณค่า Shapiro-Wilk ของข้อมูล พบว่า Significant ($p < .001$) จึงใช้สถิติ Non-Parametric ดังนั้นจึงใช้สถิติ Wilcoxon Signed- Ranks Test

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ DMH.IRB.CO.A 016/2563 และผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัย โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการลงนามเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการบำบัด สำหรับข้อมูลที่เก็บรวบรวมเป็นความลับ และผู้วิจัยรายงานผลในภาพรวม โดยกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ที่ต้องให้การช่วยเหลือ

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ ดังนี้

1. การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ คือ

- 1.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ดังนี้

1.1.1 ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเรื่องประสบการณ์พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ จำนวน 10 คน พบว่า “มีปัญหาเวลาทำการบ้านคือเราต้องนั่งบอกทุกตัวอักษร” (รายที่ 2) “พฤติกรรมเค้าจะต่อต้าน” (รายที่ 1) “มีความเครียดเวลาถูกไม่ฟัง” (รายที่ 3) และแหล่งพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ พบว่า “เราต้องเป็นหลัก จะต้องมีส่วนที่ดูแลลูก เพราะว่าถ้าผู้ดูแลเหมือนทอดทิ้ง หรือว่าไม่มีพลังแล้วใครจะเป็นคนดูแลเขา” (รายที่ 1) “อยากสนับสนุนให้เต็มที่ ที่ทำได้...ให้ได้มากที่สุด” (รายที่ 2)

1.1.2 ผลการสนทนากลุ่มของทีมสหวิชาชีพ จำนวน 10 คน พบว่า “...อารมณ์ผู้ปกครองอาจมีหงุดหงิดบ้าง ซึมเศร้า ในส่วนของเรื่องความรู้ กับอีกส่วนของผู้ปกครองที่ไม่มีความพร้อมที่ฟังบริบทของทางโรงพยาบาลที่ไม่มีผู้ดูแลหลัก เช่น อยู่กับ ปู่ย่า ตายาย ทำอย่างไรให้เค้ามีความพร้อมตรงนี้...” (พยาบาลจิตเวชเด็ก 1) “...ควรเสริมเรื่องแรงจูงใจ...มีการปรับทัศนคติ การช่วยเหลือเด็ก...” (ครูการศึกษาพิเศษ 3)

จากผลการวิจัยเชิงคุณภาพ นำข้อมูลมาเพิ่มเติมในส่วนของเนื้อหากิจกรรมของแต่ละครั้ง เช่น การเสริมทัศนคติ การเสริมพลัง ร่วมด้วยกับเพิ่มเติมข้อมูลความรู้ และการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ ร่วมด้วยกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดำเนินการแบบกลุ่ม และลักษณะ รวมทั้งระยะเวลา และ รูปแบบในการออกแบบกิจกรรม

1.2 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ โดยใช้แนวคิดของ Miller (2000) ร่วมกับ ข้อมูลเชิงคุณภาพและการทบทวนวรรณกรรม มุ่งประกอบ คือ

1.2.1 ลักษณะของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังตาราง 2

ตาราง 2 ชื่อกิจกรรม วัตถุประสงค์กิจกรรม และลักษณะกิจกรรมของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์กิจกรรม	ลักษณะกิจกรรม
1. เข้าใจลูกเข้าใจเรา	- การยอมรับ - การเสริมทัศนคติกรรมเชิงบวก	- สะท้อนมุมมองของผู้ดูแลเด็กแอลดี - สนุกคิด สนุกเขียน - ดู VDO เด็กแอลดีมีความสามารถเฉพาะด้าน - แลกเปลี่ยนเรียนรู้ความมุมมองใหม่ของผู้ดูแลเด็กแอลดี
2. มารู้อัจฉริยะแอลดีกันเถอะ	- ความรู้เรื่องโรคแอลดี - วิธีการช่วยเหลือและแหล่งสนับสนุนสำหรับเด็กแอลดี	- อภิปรายความรู้เรื่องโรคแอลดีเป็นกลุ่ม - แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องเด็กแอลดีระหว่างกลุ่มผู้ดูแล - เสริมความรู้วิธีการช่วยเหลือและแหล่งสนับสนุนเด็กแอลดี
3. ช่วยลูกผ่านการเล่น และร่วมสร้างการเรียนรู้	- ส่งเสริมพัฒนาการด้านสายตาและทักษะการเรียนรู้ - ทำความเข้าใจแผน IEP และเขียนแผนการเรียนรู้ของเด็กแอลดี - สร้างแผนการดูแลเรื่องการเรียนของเด็กแอลดีในชีวิตประจำวัน	- เสริมวิธีการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ ด้วยการเล่น - รูปแบบการเล่น เช่น นวัตกรรมจรรย (ข้าวตอก ตัวเลข กระดาษทราย) เป็นต้น - เสริมความรู้เรื่องแผน IEP - อภิปรายปัญหาเรื่องการเรียนและฝึกเขียนแผนการสอนของเด็กแอลดีในชีวิตประจำวัน - มอบหมายการบ้านให้ฝึกตามแผนสอนเรื่องการเรียนในชีวิตประจำวันสำหรับเด็กแอลดี
4. ฝึกพฤติกรรมดีการเรียนรู้ที่ดีตาม	- ความรู้การปรับพฤติกรรม - วิธีปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา	- ให้ความรู้เรื่องวิธีการปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กแอลดี - สอนสาธิตวิธีการปรับพฤติกรรม (เช่น เลียนแบบเสริมแรงโดยการชื่นชม สะสมแต้ม และเพิกเฉย เป็นต้น) - มอบหมายการบ้าน (ปัญหา วิธีปรับพฤติกรรม และผลการปรับพฤติกรรม)

ตาราง 2 (ต่อ)

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์กิจกรรม	ลักษณะกิจกรรม
5. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปรับพฤติกรรมและ การเรียนรู้	- เรียนรู้ร่วมกันถึงวิธีการปรับ พฤติกรรม - แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการเรียนรู้ ของเด็กในชีวิตประจำวัน	- อภิปรายร่วมกันเรื่องวิธีการปรับพฤติกรรมเด็กแอลดีที่ นำไปใช้ และผลจากการปรับพฤติกรรม - อภิปรายร่วมกันถึงวิธีการสอนเด็กแอลดีในชีวิตประจำวัน และผลการเรียนรู้ของเด็ก
6. เติมพลังเสริมจิตใจ	- ปรับอารมณ์ - เสริมกำลังใจ	- ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดความรู้สึกด้วยภูเขาน้ำแข็งของ ผู้ดูแลเด็กแอลดี (พฤติกรรม รู้สึก การรับรู้ ความคาดหวัง อาหารใจ และ ตัวตน) - ให้กำลังใจ และเสริมพลังใจของผู้ดูแลเด็กแอลดีด้วย ตนเอง

1.2.2 คู่มือการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแล ประกอบด้วย เนื้อหาสำหรับผู้ดูแล ได้แก่ มา
รู้จักเด็กแอลดีกันเถอะ แหล่งช่วยเหลือสนับสนุน ช่วยเด็กผ่านการเล่น ตัวอย่างแผนการสอนการเรียนรู้ใน
ชีวิตประจำวัน และหลักการปรับพฤติกรรมเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้

1.2.3 รูปแบบโปรแกรม เป็นรายการกลุ่มโดยกิจกรรมๆ ละ 90 นาที โดยดำเนินการครั้งละ 2 กิจกรรม
เป็นระยะเวลา จำนวน 6 สัปดาห์

2. ผลการทดลองใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กบกพร่อง ด้านการเรียนรู้

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานรายด้าน ของพฤติกรรมดูแลผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้
จำแนกรายด้าน ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม (N=15)

พฤติกรรมดูแลรายด้าน	ก่อน			หลัง		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
- ด้านการเรียนรู้	2.70	0.69	ปานกลาง	4.00	0.59	มาก
- ด้านการช่วยเหลือ/ระคับประคองอารมณ์	2.97	0.59	ปานกลาง	3.20	0.59	มาก
- ด้านการปรับพฤติกรรม	3.10	0.53	มาก	3.53	0.37	มาก
โดยรวม	2.92	0.50	ปานกลาง	3.2	0.59	มาก

สำหรับการทดลองใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้กับ กลุ่ม
ตัวอย่าง จำนวน 15 คน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล จำนวน 15 คน พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย
40 ปี ($SD=6.96$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 93.3 ส่วนมากมีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีและสูงกว่า
ร้อยละ 33.3 รองลงมาประถมศึกษา ร้อยละ 26.7 และ 2) ข้อมูลทั่วไปของเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ พบว่า เป็น
เพศชาย ร้อยละ 66.7 และ เพศหญิง ร้อยละ 33.3 อายุเฉลี่ย 10.46 ปี ($SD=2.41$) ระดับการศึกษาของเด็กส่วนใหญ่
อยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80 และระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 20 ศึกษาในโรงเรียนของรัฐบาล ร้อยละ
86.7 และโรงเรียนเอกชน ร้อยละ 13.3

ผลการทดลองใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ พบว่า ค่าเฉลี่ย
คะแนนพฤติกรรมโดยภาพรวมก่อนได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับปานกลาง และหลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับมาก
เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยด้านการเรียนและการช่วยเหลือ/ระคับประคอง
อารมณ์ อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อหลังเข้าโปรแกรมแล้ว ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านดังกล่าวทั้งสองด้าน เพิ่มขึ้น อยู่ใน
ระดับมาก (ตาราง 3) สำหรับค่ามัธยฐานของพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลพบว่าหลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับ
โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z=-2.36, p<.05$) (ตาราง 4)

ตาราง 4 ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ 1 เดือน ด้วย Wilcoxon Signed Ranks Test

โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ	n	คะแนนพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล		Z	p-value (1-tailed)
		Mdn	IQR		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	15	2.75	.81	-2.36	.009
หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม	15	3.56	.99		

อภิปรายผล

การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ โดยใช้แนวคิดของ Miller (2000) ร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพและการทบทวนวรรณกรรม โดยสรุป มีองค์ประกอบ คือ 1) ลักษณะโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ การเข้าใจลูกเข้าใจเรา มารู้อัจฉริยะเด็กกันเถอะ ช่วยลูกผ่านการเรียนรู้และร่วมสร้างการเรียนรู้ ฝึกพฤติกรรมดีการเรียนรู้ที่ดีตาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปรับพฤติกรรมและการเรียน และเติมพลังเสริมจิตใจ และ 2) คู่มือการสร้างเสริมพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลเด็กประกอบด้วย เนื้อหาสำหรับผู้ดูแล ได้แก่ มารู้อัจฉริยะเด็กกันเถอะ แหล่งช่วยเหลือสนับสนุน ช่วยเด็กผ่านการเรียนรู้ ตัวอย่างแผนการสอน การเรียนในชีวิตประจำวันและหลักการปรับพฤติกรรมเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ อภิปรายได้ดังนี้

กิจกรรมของโปรแกรมพัฒนาจากแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ ของ Miller (2000) โดยการใช้แหล่งเสริมสร้างพลังอำนาจภายในตัวผู้ดูแล โดยการทำกิจกรรมเข้าใจลูกเข้าใจเราเป็นดังแหล่งพลังอำนาจด้านทัศนคติเชิงบวก ผ่านกิจกรรม สนุกคิดสนุกเขียน เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจ และรับรู้ปัญหาด้านการเรียนของเด็กและเข้าถึงความรู้สึกของเด็กอย่างชัดเจนขึ้นผู้ดูแลเด็กกล่าวว่า “...ความรู้สึกใหม่...ลูกและแม่รวมถึงคนในครอบครัว สามารถสร้างและพัฒนาได้... เข้าใจอารมณ์ลูกมากขึ้น...” (กลุ่มตัวอย่าง) ร่วมด้วยกับกิจกรรม มารู้อัจฉริยะเด็กกันเถอะ โดยการร่วมแลกเปลี่ยนความเข้าใจเรื่องโรคแอลดี ตามมุมมองของผู้ดูแล และเสริมความเข้าใจเด็กกลุ่มนี้มากขึ้น ผู้ดูแลกล่าวว่า “...เข้าใจสิ่งที่เขาเป็นมากขึ้น รักและห่วงใยมากขึ้น” (กลุ่มตัวอย่าง) ทั้งยังแนะนำแหล่งสนับสนุนด้านการส่งเสริมการเรียนรู้ โดยใช้คู่มือการสร้างเสริมพลังอำนาจ ที่มีข้อมูลที่จำเป็น เช่น หน่วยงานภาครัฐที่ช่วยเหลือเด็กกลุ่มนี้ เป็นต้น โดยกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยผู้ดูแลในการเพิ่มศักยภาพด้านความรู้ ทักษะการดูแล วิธีการช่วยเหลือเด็กและเข้าใจภาวะต่าง ๆ ของเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ได้ชัดเจนขึ้น (Muthukaruppan, Cameron, Campbell, Krishna, Moineddin, Bharathwaj et al., 2020)

สำหรับกิจกรรมช่วยลูกผ่านการเรียนรู้และร่วมสร้างการเรียนรู้ เป็นการเสริมศักยภาพด้านความรู้ และแรงจูงใจในการช่วยเหลือเด็กโดยผ่านวิธีการเล่น เป็นเสริมทักษะด้านการประสานงานกันระหว่างมือ และ ตา (Saetang, Paimpuech, & Wisessathorn, 2017) และพัฒนาทักษะการเขียน การคำนวณ การอ่านได้ โดยผู้ดูแลได้เรียนรู้วิธีการเล่นต่าง ๆ เช่น วาดตัวเลขในกระเบทราย เป็นต้น ผู้ดูแลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ ตลอดจนร่วมส่งเสริมการเรียนรู้กับเด็กโดยใช้กิจกรรมประจำวัน หรือสิ่งแวดล้อมเป็นสื่อการเรียนรู้ ดังผู้ดูแลกล่าวว่า “...เวลาไปส่งลูกที่โรงเรียน...ฝึกให้ลูกอ่านป้ายโฆษณาข้างทาง...” (กลุ่มตัวอย่าง) กิจกรรมนี้จะช่วยเพิ่มทักษะให้ผู้ดูแลสามารถนำสื่อสิ่งแวดล้อมมาเป็นสื่อสำหรับฝึกการเรียนรู้แก่เด็กในชีวิตประจำวันได้ นอกจากนั้นยังมีกิจกรรมฝึกพฤติกรรมดีการเรียนรู้ที่ดีตาม เป็นการเสริมทักษะในการดูแลเด็กของผู้ดูแลเมื่อเด็กมีปัญหายุติกรรม เช่น ตื้อ ต่อต้าน ไม่อยากเรียน เป็นต้น โดยการฝึกการให้กำลังใจ/ชื่นชม/ให้รางวัลกับเด็ก และการเลียนแบบ (Logan, 2019) ดังผู้ดูแลกล่าวว่า “ชมลูกมากขึ้น จะกลับไปสอนลูกให้มากขึ้น” (กลุ่มตัวอย่าง) กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปรับพฤติกรรมและการเรียน เพื่อ ร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์เดิม และประสบการณ์ที่ได้รับจากโปรแกรม ไปนำไปใช้ และพัฒนาทักษะในการดูแลเด็ก และกิจกรรมเติมพลังเสริมจิตใจ เป็นการเสริมสร้างพลัง โดยการกล่าวถึงภาวะขึ้นของภูเขาน้ำแข็งของผู้ดูแล พร้อมกับการเสริมพลังให้กับตนเอง และเสริมพลังซึ่งกันและกัน โดยผลสรุปอาหารใจของผู้ดูแล คือ ความรัก ความสุข และความ เป็นพวกเดียวกัน ผู้ดูแลเด็กสะท้อนว่า “...แม่จะพร้อมเคียงข้างลูกเสมอ ไม่ว่าจะอย่างไรก็ตามของแม่...อยู่ในสังคม

อย่างมีความสุข” (กลุ่มตัวอย่าง) สอดคล้องกับงานวิจัย Damen, Veerman, Vermulst, Westerdijk, & Scholte (2020) เสริมพลังอำนาจให้กับมารดาช่วยดูแลเด็กที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมได้

สำหรับรูปแบบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้นจัดกิจกรรม เป็นกลุ่มกิจกรรม เพื่อช่วยให้ผู้ดูแล ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึก ความรู้และพลังอำนาจในการดูแลของแต่ละคน และร่วมกันแลกเปลี่ยน วิธีการดูแล และฝึกทักษะการสอนเพิ่มขึ้น (Rajanukul Institute, Department of Mental Health, 2012; Yalom, 1995) โดยแต่ละกิจกรรมๆ ละ 90 นาที และใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ อธิบายได้ว่าวิธีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายหรือร่วมแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ รวมทั้งการเพิ่มพฤติกรรมดูแลเด็กได้นั้น ใช้เวลาในการฝึกปฏิบัติ อยู่ในระยะเวลา 4 - 7 สัปดาห์ (Bumrungchon, Rattanapiroj, & Prada, 2014; Phothisuwan, Kusol, & Eksirinimit, 2020)

การทดสอบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ พบว่า คะแนนมัชฌิมาของพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้หลังจากได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมดูแลมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -2.362, p < .05$) และ มีพฤติกรรมดูแลในด้านการเรียน และด้านการช่วยเหลือและประคับประคองด้านอารมณ์ของเด็กเพิ่มขึ้น (ตาราง 2) อภิปรายได้ว่า กลุ่มผู้ดูแลเป็นเพศหญิง และอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางที่มีศักยภาพและวุฒิภาวะในเรื่องการดูแลเด็ก (Kaewkangwan, 2010) เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้นั้น ได้รับการเสริมพลังอำนาจในตนเองด้านอัตมโนทัศน์เชิงบวก ความเข้าใจภาวะต่าง ๆ ของเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ เพิ่มพลังและแรงจูงใจ ทั้งยังได้รับ การส่งเสริมในการพัฒนาทักษะการสอน การเล่นและสื่อสารแวดล้อมในชีวิตประจำวันและร่วมกับการรับรู้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือจึงส่งผลให้พฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กเพิ่มขึ้น โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแล/ผู้ปกครอง ช่วยในการดูแลเด็กได้ (Damen, Veerman, Vermulst, Westerdijk, & Scholte, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาของ Bumrungchon Rattanapiroj & Prada (2014) พบว่า ผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านพัฒนาการและสติปัญญาที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ มีพฤติกรรมดูแลมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.26, p < .01$) และ การศึกษาของ Phothisuwan Kusol & Eksirinimit (2020) พบว่า โปรแกรมสนับสนุนศักยภาพครอบครัวของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ มีพฤติกรรมดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยสรุปการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้นั้น มีลักษณะเป็น กิจกรรมกลุ่ม ที่ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ การเข้าใจลูกเข้าใจเรา มารู้จักโรคแอลดีกันเถอะ ช่วยลูกผ่านการเล่นและร่วมสร้างการเรียนรู้ ฝึกพฤติกรรมดีการเรียนรู้ก็ติดตาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปรับพฤติกรรมและการเรียนและเติมพลังเสริมจิตใจ และคู่มือการสร้างเสริมพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลเด็ก ช่วยเพิ่มพฤติกรรมดูแลเด็กกลุ่มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียน มีพฤติกรรมดูแลเด็กมากขึ้น ในคลินิกจิตเวชเด็กของโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช หรือสถาบันสุขภาพจิตเด็ก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้นี้ มีกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มควบคุมการดูแลปกติ และการคงอยู่ของโปรแกรมฯ โดยการศึกษาหลังการสิ้นสุดโปรแกรมระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน
2. นำไปโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจฯ ไปทดลองใช้ที่อื่นๆ/ภูมิภาคอื่นๆ หรือบริบทอื่นๆ

References

- Bumrungronchon, K., Rattanapiroj, P. & Prada, J. (2014). The Development of Empowerment Program for Caregivers of Persons with Developmental and Intellectual Disabilities. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 28(2), 125-140. (in Thai)
- Chaikhram, R., Raksanaves, L. & Pichaya, N. (2020). Effects of Empowerment Program on Empowering and Caring Behaviors among Caregivers for Patients with Malnutrition of Head and Neck Cancer. *Nur Primary Care*, 4(7), 1-6. (in Thai)
- Choomchit, S. (2007). *A Study of Using Empowerment Program on Parent's Burden to Care for Children with Autistic at Yuwaprasart Waithayopatham Child Psychiatric Hospital*. A thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements for the Degree of Master of Nursing Science. Chulalongkorn University. (in Thai)
- Chumsri, S., Chaimongkol, N. & Sanareungsak, S. (2014). Effects of The Child Caregiver's Empowerment Promoting Program on Ability and Burden to Care for Children with Cerebral Palsy. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 22(4), 35-46. (in Thai)
- Damen, H., Veerman, J. W., Vermulst, A. A., Westerdijk, I. & Scholte, Ron H. L. (2020). Parental Empowerment and Child Behavioral Problems in Single and Two-Parent Families During Family Treatment. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 2824-2835.
- Frolov, L. & Schaeffer, M. A. (2021). *What is Specific Learning Disorder?*. Retrieved December 4, 2021 https://www.psychiatry.org/patients-families/specific-learning-disorder/what-is-specific-learning-disorder#section_2
- Isa, S. N., Ishak, I., Rahman, A. A., Saat, N. Z., Din, N. C., Lubis, S. H., et al. (2017). Perceived Stress and Coping Styles among Malay Caregivers of Children with Learning Disabilities in Kelantan. *The Malaysian Journal of Medical Sciences*, 24(1), 81-93.
- Kaewkangwan, S. (2010). *The Psychology of Life Development of All Ages: Theoretical Concepts - Middle Childhood*. (Volume 1). Bangkok: Thammasat University Press. (in Thai)
- Khamkuna, S. (2007). *The Effect of Psycho Education Program on Caring Behavior of Parents of Children with Autism in the Developmental Clinic, Phra Sri Maha Pho Hospital, Ubon Ratchathani Province*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements for the Degree of Master of Public Health in Health Promotion Program Ubon Ratchathani Rajabhat University, Ubon Ratchathani. (in Thai)
- Kokulchan, S., Ruchiwit, M. & Sirimpunkul, P. (2018). The Effects of A Holistic Health Caring Behaviors of Caregivers of Children with Learning Disability. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 28(2), 125-140. (in Thai)
- Logan, S. A. (2019). Managing Challenging Behavior in Children with Possible Learning Disability a Parent's Perspective. *BMJ*, 365.
- Medical Record Audit, Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital. (2019). *Annual Statistics Report*. Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Copies of documents, (in Thai).
- Miller, J. (2000). *Coping with Chronic Illness: Overcoming Powerlessness* (3rd ed.). Philadelphia, PA: F.A. Davis.

- Muthukaruppan, S. S., Cameron, C., Campbell, Z., Krishna, D., Moineddin, R., Bharathwaj, A., et al. (2020). Impact of A Family-Centered Early Intervention Program in South India on Caregivers of Children with Developmental Delays. *Disability and Rehabilitation*, 1-10.
- Palapirom, R., Prasopkittikun, T. & Vichitsukon, K. (2010). Effects of An Empowerment Program on Mothers' Self-Efficacy in The Care of Children with Developmental Delays. *J Nurs Sci*, 28(4), 68-75, (in Thai).
- Peterson, T. (2019). *Learning Disabilities Statistics and Prevalence, Healthy Place*. Retrieved December 4, 2021 from <https://www.healthplace.com/parenting/learning-disabilities/learning-disabilities-statistics-and-prevalence>. PRISMA. Retrieved December 4, 2021 from <https://www.prisma-statement.org>.
- Phomwises, P. (2013). *Effects of The Caregiver's Empowerment Program on Home Care for Preschool Children with Leukemia*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements for the Degree of Master of Science Program in Public Health Mahidol University. Mahidol University, (in Thai).
- Phothisuwan, M., Kusol, K. & Eksirinimit, T. (2020). The Effects of Family Potential Support Program on The Learning Ability of Students with Learning Disabilities. *Journal of Mental Health of Thailand*, 28(3), 187-198. (in Thai).
- Piyasil, V. & Wangtan, S. (2015). Learning Disorders and Comorbidity. *The Psychiatric Association of Thailand*, 60(4), 287-296, (in Thai).
- Rajanukul Institute, Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2012). *Children with LD: A Guide for Parents*. Bangkok: Beyond Publishing, (in Thai).
- Saetang, P., Paimpuech, R. & Wisessathorn, M. (2017). The Comparison of Visual-Motor Integration Scores Between Learning Disability and Normal Children. *Journal of Industrial Education*, 16(3), 29-37, (in Thai).
- Sangsa-nguan, K. (2015). *The Relationship Between Power Resources Perception and Caring Behaviors among Caregivers of Children with Learning Disabilities*. A Minor Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements for the Degree of Master of Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing) Prince of Songkla University, Prince of Songkhla University. (in Thai).
- Yalom, I. D. (1995). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Book.

รูปแบบการพัฒนาจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้น แก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชน จังหวัดยะลา

The Model of Volunteer Development for Basic Response to Disaster in the Community, Yala Province

เจตน์วิชัยุตม์ บริรักษ์^{1*}, สุทธิพร มุลศาสตร์², วันเพ็ญ แก้วพาน³

Chetwichayut Borirak^{1*}, Sutteeporn Moolsart², Wonpen Keawpan³

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช^{1*},

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช², คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล³

Master of Nursing program students Nursing Science Sukhothai Thammathirat Open University^{1*},

Sukhothai Thammathirat Open University², Faculty of Public Health, Mahidol University³

(Received: May 25, 2022; Revised: May 9, 2023; Accepted: May 15, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้เพื่อศึกษาความคิดเห็นของประชาชนต่อการเกิดสาธารณภัยและการพัฒนาจิตอาสา พัฒนารูปแบบจิตอาสาและประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชน ดำเนินการเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาความคิดเห็นของประชาชนต่อการเกิดสาธารณภัยและการพัฒนาจิตอาสาในการช่วยเหลือเบื้องต้นจากแกนนำชุมชนใน อ.เมือง จ. ยะลา จำนวน 15 คน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพัฒนาจิตอาสา กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมพัฒนารูปแบบ จำนวน 18 คน และระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของการรูปแบบจากจิตอาสา จำนวน 30 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ 1) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม 2) แนวทางการระดมสมอง 3) แบบสอบถามความรู้และแรงจูงใจในการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัย มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .98 และ .90 และมีค่าความเที่ยงของคูเดอร์-ริชาร์ดสันของความรู้ เท่ากับ .81 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแรงจูงใจ เท่ากับ .99 และ 4) แบบประเมินทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้น มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .96 และค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน เท่ากับ .97-.98 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติทดสอบทีคู่ ผลการวิจัยพบว่า

1. ชุมชนรับรู้ความรุนแรงของการเกิดสถานการณ์การเกิดสาธารณภัยและป้องกันตามศักยภาพ และคิดว่าควรมีการพัฒนาจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัย
2. รูปแบบการพัฒนาจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชน ประกอบด้วย การสร้างความตระหนักถึงการมีส่วนร่วมในการป้องกันสาธารณภัย การปลูกจิตสำนึกการเป็นจิตอาสา การคัดเลือกจิตอาสาตามคุณสมบัติ การอบรมเชิงปฏิบัติการ และการฝึกซ้อมแผนสาธารณภัย
3. หลังการทดลองใช้รูปแบบ ความรู้ แรงจูงใจ และทักษะในการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชนของจิตอาสาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จิตอาสามีความสำคัญต่อการดำรงอยู่ของสังคมภายใต้สถานการณ์สาธารณภัย การพัฒนาจิตอาสาให้มีความรู้และทักษะในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในสถานการณ์สาธารณภัย ให้ได้รับการดูแลก่อนชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเข้าไปถึงจะช่วยลดความรุนแรงความพิการและการเสียชีวิตจากสาธารณภัย

คำสำคัญ: จิตอาสา, การช่วยเหลือเบื้องต้น, สาธารณภัย, จังหวัดยะลา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: puttipat99@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 084-1934944)



Abstract

This research and development study aimed to: 1) determine the opinion of Yala Province residents about disasters, and the idea of developing a group of volunteers for providing a basic response to disaster victims in the community, 2) develop a model for the recruitment and training of volunteers for basic response to disaster victims in the community, and 3) study the effectiveness of the volunteer development model on basic response to disaster victims in the community.

The samples were reported according to the stages of the study. The first stage was the study of the opinions of Yala 15 community leaders on disasters and volunteer development for basic response to disaster victims. The second stage was to develop the model of volunteer development for basic response to disaster victims in the community. The samples were 18 people who comprised the model development team. The third stage was to study the effectiveness of the volunteer development model on basic response to disaster victims in the community with 30 volunteers. Research instruments included: 1) a question guideline for the focus group, 2) a guideline for brainstorming, 3) two questionnaires on knowledge and motivation for basic response to disaster victims in the community, with content validity indexes of .98 and .90, respectively. Kuder-Richardson for knowledge of questionnaire was .81, while Cronbach's alpha coefficient for the motivation questionnaire was .99. There was also 4) an assessment form of the basic response skills to disaster victims of the volunteers, with a content validity index of .96, and inter-rater reliability between .97 to .98. Qualitative data were analyzed by content analysis, and quantitative data were analyzed by descriptive statistics and a t-test.

The study showed that people in the community perceived the severity of potential disasters and public dangers at a good level, as well as the importance of preventing them fully of their potential. They agreed there should be a project to develop volunteers for basic response to disaster victims in the community. The model for the development of volunteers for basic response to disaster victims in the community is composed of building up awareness about participation in disaster prevention, raising the consciousness of being volunteers, selecting qualified volunteers, training by workshops, and rehearsal of disaster action plans. After testing the model, the knowledge, motivation, and skills in basic response to disaster victims in the community of volunteers had significantly improved ($p\text{-value} < .05$).

Volunteerism has played an important role in the survival of society in disaster situations. Developing volunteer spirit to have the knowledge and skills to help the injured in various disaster situations before the emergency action team arrives will reduce the severity, disability, and fatalities from disasters.

Keywords: Disasters, Yala Province, Volunteer, Basic Response

บทนำ

สาธารณภัยเป็นภัยหรืออันตรายที่ทำให้เกิดความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินอย่างรุนแรงสาธารณภัยในประเทศไทยที่สำคัญและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ อุทกภัย วาตภัย ภัยจากดินโคลนถล่ม แผ่นดินไหวและสึนามิ ภัยแล้ง อัคคีภัย ไฟป่าและหมอกควัน ภัยจากการคมนาคม โรคระบาด ภัยจากการก่อวินาศกรรม (Disaster Prevention and Mitigation Plan, 2015) สาธารณภัยของพื้นที่ภาคใต้ตอนล่างมีทั้งสาธารณภัยที่เกิดจากธรรมชาติ

(Natural Disaster) มักเกิดขึ้นตามฤดูกาลเป็นส่วนใหญ่แต่บางครั้งอาจเกิดขึ้นโดยกะทันหัน ได้แก่ อุทกภัย วาตภัย ภัยแล้ง อัคคีภัย แผ่นดินถล่ม การระบาดของโรค เป็นต้น และสาธารณภัยที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ (Human Disaster) โดยอาจเกิดจากสิ่งประดิษฐ์เพื่อความสะดวกสบายหรือเพื่อประทุษร้ายกัน ได้แก่ ภัยจากจรวดทางบก ทางอากาศ ทางน้ำ ภัยจากการประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรมและอุตสาหกรรม ภัยจากความไม่สงบของประเทศ (Disaster Prevention and Mitigation Center Region 12 Songkhla, 2020)

สถานการณ์ของสาธารณภัยใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ จังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา และจังหวัดนราธิวาส ระหว่าง พ.ศ. 2558-2561 สามารถจัดลำดับความสำคัญจำนวน 5 อันดับ ดังนี้ ลำดับที่ 1 สาธารณภัยจากอุบัติเหตุ การจรวดทางบก ซึ่งสาเหตุเกิดจากความประมาทและไม่ถือปฏิบัติตามกฎระเบียบ ปริมาณของยานพาหนะเพิ่มขึ้น ลำดับที่ 2 สาธารณภัยจากอุทกภัยและดินโคลนถล่ม สาเหตุเกิดจากฝนตกหนัก ป่าถูกทำลายดินขาดรากไม้ยึดเหนี่ยว ลำดับที่ 3 สาธารณภัยจากการก่อการร้าย สาเหตุเกิดจากผู้ก่อความไม่สงบดำเนินการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ ด้วยการลอบทำร้าย วางเพลิง วางระเบิด ลำดับที่ 4 สาธารณภัยจากอัคคีภัยหรือเหตุไฟไหม้ สาเหตุเกิดจากความประมาทและขาดความระมัดระวัง และลำดับที่ 5 สาธารณภัยจากพายุหมุนเขตร้อนวาตภัย สาเหตุหลักเกิดจากปรากฏการณ์ทางธรรมชาติ พายุฝนคะนอง พายุลมแรง (Disaster Prevention and Mitigation Center Region 12 Songkhla, 2020)

สถานการณ์สาธารณภัยของจังหวัดยะลา ระหว่าง พ.ศ. 2559-2563 มีดังนี้ 1) สาธารณภัยที่เกิดจากธรรมชาติ ได้แก่ วาตภัย เกิดขึ้นจำนวน 78 ครั้ง อุทกภัย เกิดขึ้นจำนวน 11 ครั้ง ภัยจากไฟฟ้าและหมอกควัน เกิดขึ้นจำนวน 1 ครั้ง 2) สาธารณภัยที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ ได้แก่ อัคคีภัย เกิดขึ้นจำนวน 19 ครั้ง ภัยจากคมนาคม เกิดขึ้นจำนวน 2,609 ครั้ง มีผู้เสียชีวิต จำนวน 356 ราย มีผู้บาดเจ็บจำนวน 2,994 ราย (Disaster Prevention and Mitigation Plan of Yala Province, 2021) โดยพบสาธารณภัยที่เกิดขึ้นมากที่สุดในอำเภอเมืองยะลา

ในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยในสถานการณ์สาธารณภัย สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติมีทิศทางการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 และแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562-2565 (ปรับปรุงจากแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564) โดยมีเป้าหมายคือลดการเสียชีวิตและความพิการจากภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากโรคและภัยต่าง ๆ ประกอบด้วยยุทธศาสตร์หลัก 5 ด้าน คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริหารจัดการผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนากลไกอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ และยุทธศาสตร์ที่ 5 การสื่อสารสาธารณะในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสู่ประชาชน โดยมุ่งให้ความสำคัญกับการยกระดับมาตรฐานและคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศเพื่อให้มีมาตรฐาน (National Institute of Emergency Medicine, 2019) อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อจำกัดในบริบทพื้นที่ชายแดนใต้ คุณภาพและการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินอาจไม่เป็นไปตามที่กำหนด จากข้อมูลของระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความร้อนในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ในปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีผู้บาดเจ็บฉุกเฉินเพียงร้อยละ 0.06 ที่ถูกนำส่งโรงพยาบาลโดยหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Songwathana, Kwanphichit, Sea-sia, Kitrungrate, Damkliang, Sandchan et al, 2020) การทำงานของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมพื้นที่ในจังหวัดชายแดนใต้ร้อยละ 73.2 (The Southernmost Health Development Administrative Center, 2018) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาสถานการณ์ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดชายแดนภาคใต้และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพบว่าร้อยละ 53.5 ที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีการดำเนินการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และร้อยละ 73.3 มีนโยบายด้านการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินและเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร (Binsalaehman, Songwathana & Sornsrivichai, 2018) รวมถึงผลการศึกษาการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ความมั่นคงจากมุมมองของผู้ให้บริการ พบว่ารูปแบบการป้องกันก่อนเกิดเหตุในรูปแบบการเฝ้าระวัง และป้องกันเหตุควรปรับเปลี่ยนไปตามบริบทของพื้นที่โดยมี คนในชุมชนหรือภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมกับหน่วยงานภาครัฐทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อช่วยสอดส่อง

ดูแลรักษาความปลอดภัย เป็นการช่วยเหลือดูแลซึ่งกันของชุมชนโดยชุมชน (Songwathana, Kwanphichit, Sea-sia, Kitrungrrote, Damkliang, Sandchan et. al, 2020)

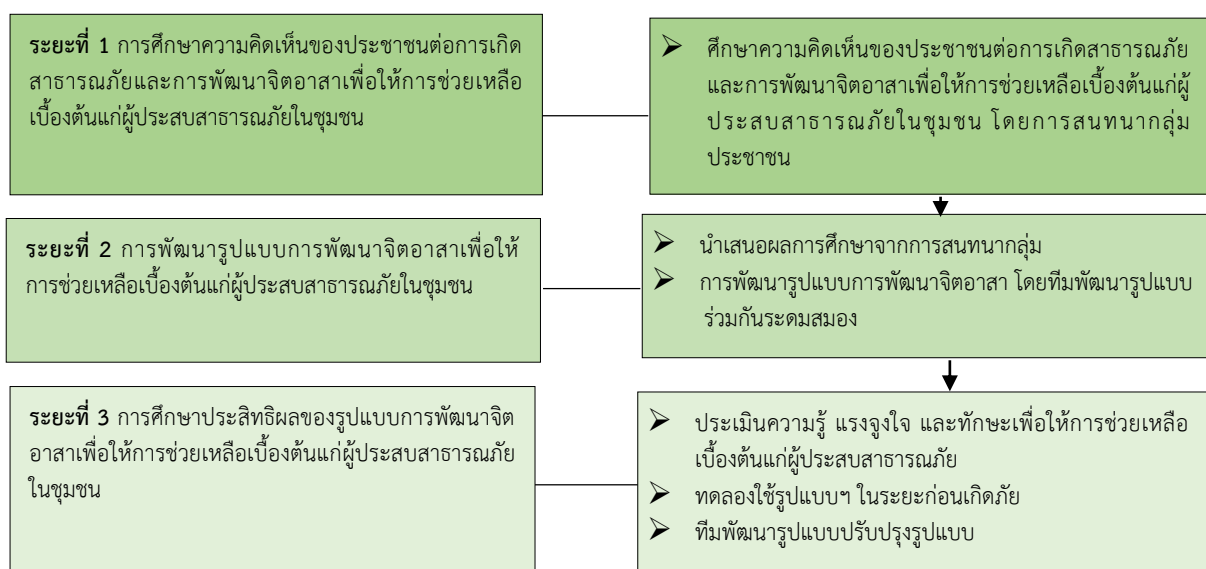
จิตอาสาในชุมชนจึงมีความสำคัญต่อการดำรงอยู่ของสังคมภายใต้สถานการณ์ภัย การสร้างจิตอาสาของคนในสังคมจึงจำเป็นและมีความสำคัญในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในสถานการณ์ภัยต่าง ๆ ให้ได้รับการดูแลก่อนที่จะมีชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเข้าไปถึงซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงความพิการและการเสียชีวิตจากภัย รวมทั้งช่วยลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีความประสงค์จะพัฒนารูปแบบการพัฒนาจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบภัยในชุมชน จังหวัดยะลา ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาได้ในการศึกษานี้จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบภัยในชุมชน จังหวัดยะลา ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของประชาชนต่อการเกิดสาธารณภัย และการพัฒนาจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบภัยในชุมชน จังหวัดยะลา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบภัยในชุมชน จังหวัดยะลา
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบภัยในชุมชน จังหวัดยะลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดวัฏจักรการจัดการสาธารณภัย (Disaster Management Cycle) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO, 2002) ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ 1) ก่อนเกิดภัย ได้แก่ การป้องกันและลดผลกระทบ (Prevention and Mitigation) และการเตรียมความพร้อม (Preparedness) 2) ระหว่างเกิดภัย ได้แก่ การเผชิญเหตุหรือการรับมือ (Response) และ 3) หลังเกิดภัย ได้แก่ การฟื้นฟู (Recovery) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยมี 3 ระยะ ดังนี้ (ภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะดังนี้
ระยะที่ 1 ศึกษาความคิดเห็นของประชาชนต่อการเกิดสาธารณภัย และการพัฒนาจิตอาสาในการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชน ในระยะนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ แกนนำชุมชนในอำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา

กลุ่มตัวอย่าง คือ แกนนำชุมชนที่เป็นทางการ ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำสตรี ผู้นำเยาวชน อาสาสมัครของหน่วยงานต่าง ๆ และ แกนนำชุมชนที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ ผู้อาวุโส ข้าราชการบำนาญ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 15 คน โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

1. เป็นแกนนำชุมชนแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ
2. สนใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปแกนนำชุมชน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ตำแหน่งในชุมชน

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของประชาชนต่อการเกิดสาธารณภัย และการพัฒนาจิตอาสาเพื่อการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชน ดังนี้ 1) คำถามการรับรู้สถานการณ์การเกิดสาธารณภัยในชุมชน จำนวน 4 ข้อ 2) การพัฒนารูปแบบการพัฒนาจิตอาสาเพื่อการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชน จังหวัดยะลา ประกอบด้วย ระยะก่อนเกิดภัย จำนวน 6 ข้อ ระยะระหว่างเกิดภัย จำนวน 2 ข้อ และระยะหลังเกิดภัย จำนวน 1 ข้อ และ 3) ชุมชนควรพัฒนาประชาชนให้มีจิตอาสาในการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชน จังหวัดยะลา เพิ่มมากขึ้นหรือไม่ เพราะเหตุใด จำนวน 1 ข้อ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ อาจารย์เชี่ยวชาญทางการจัดการสาธารณสุข 2 คน อาจารย์เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุข 2 คน และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ 1 คน เพื่อตรวจสอบครอบคลุมของเนื้อหาและความชัดเจนของภาษาและนำแนวคำถามมาปรับปรุงตามคำแนะนำก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ผู้ให้ข้อมูลแกนนำชุมชน จำนวน 15 คน ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 10 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและการตีความข้อมูลเชิงคุณภาพ ตามขั้นตอน ดังนี้ การบันทึกข้อมูล (Field Notes) การใช้รหัสข้อมูล (Coding) และการวิเคราะห์ ตีความ และให้ความหมายข้อมูล

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพัฒนาจิตอาสาเพื่อการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชน ในระยะเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการระดมสมองทีมพัฒนารูปแบบการพัฒนาจิตอาสาเพื่อการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัย มีวิธีการดำเนินการ ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ทีมพัฒนารูปแบบการพัฒนาจิตอาสาเพื่อการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชน อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมพัฒนารูปแบบการพัฒนาจิตอาสาเพื่อการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชน อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ได้แก่ แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทหาร/ตำรวจ

และบุคลากรสาธารณสุข การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ลักษณะของกลุ่มที่เลือกเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 18 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวทางการระดมสมอง (Brainstorming Guideline) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการระดมสมอง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ และตำแหน่งในชุมชน/ตำแหน่ง

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของประชาชนต่อการเกิดสาธารณภัย และการพัฒนารูปแบบการพัฒนาจิตอาสา เพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชน จังหวัดยะลา ประกอบด้วย ระยะก่อนเกิดภัย ระยะระหว่างเกิดภัย และระยะหลังเกิดภัย

ส่วนที่ 3 การระดมสมองที่พัฒนาเพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชน จังหวัดยะลา ประกอบด้วย 1) การรับรู้สถานการณ์เกิดสาธารณภัยในชุมชน จำนวน 2 ข้อ 2) การพัฒนารูปแบบการพัฒนาจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชน แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนเกิดภัย จำนวน 5 ข้อ ระยะระหว่างเกิดภัย จำนวน 2 ข้อ และการฟื้นฟูหลังเกิดภัย จำนวน 1 ข้อ และ 3) ชุมชนควรพัฒนาประชาชนให้มีจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยของชุมชนในจังหวัดยะลา เพิ่มมากขึ้นอย่างไร จำนวน 1 ข้อ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ อาจารย์เชี่ยวชาญทางการจัดการสาธารณสุข 2 คน อาจารย์เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุข 2 คน และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ 1 คน เพื่อตรวจสอบครอบคลุมของเนื้อหาและความชัดเจนของภาษา และนำแนวคำถามมาปรับปรุงตามคำแนะนำก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการระดมสมองที่พัฒนารูปแบบการพัฒนาจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชน จำนวน 18 คน จำนวน 3 ครั้ง ๆ 1 ชั่วโมง 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและการตีความข้อมูลเชิงคุณภาพ ตามขั้นตอน ดังนี้ การบันทึกข้อมูล (field notes) และการวิเคราะห์ ตีความ และให้ความหมายข้อมูล

ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการพัฒนาจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชน มีวิธีการดำเนินการ ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนในอำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา จำนวน 83,288 คน (Department of Provincial Administration, Ministry of Interior, 2021)

กลุ่มตัวอย่าง คือ จิตอาสาในอำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับสลาก จากตำบล 1 ตำบลในอำเภอเมือง จังหวัดยะลา โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีอายุ 20-65 ปี 2) มีสุขภาพแข็งแรง 3) สามารถอ่านออก เขียนได้ ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร 4) เป็นผู้เสียสละเวลาเพื่อช่วยเหลือชุมชน 5) มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี และ 6) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย สำหรับเกณฑ์ในการคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) ขาดเอกสาร 2) ย้ายออกจากพื้นที่ และ 3) เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการพัฒนาจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชน จังหวัดยะลา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยศึกษาจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะงานวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และ ปัจจุบันเป็นจิตอาสา

ส่วนที่ 2 ความรู้ของจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัย จำนวน 22 ข้อ โดยเป็นคำถามเชิงบวก จำนวน 19 ข้อ และคำถามเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ ให้เลือกตอบว่า ถูกต้อง ไม่แน่ใจ และไม่ถูกต้อง ในการแปลผลความรู้ของจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัย จำนวน 22 ข้อ แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ พิจารณาตามเกณฑ์ของ Bloom (1968)

ส่วนที่ 3 แรงจูงใจของจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัย จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามให้เลือกตอบแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และไม่มีเลย เกณฑ์การแปลความหมายแรงจูงใจเพื่อจัดระดับออกเป็น 5 ระดับ ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1 – 5 โดยพิจารณาอิงเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1981)

ชุดที่ 2 แบบประเมินทักษะของจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัย จำนวน 28 ข้อ เป็นแบบประเมินที่ให้ผู้ประเมิน โดยมีระดับการประเมินเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ ดีมาก ค่อนข้างดี ปานกลาง ควรปรับปรุง ไม่ดีเลย เกณฑ์การแปลความหมายทักษะเพื่อจัดระดับออกเป็น 5 ระดับ ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1 – 5 โดยพิจารณาอิงเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1981)

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประเภทแบบสอบถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ อาจารย์เชี่ยวชาญทางการจัดการสาธารณสุข 2 คน อาจารย์เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุข 2 คน และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ 1 คน ได้คำดัชนีความตรงตามเนื้อหาของความรู้จิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัย รายข้อ เท่ากับ .80-1.00 และคำดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .98 แรงจูงใจจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยรายข้อ เท่ากับ .80-1.00 และคำดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเฉลี่ย เท่ากับ .90 และทักษะจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยรายข้อ เท่ากับ .80-1.00 และคำดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเฉลี่ย เท่ากับ .96 ภายหลังผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิได้ไปทดลองใช้กับกลุ่มจิตอาสา จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ณ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี ผลการคำนวณค่าความเที่ยง คูเดอร์-ริชชิตสัน 20 ของแบบสอบถามความรู้จิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยเท่ากับ 0.81 และหาความเชื่อมั่นโดยหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค แรงจูงใจจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัย เท่ากับ .99 แบบประเมินทักษะจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัย มีค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน เท่ากับ .97 - .98

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ แรงจูงใจ และทักษะเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชนของจิตอาสา ก่อนและหลังการทดลองใช้สถิติ Paired t-test และข้อมูลมีการกระจายแบบปกติซึ่งทดสอบโดยค่า Kolmogorov Smirnov test กำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่ SCPHYLIBR-004/2565 ลงวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2565

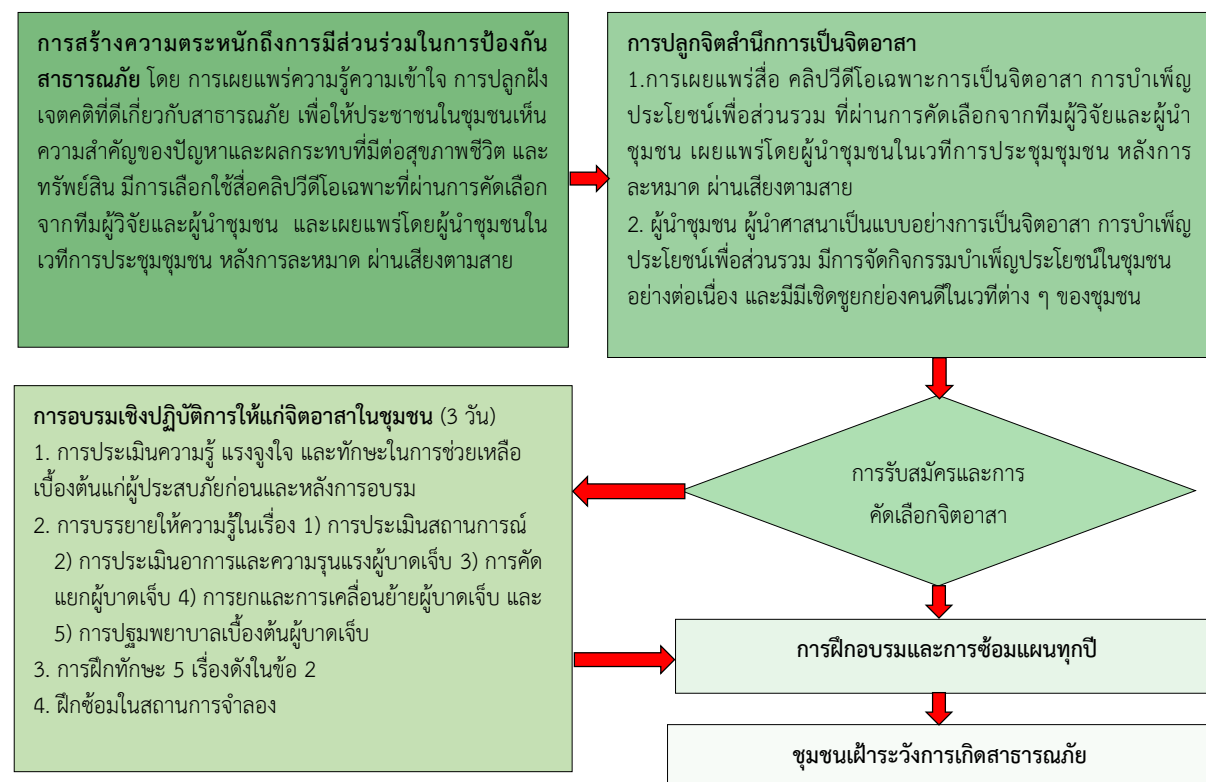
ผลการวิจัย

1. ความคิดเห็นของประชาชนต่อการเกิดสาธารณภัย และการพัฒนาจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชน

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นแกนนำชุมชน จำนวน 15 คน เพศชาย ร้อยละ 66.67 และ เพศหญิง ร้อยละ 33.33 มีอายุระหว่าง 51-60 ปีมากที่สุด ร้อยละ 53.33 โดยอายุต่ำสุดเท่ากับ 40 ปี สูงสุด 56 ปี อายุเฉลี่ย 49.87 ปี สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 60.00 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 46.67 ตำแหน่งในชุมชนเป็นกรรมการหมู่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 33.33

2.2 ความคิดเห็นของประชาชนต่อการเกิดสาธารณภัยและการพัฒนาจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชน 1) การรับรู้สถานการณ์การเกิดสาธารณภัยในชุมชน ชุมชนรับรู้ถึงสถานการณ์และความรุนแรงของสาธารณภัยที่เกิดขึ้นในชุมชน มีทั้งภัยจากภัยธรรมชาติ ได้แก่ น้ำท่วม ลมแรง และภัยจากมนุษย์สร้างขึ้น ได้แก่ ระเบิด ไฟไหม้ ซึ่งสาธารณภัยเหล่านี้เคยเกิดขึ้นซ้ำ ๆ ต่อเนื่องหลาย ๆ ปี ผู้ที่มีบทบาทและมีส่วนร่วมการป้องกันสาธารณภัย ได้แก่ ผู้นำชุมชน ชุติรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน ซึ่งมีไม่เพียงพอในการป้องกันสาธารณภัยที่เกิดขึ้นในชุมชน 2) การพัฒนาจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชน ชุมชนมีระบบการจัดการสาธารณภัยโดยในระยะก่อนเกิดภัย การป้องกันและลดผลกระทบและการเตรียมความพร้อม ได้แก่ การเตือนภัยทั้งตัวบุคคล และสื่อต่าง ๆ การสอดส่องความปลอดภัย เป็นต้น ระยะระหว่างเกิดภัย การเผชิญเหตุ การให้ความช่วยเหลือผู้ประสบสาธารณภัยเบื้องต้น และระยะหลังเกิดภัย การรายงานข้อมูลสาธารณภัย การฟื้นฟูสภาพและช่วยเหลือเบื้องต้น การประสานงานและขอความช่วยเหลือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งชุมชนให้ข้อคิดเห็นว่าจิตอาสายังมีไม่เพียงพอต่อการช่วยเหลือผู้ประสบสาธารณภัย ชุมชนควรมีจิตอาสาเพิ่มขึ้น และจิตอาสาควรมีความรู้ ทักษะในการช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนเข้าไปช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ

2. รูปแบบการพัฒนาจิตอาสาในการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชน การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลการทดลองใช้รูปแบบในระยะก่อนเกิดภัย มีกระบวนการ ดังภาพต่อไปนี้



ภาพ 2 กระบวนการพัฒนาจิตอาสาในการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชน

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชน ผลการศึกษาดังนี้

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรู้ ค่าเฉลี่ยทักษะ และค่าเฉลี่ยแรงจูงใจ ของจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชน จังหวัดยะลา ก่อนและหลังใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติ Paired t-test (n = 30)

ตัวแปร	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i> (1-tailed)
ความรู้					
ก่อนใช้รูปแบบ	14.20	4.91	-6.79	29	<.001
หลังใช้รูปแบบ	20.47	1.31			
ทักษะเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้น					
ก่อนใช้รูปแบบ	2.66	0.22	-56.15	29	<.001
หลังใช้รูปแบบ	4.57	0.22			
แรงจูงใจ					
ก่อนใช้รูปแบบ	4.32	0.37	-3.81	29	<.001
หลังใช้รูปแบบ	4.50	0.19			

ตาราง 1 หลังการใช้รูปแบบ จิตอาสามีความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจในการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยดีกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผล

1.ความคิดเห็นของประชาชนต่อการเกิดสาธารณภัยและการพัฒนาจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชน ประชาชนรับรู้ถึงสถานการณ์การเกิดสาธารณภัยในชุมชนซึ่งมีทั้งภัยธรรมชาติและภัยจากมนุษย์สร้างขึ้น สาธารณภัยเหล่านี้เคยเกิดขึ้นซ้ำ ๆ ต่อเนื่องหลาย ๆ ปี และสร้างความเสียหายให้กับประชาชนในชุมชน ความเสียหายที่เกิดขึ้นขึ้นอยู่กับขนาดและความรุนแรงของสาธารณภัยที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้ง ประชาชนส่วนน้อยในชุมชนที่มีบทบาทและมีส่วนร่วมการป้องกันสาธารณภัย เช่น ผู้นำชุมชน ชุติรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน เป็นต้น ซึ่งมีไม่เพียงพอในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ประสบสาธารณภัยที่เกิดขึ้นในชุมชน ส่วนการพัฒนาจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชน ชุมชนมีระบบการจัดการสาธารณภัยในระยะก่อนเกิดภัย ระยะระหว่างเกิดภัยและระยะหลังเกิดภัยอย่างเป็นระบบค่อนข้างดี อย่างไรก็ตาม ชุมชนยังเห็นว่าชุมชนควรมีจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยเพิ่มขึ้นและจิตอาสาเหล่านี้ควรมีความรู้ ทักษะในการช่วยเหลือผู้ประสบสาธารณภัยเบื้องต้นก่อนเข้าไปช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ซึ่งการพัฒนาจิตอาสานอกจากให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชนแล้ว ยังได้ใช้ความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง บุคคลในครอบครัวผู้ใกล้ชิดและเพื่อนบ้านในชุมชนกรณีเกิดอุบัติเหตุ หรือการเจ็บป่วยฉุกเฉินขึ้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงของการบาดเจ็บ และเจ็บป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนช่วยลดช่องว่างการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในชุมชนอีกด้วย ดังการศึกษาของ Boonyaratkalin, Chompoonud & Khumpheephant (2022) ที่อธิบายว่ามีการศึกษาที่พบว่าการศึกษาในพื้นที่เสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกและทางลบ โดยอาจทำให้รู้สึกตื่นตัวและเกิดการเตรียมความพร้อมรับสาธารณภัย แต่ในขณะเดียวกันบางการศึกษาพบว่าการเผชิญกับสาธารณภัยบ่อย ๆ ทำให้เตรียมพร้อมรับได้น้อยกว่าผู้ที่ไม่คุ้นเคยกับสาธารณภัยได้ เนื่องจากคิดว่าไม่จำเป็น และการศึกษาของ Lueangvilai, Kanchanakunjara & Wongpinpech (2021) พบว่าจิตอาสาจะใช้เวลาความสามารถในการช่วยเหลือพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social Movement)

เป็นพลังแนวราบนำไปสู่การเกิดเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคมเช่น อาสาช่วยเหลือในสถานการณ์สาธารณสุขทางธรรมชาติ เป็นต้น และภาครัฐควรมีการส่งเสริมในมิติการสร้างเสริมความเข้มแข็งด้านทุนมนุษย์ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมการเสริมทักษะ (Skill) ในด้านการปฏิบัติการ (Operation) และการบริหารจัดการ (Management) ทั้งในรูปแบบ “ก่อน-ขณะ-หลัง” การเกิดสาธารณสุข

2. รูปแบบการพัฒนาจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชน เป็นกระบวนการพัฒนาจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัย ประกอบด้วย 1) การสร้างความตระหนักถึงการมีส่วนร่วมในการป้องกันสาธารณภัยและปลูกจิตสำนึกการเป็นจิตอาสาเป็นการสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาธารณภัยให้ประชาชนในชุมชนได้เล็งเห็นความสำคัญความรุนแรงผลกระทบที่มีต่อชีวิตและทรัพย์สินที่เกิดขึ้น เห็นคุณค่าและศักยภาพของตนเอง ตลอดจนประชาชนในชุมชนคำนึงถึงประโยชน์ของส่วนรวมมากกว่าส่วนตนเสมอว่าตนเองคือส่วนหนึ่งของชุมชนต้องมีหน้าที่และความรับผิดชอบร่วมกันปกป้องชุมชนให้ปลอดภัย 2) การรับสมัครและการคัดเลือกจิตอาสา เป็นการสรรหาจิตอาสาโดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์เพื่อให้ได้จิตอาสาในการให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชนที่มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจมีความรับผิดชอบต่อสังคม พร้อมทั้งจะเป็นจิตอาสาในการบำเพ็ญประโยชน์ต่อส่วนรวม 3) การอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัย การฝึกซ้อมแผนบนโต๊ะเหตุการณ์และการซ้อมแผนจากสถานการณ์จำลอง การปฏิบัติการกิจจิตอาสาสาธารณภัยเป็นภารกิจเร่งด่วน ซึ่งมีวัตถุประสงค์สำคัญ คือ เพื่อลดความสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินที่อาจเกิดขึ้นจากสาธารณภัยต่าง ๆ ดังนั้น ตัวบุคคลที่ได้รับคัดเลือกเป็นจิตอาสาเข้ามาจะต้องได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้ และการฝึกทักษะปฏิบัติที่จำเป็นในการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัย ตลอดจนการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยจะต้องมีรูปแบบ องค์ประกอบ โครงสร้าง การสั่งการ แผนผัง/เครือข่าย การติดต่อสื่อสาร อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ เป็นต้น การฝึกซ้อมบนโต๊ะและซ้อมแผนจากสถานการณ์จำลองเป็นกิจกรรมการฝึกฝนหรือฝึกปฏิบัติของจิตอาสาส่วนการฝึกซ้อมโดยการสมมติสถานการณ์ขึ้น เพื่อทดสอบความสามารถในการปฏิบัติการ ตลอดจนทดสอบแผน แนวทางปฏิบัติให้ประสานสอดคล้องกันอย่างมีระบบ และมีประสิทธิภาพช่วยในการเตรียมความพร้อมของหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบ ขณะเดียวกันยังทำให้ทราบถึงจุดบกพร่อง และช่องว่างในการปฏิบัติงานนั้นไปสู่การปรับปรุงแผนใหม่ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นไป และในการศึกษาครั้งนี้ชุมชนยังคิดเห็นว่า ชุมชนควรมีการทบทวนและพัฒนาความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง ดังการศึกษาของ Tungkula & Chengka (2020) ได้อธิบายว่าการมีการศึกษาที่พบว่าการปลูกจิตสำนึกของคนในสังคมเพื่อให้เกิดความรับผิดชอบต่อตนเองและต่อสังคมมากยิ่งขึ้น และให้ทุกคนตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อสาธารณะส่วนรวมมากกว่าตนเอง กล่าวคือ ทุกคนต้องเป็นผู้ให้มากกว่าเป็นผู้รับ ซึ่งหากปลูกฝังสิ่งเหล่านี้ให้คนภายในสังคมย่อมจะเกิดแต่ความสงบสุข เพราะสังคมจะเป็นสังคมที่เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่แต่ความเมตตาทุกคนภายในสังคมมีจิตสาธารณะจะส่งผลต่อความเป็นอยู่ของคนภายในสังคม การศึกษาของ Vongvichai (2017) พบว่า คุณลักษณะอาสาสมัครมีผลต่อบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข และมีจุดร่วมสำคัญ 3 ประการ คือ ความรู้สึกอิสระในการเป็นผู้เลือกงานอาสาสมัครที่ตนเองสนใจ สำนึกร่วมหรือความเป็นเจ้าของร่วมเกิดการเสียสละผูกพัน และการปฏิบัติงานที่ไม่ใช่ภาระงานที่ต้องทำตามหน้าที่ และการศึกษาของ Songwathana, Kwanphichit, Sea-sia & Kongkamol (2016) พบว่า ในการช่วยเหลือผู้ประสบสาธารณภัยจะต้องมีการควบคุมกำกับและซ้อมแผนการช่วยเหลือประชาชนเป็นประจำโดยเทศบาลมีแหล่งสนับสนุนด้านงบประมาณมีแผนงานช่วยเหลือผู้ประสบสาธารณภัยที่บรรจุอยู่ในแผนประจำปีชัดเจนและจัดให้มีการซ้อมแผนการช่วยเหลือทุกปี

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชน ผลการศึกษา พบว่า จิตอาสามีความรู้ แรงจูงใจ และทักษะในการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชนดีกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน

การศึกษานี้ได้จัดกิจกรรมให้ความรู้ สาธิตและฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัย โดยครอบคลุมเนื้อหา 5 ทักษะ ประกอบด้วย 1) การประเมินสถานการณ์ 2) การประเมินอาการและความรุนแรง ผู้บาดเจ็บ 3) การคัดแยกผู้บาดเจ็บ 4) การยกและการเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บ และ 5) การปฐมพยาบาลเบื้องต้น

ผู้บาดเจ็บ ผู้เข้าร่วมการพัฒนาต้องวางฐานเพื่อรับการฝึกและการประเมินทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบภัยรายบุคคล มีการแบ่งกลุ่มเพื่อฝึกการตัดสินใจในสถานการณ์จำลอง ส่งผลให้จิตอาสามีความรู้ และทักษะในการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบภัยสูงขึ้น การพัฒนาและสร้างแรงจูงใจให้กับจิตอาสา เช่น การปลูกจิตสำนึกการเป็นจิตอาสาผ่านสื่อต่าง ๆ การจัดกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์เพื่อส่วนรวมอย่างต่อเนื่อง ผู้นำชุมชนเป็นแบบอย่างการเป็นจิตอาสา การเชิญวิทยากรคนดีในเวทีต่าง ๆ การเปิดเพลงและคลิปเกี่ยวกับจิตอาสาสอดแทรกระหว่างการฝึกอบรม เป็นต้น ส่งผลให้จิตอาสาที่มีแรงจูงใจในการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบภัยสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Sirika, Pimchaynoi & Namwichit, (2016) และการศึกษาของ Kanfong, Moolsart & Bunruangsas (2017) อธิบายว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทักษะหลังได้รับการพัฒนาเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เกิดจากจิตอาสาที่มีความต้องการที่จะพัฒนาตนเอง เล็งตั้งใจทำความเข้าใจเนื้อหาการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยจึงทำให้มีความรู้สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Supakitjareun, Wattana, Raetong & Khakhong (2017) ที่อธิบายว่า ปัจจัยและแรงจูงใจที่ทำให้เกิดจิตอาสามากที่สุด คือ ความตั้งใจที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ประสบภัยเป็นโอกาสที่เสียสละและทำประโยชน์แก่ผู้ที่เดือดร้อนโดยปัจจัยและแรงจูงใจในการทำงานจิตอาสาเชิงคุณภาพ ได้แก่ บุคคลใกล้ชิดรอบข้าง จิตสำนึกของตนเอง ปัจจัยในตัวบุคคล การอบรมเลี้ยงดู ความคิด ความเชื่อ จิตสำนึกและการรับรู้ความสามารถของตน ร่วมกับปัจจัยสภาพแวดล้อม เช่น การมีตัวอย่างจากบุคคลที่เชื่อถือ การได้รับการปลูกฝังจากครู วัฒนธรรมองค์กร เป็นต้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

รูปแบบการพัฒนาจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชน จังหวัดยะลา สามารถนำกิจกรรมจากรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาส่งเสริมการเป็นจิตอาสาในชุมชนให้มีเพิ่มขึ้น ได้แก่ การปลูกจิตสำนึกการเป็นจิตอาสาโดยผู้นำชุมชนเป็นแบบอย่างการเป็นจิตอาสาในการบำเพ็ญประโยชน์เพื่อชุมชนอย่างต่อเนื่อง การเชิญวิทยากรคนดีต้นแบบการทำความดีในเวทีต่าง ๆ ของชุมชน ตลอดจนเป็นการพัฒนาศักยภาพจิตอาสาหรือประชาชนที่สนใจให้มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ดูแลช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ ก่อนนำส่งโรงพยาบาลหรือก่อนที่บุคลากรทางการแพทย์เข้ามาช่วยเหลือ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการพัฒนาจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชน ซึ่งพบว่าการเพิ่มขึ้นของแรงจูงใจ ความรู้ และทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัย ดังนั้นการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเพิ่มเนื้อหาและฝึกทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยที่จำเป็นอย่างอื่น ๆ เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การตาม เป็นต้น และควรเพิ่มเวลาในการฝึกอบรมจาก 3 วัน เป็นอย่างน้อย 5 วัน ตลอดจนมีการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องทุกปี

2. ควรเพิ่มปริมาณความหลากหลายของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง และควรศึกษาให้ครอบคลุมประสิทธิภาพของรูปแบบทุกระยะ

References

- Binsalaehman, N., Songwathana, P. & Sornsrivichai, V. (2018). The Emergency Medical Services of Local Administrative Sectors in the Southern Borders, and Related Factors. *Princes of Narathiwas University Journal*, 10(1), 40-50. (in Thai)
- Bloom, B. M. (1968). *Learning for Mastery*. Center for the Study of Evaluation of Instructional Programs, 1, 1-12. Retrieved January 01, 2023 from [https://www.scirp.org/\(S\(lz5mqp453edsnp55rrgjt55\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1857113](https://www.scirp.org/(S(lz5mqp453edsnp55rrgjt55))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1857113)

- Boonyaratkalin, P., Chompoonud, S. & Khumpheephant, S. (2022). The Synthesized Factors Related to Flood Preparedness Literacy and Behaviors among Older adult in Community. *Thai Journal of Nursing Council*, 71(2), 38-47. (in Thai)
- Kanfong, K., Moolsart, S. & Bunruangses, M. (2017). *Effectiveness of a Knowledge and Skill Improvement Program of Basic Response to Stroke Patients for Emergency Medical Responders*. Sukhothai Thammathirat Open University. (in Thai)
- Lueangvilai, W., Kanchanakunjara, S. & Wongpinpech, P. (2021). Volunteer Spirit Development in the Context of Thailand. *Panyapiwat Journal*, 13(1), 336-350. (in Thai)
- National Institute of Emergency Medicine. (2019). *National Emergency Medical Principles Plan No. 3.1 B.E. 2019-2021*. Retrieved December 19, 2021 from https://www.niems.go.th/1/upload/migrate/file/256112221455115037_GWJdMn5ejp3gVAdc.pdf
- Sirika, W., Pimchaynoi, S. & Namwichit, T. (2016). *Development of Community Emergency Volunteer in Household by Participation of Stakeholders in Thapra Subdistrict Mueang Khon Kaen District Khon Kaen Province*. Tha Phra Subdistrict Administrative Organization, Khon Kaen District, Khon Kaen Province. (in Thai)
- Songwathana, P., Kwanphichit, C., Sea-sia, W., Kitrungrate, L., Damkliang, J., Sandchan, H., et al. (2020). Healthcare Service Providers, Perspective on Provision of Emergency Medical Services in Security Zones, A Qualitative Study. *Thai Journal of Nursing Council*, 35(3), 17-35. (in Thai)
- Songwathana, P., Kwanphichit, C., Sea-sia, W. & Kongkamol, C. (2016). Development of an Urban Network's Potential for Helping Groups of Flood-Susceptible Inhabitants: A Case Study of Had Yai. *Nursing Council Journal*, 31(1), 56-69. (in Thai)
- Supakitjareun, J., Wattana, C., Raetong, P. & Khakhong, S. (2017). Learning Experiences, Factors, and Motivations of Students Volunteers for Helping Flood Victims at Temporary Shelter, Thammasat University (Rangsit Campus). *Thai Science and Technology Journal*, 25(2), 302-315. (in Thai)
- Tungkula, H. & Chengka, A. (2020). Creative Volunteer Creation Model for Good Citizenship in Thai Society. *Journal of Peace Periscope*, 1(1), 52-67. (in Thai)
- Vongvichai, C. (2017). Characteristics Affecting Public Health Volunteers in Thailand. *Journal of Humanities and Social Sciences University of Phayao*, 5(1), 123-151. (in Thai)

กลยุทธ์การพัฒนาประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่ 4 อำเภอฝั่งตะวันออก จังหวัดตาก

Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control: New and Efficient Strategies Applied in Four Districts of Eastern Tak Province

ขวัญชัย กันทะใจ^{1*}, รัชณี นิธากกร², กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด³

Khwanchai Kuntajai^{1*}, Ratchanee Nithakorn², Kittiphat Iemrod³

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด¹, มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร², สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก³

Maesot District Public Health Office¹, Kamphaengphet Rajabhat University²,

Tak Provincial Public Health Office³

(Received: January 26, 2022; Revised: April 24, 2023; Accepted: May 15, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยผสมระหว่างการศึกษาเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพนี้เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ สภาพการปฏิบัติงาน สร้างกลยุทธ์และประเมินกลยุทธ์การพัฒนาประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่ 4 อำเภอฝั่งตะวันออก จังหวัดตาก ดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน จากการศึกษาเอกสาร และสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสรุประดับต้นฉบับเนื้อหา ศึกษาสภาพการปฏิบัติงาน จากกลุ่มตัวอย่าง 360 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ศึกษาประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จากกลุ่มตัวอย่าง 30 คน และการใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ขั้นตอนที่ 2 พัฒนากลยุทธ์โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการก่อนร่างกลยุทธ์และตรวจสอบร่างกลยุทธ์โดยการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ และขั้นตอนที่ 3 ประเมินกลยุทธ์ โดยใช้แบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ SWOT Analysis ผลการวิจัย พบว่า

1. พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ 4 อำเภอฝั่งตะวันออกของจังหวัดตาก พบว่า ประชาชนขาดความต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ไม่มีระบบป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยสภาพการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่ามีการดำเนินงานแต่ไม่ครบถ้วน และไม่ครอบคลุมกระบวนการ ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกพบว่า นโยบายของหน่วยงานและนโยบายด้านการเมืองมีความเกี่ยวข้องมากที่สุด ด้านประสิทธิภาพพบว่า ดำเนินการตามเกณฑ์และตัวชี้วัดที่กำหนดได้ 10 ข้อ จากจำนวน 36 ข้อ

2. กลยุทธ์การพัฒนาประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่ 4 อำเภอฝั่งตะวันออก จังหวัดตาก ได้แก่ 1) เพิ่มสมรรถนะของบุคลากรเชิงรุก 2) ปรับกลไกการจัดการความพร้อมของทรัพยากรให้ได้ตามเกณฑ์และตัวชี้วัด 3) พัฒนาระบบและกลไกการบริหารจัดการด้วยวงจรคุณภาพ 4) ปรับเปลี่ยนระบบติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลผ่านระบบสารสนเทศ 5) เสริมสร้างกลไกการประสานงานในการจัดการโรคไข้เลือดออก

3. ผลการประเมินกลยุทธ์การพัฒนาประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่พัฒนาพบว่า ความสอดคล้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความเป็นประโยชน์อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และศึกษาผลการทดลองใช้กลยุทธ์ เพื่อนำผลวิจัยที่ได้มาพัฒนากลยุทธ์ให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: กลยุทธ์, การพัฒนาประสิทธิภาพ, การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: jeaab771@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-0427118)



Abstract

This mixed methods research aimed to study the health behaviors of people in their prevention activities for control of dengue hemorrhagic fever (DHF), it is to say: conditions, efficiency, and factors related for prevention and control of DHF, as well as developing and evaluating the efficiency strategies for prevention and control of DHF.

The study was divided in three phases. First phase consisted in collecting data by studying documentation as well as by focus group discussions and a questionnaire on efficiency, factors related for prevention, and general conditions in control of DHF. The second phase was dedicated to workshops for developing strategies in the prevention and control of DHF in four of eastern districts in Tak Province. Last phase was having the strategies evaluated by 19 experts so to assess their consistency, suitability, feasibility and utility. The data were analyzed by using percentage, standard deviation and content analysis. The findings showed as follows.

1. The people's health behaviors for control and prevention of DHF consisted of survey the larva, destroy mosquito breeding site, but lacking of continuity put them at risk. People lacked of awareness in eliminating larva and mosquito breeding sites. They perceived that the DHF prevention and control was the duty of public health officials and village health volunteers.

2. The significant strategies developed to solve the problems were as follows: 1) increasing the competency of personnel in proactive dengue fever prevention and control work, 2) adjusting the resource availability management mechanism for dengue fever prevention and control according to the criteria and performance indicators, 3) developing management systems and mechanisms for disease surveillance and prevention of dengue fever through a quality cycle, 4) modifying the monitoring, inspection, and evaluation system in managing dengue fever through a visual information system, and 5) strengthening the coordination mechanisms in the management of dengue fever.

3. The strategies implemented for developing the effectiveness of DHF prevention and control were consistent, appropriate, feasible, and useful at the highest level.

Participatory action research and a study on the results of using this strategy should be conducted to develop further strategies.

Keywords: Strategy, DHF, Prevention, Control, Dengue Hemorrhagic Fever

บทนำ

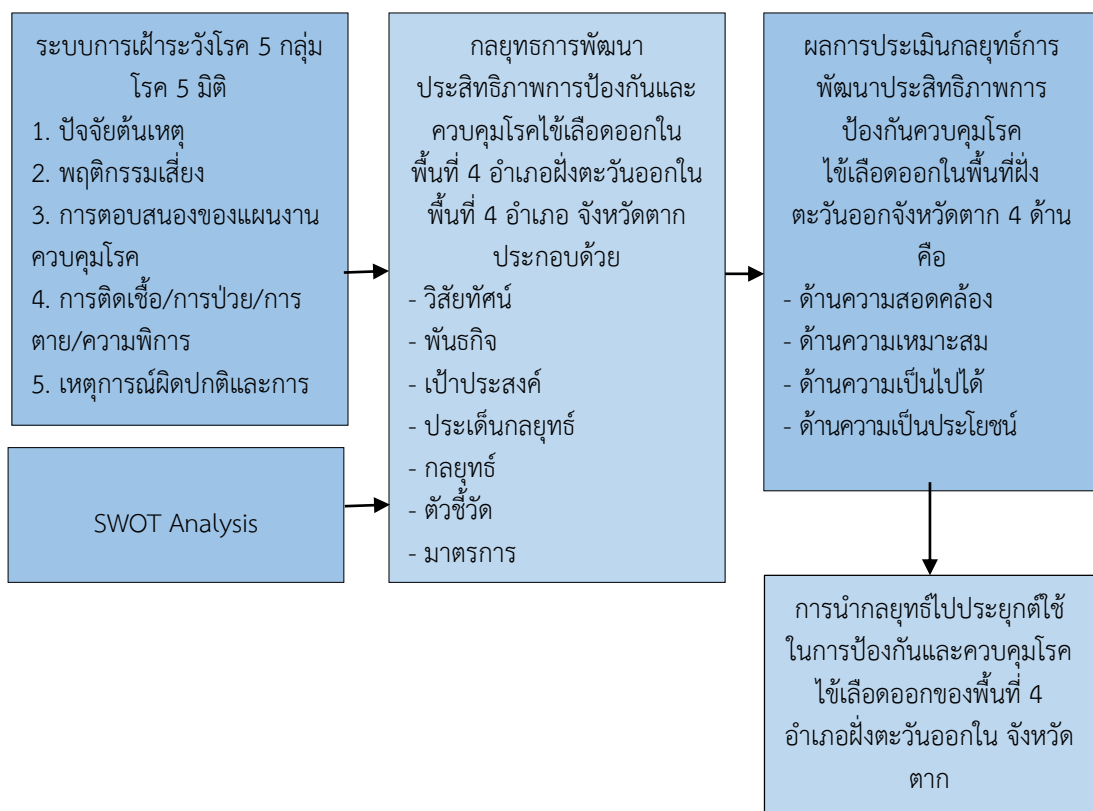
โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาระดับโลกทั้งในประเทศพัฒนา และประเทศกำลังพัฒนา (Viennet, Ritchie Williams, Faddy, & Harley, 2016) อัตราอุบัติการณ์ของการเกิดโรคได้กลายเป็นปัญหาของหลาย ๆ ประเทศและมีการคาดการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อโรคไข้เลือดออกประมาณปีละ 390 ล้านคนของประชากรทั่วโลก (World health organization, 2014) ประเทศไทยมีรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกมานานกว่า 50 ปีและเริ่มมีการรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างชัดเจน ในปีพ.ศ. 2501 โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ตรวจพบในเขตกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่นั้นมาก็มีรายงานการระบาดกระจายออกไปทุกภูมิภาคของประเทศ ปัจจุบันโรคไข้เลือดออกมีการระบาดกระจายไปทั่ว การกระจายของโรคมีการเปลี่ยนแปลงตามพื้นที่ตลอดเวลา ทั้งนี้สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในปี พ.ศ. 2565 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 5 ตุลาคม 2565 มีรายงานผู้ป่วยสะสม 27,912 ราย อัตราป่วย 42.18 ต่อประชากรแสนคน และพบผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วทั้งหมด 25 ราย อัตราตาย ร้อยละ 0.07 ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 15 ปี จำนวน 19 ราย อายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 6 ราย (Department of Disease Control, 2022) จะเห็นได้ว่าโรค

2. เพื่อสร้างกลยุทธ์การพัฒนาประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่ 4 อำเภอฝั่งตะวันออก จังหวัดตาก

3. เพื่อประเมินกลยุทธ์การพัฒนาประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่ 4 อำเภอฝั่งตะวันออก จังหวัดตาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิด ระบบการเฝ้าระวังโรค 5 กลุ่มโรค 5 มิติ และ การวิเคราะห์ปัจจัยสภาพแวดล้อมของ ประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ 4 อำเภอฝั่งตะวันออกของจังหวัดตาก ประกอบด้วย จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค (SWOT Analysis)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการโดยใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) ระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการปฏิบัติงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประสิทธิภาพ และ พฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ 4 อำเภอฝั่งตะวันออก จังหวัดตาก ใช้รูปแบบวิจัยทั้งเชิงคุณภาพ เชิงปริมาณ และวิเคราะห์เอกสาร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคของสถานบริการสาธารณสุข ประชาชนในพื้นที่ที่พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ผู้ที่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผู้นำชุมชน ผู้บริหารของหน่วยงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 5,649 คน กับสภาพการปฏิบัติงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประสิทธิภาพ และ พฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ 4 อำเภอฝั่งตะวันออก จังหวัดตาก รวมทั้งเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในทุกระดับของงานสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1)การศึกษาสภาพการปฏิบัติงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางเครชีและมอร์แกน (Krejcie, & Morgan, 1970) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 361 คน ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ตามกลุ่มประชากร พื้นที่ อำเภอ ตำบล 2) ศึกษาประสิทธิภาพโดยใช้แบบสอบถาม ผู้ให้ข้อมูลเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 30 คน ประกอบด้วยผู้บริหารงานสาธารณสุข รวมจำนวน 10 คน คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทนจำนวน 4 คน สาธารณสุขอำเภอหรือผู้แทนจำนวน 4 คน ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมหรือผู้แทน จำนวน 2 คน ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุข จำนวน 20 คนโดยเลือกจากตัวแทนอำเภอละ 5 คน และโดยการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลเลือกแบบเจาะจง ประกอบบุคลากรสาธารณสุขในระดับผู้บริหารและปฏิบัติ จำนวน 9 คน 3) พฤติกรรมของประชาชนจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลเลือกแบบเจาะจง อำเภอละ 16 คน รวม 64 คน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมากที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสรุปพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตามระบบการเฝ้าระวังโรค 5 กลุ่มโรค 5 มิติประกอบด้วย 1) ปัจจัยต้นเหตุ 2) พฤติกรรมเสี่ยง 3) การตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค 4) การติดเชื้อ/การป่วย/การตาย/ความพิการ 5) เหตุการณ์ผิดปกติและการระบาด จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการสนทนากลุ่ม

2. แบบสอบถามสภาพการปฏิบัติงาน การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยให้คะแนนแต่ละคะแนนมีช่วงคะแนนที่เท่ากันจากความเกี่ยวข้องมากที่สุด ให้ 5 ความเกี่ยวข้องน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน แบ่งเป็น 1) ด้านป้องกันโรคล่วงหน้า 2) ด้านระยะมีโรคเกิด 3) ด้านการป้องกันการเกิดความพิการและการไร้สมรรถภาพ

3. แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยให้คะแนนแต่ละคะแนนมีช่วงคะแนนที่เท่ากันจากความเกี่ยวข้องมากที่สุด ให้ 5 ความเกี่ยวข้องน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน และใช้คะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด ถึงน้อยที่สุด แยกเป็นปัจจัยภายใน 7 ด้าน จำนวน 40 ข้อ และปัจจัยภายนอก 4 ด้าน จำนวน 14 ข้อ

4. แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างแบ่งออกเป็น 3 ประเด็น คือประสิทธิภาพการป้องกันและการควบคุมโรคไข้เลือดออก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและการควบคุมโรคไข้เลือดออกและ ข้อคิดเห็นอื่นๆในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้ประสบผลสำเร็จ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง 4 แห่ง และผู้ให้ข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัย ตรวจสอบความถูกต้องข้อข้อมูล และสรุปข้อมูลจากการวิเคราะห์เอกสาร รวมทั้งการเก็บรวบรวมข้อมูลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำการรวบรวมเอกสาร ผู้วิจัยส่งและเก็บแบบสอบถามด้วยตนเอง และดำเนินการสัมภาษณ์ตามวันเวลาและสถานที่โดยมีผู้ช่วยนักวิจัยบันทึกข้อมูลการสนทนาด้วยแบบบันทึก และ บันทึกแถบเสียง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 2 คน ผู้เชี่ยวชาญโรคติดต่อมาโดยแมลง จำนวน 1 คน

อาจารย์มหาวิทยาลัย จำนวน 1 คน และ ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในระดับจังหวัดของจังหวัดตาก จำนวน 1 คน โดยได้ค่า IOC เท่ากับ 0.8

การความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม(Reliability) โดย ทดลองใช้ (Try Out) กับบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก แล้วนำไปหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ในส่วนของปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการทำงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) (Cronbach, 1951) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.89

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ที่เชี่ยวชาญ ด้านการวัดและประเมินผล และด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อและประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ด้านความสอดคล้อง ความถูกต้องเหมาะสม ความชัดเจน ความครอบคลุม และความครบถ้วนของรายการที่ถามในสิ่งที่ต้องการวัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผู้วิจัยวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพตามระบบการเฝ้าระวังโรค 5 กลุ่มโรค 5 มิติ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล สภาพการปฏิบัติงาน การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

3. ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของ (Seesaad, 1995)

ขั้นตอนที่ 2 สร้างกลยุทธ์การพัฒนาประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่ 4 อำเภอฝั่งตะวันออก จังหวัดตาก

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นทรงคุณวุฒิ เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 13 คน กำหนดคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 2) เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านกลยุทธ์และยุทธศาสตร์ จากผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค ของโรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดตาก หน่วยควบคุมที่โรคที่นำโดยแมลง ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการจำนวน 2 ครั้งๆละ 1 วัน และสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ 1 ครั้ง จำนวน 1 วัน เพื่อบันทึกผล การวิเคราะห์สภาพแวดล้อม การกำหนดร่าง วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ ประเด็นกลยุทธ์ กลยุทธ์ ตัวชี้วัดและมาตรการ และผลสรุปแนวทางการพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มาประกอบการจัดทำร่างกลยุทธ์การพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ 4 อำเภอฝั่งตะวันออก จังหวัดตาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน โดยเป็นผู้มีความรอบรู้มีประสบการณ์ด้านการจัดทำกลยุทธ์ และเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. วิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอก โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการใช้เทคนิคการวิเคราะห์ SWOT Matrix ประกอบด้วยจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและอุปสรรค ผู้ให้ข้อมูล

2. พิจารณาความสอดคล้องเชื่อมโยงของโครงสร้างกลยุทธ์ ที่ประกอบด้วย วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ ประเด็นกลยุทธ์ กลยุทธ์ ตัวชี้วัด และมาตรการ พร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการระดมความคิดในการจัดทำ SWOT Matrix

3. จัดทำร่างกลยุทธ์การพัฒนาประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ 4 อำเภอฝั่งตะวันออก จังหวัดตาก โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการใช้เทคนิคการวิเคราะห์ SWOT Matrix ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก รวม 13 คน

4. ตรวจสอบร่างกลยุทธ์การพัฒนาประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ 4 อำเภอฝั่งตะวันออก จังหวัดตาก โดยการจัดสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก รวมจำนวน 11 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยการวิเคราะห์เนื้อหา จากแบบบันทึกเอกสาร และแบบบันทึกเสียงตามประเด็นที่เกี่ยวข้องกับร่างกลยุทธ์ ได้แก่ 1) วิสัยทัศน์ 2) พันธกิจ 3) เป้าประสงค์ 4) ประเด็นกลยุทธ์ 5) กลยุทธ์ 6) ตัวชี้วัด 7) มาตรการ

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินกลยุทธ์การพัฒนาประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่ 4 อำเภอฝั่งตะวันออก จังหวัดตาก โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้บริหาร-นักวิชาการระดับชำนาญการพิเศษหรือสูงกว่า และผู้เชี่ยวชาญด้านกลยุทธ์ ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 19 คน กำหนดคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 2) เป็นอาจารย์หรือนักวิชาการในมหาวิทยาลัยที่มีความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินรูปแบบประเมินกลยุทธ์การพัฒนาประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่ 4 อำเภอฝั่งตะวันออก จังหวัดตาก เพื่อประเมิน โดยประเมินใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความสอดคล้อง (Congruity) ด้านความเหมาะสม (Propriety) ด้านความเป็นไปได้ (Feasibility) และด้านความเป็นประโยชน์ (Utility) ตามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากนั้นยี่สิบให้ 1 คะแนน ถึงมากที่สุดให้ 5 คะแนน จำนวน 104 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เป็นผู้มีความรอบรู้มีประสบการณ์และมีผลงานวิชาการหรืองานวิจัยการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้ค่าความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง 0.67-1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการส่งเครื่องมือการวิจัย ถึงผู้เชี่ยวชาญเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการ ตรวจสอบด้านความสอดคล้อง (Congruity) ด้านความเหมาะสม (Propriety) ด้านความเป็นไปได้ (Feasibility) และด้านความเป็นประโยชน์ (Utility) โดยการประเมินรูปแบบเป็นรายบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการประเมินกลยุทธ์การพัฒนาประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกนำเสนอโดย สถิติ คือ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้ยื่นขอจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก เลขจริยธรรม COA 012/2561 ลงวันที่ 1 มีนาคม 2561

ผลการวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพ สภาพการปฏิบัติงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และ ประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ 4 อำเภอฝั่งตะวันออก จังหวัดตาก

1.1 พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ 4 อำเภอฝั่งตะวันออกของจังหวัดตาก พฤติกรรมสุขภาพประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระบบเฝ้าระวังโรค 5 กลุ่มโรค 5 มิติ คือ 1) ปัจจัยต้นเหตุ 2) พฤติกรรมเสี่ยง 3) การตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค 4) การติดเชื้อ/การป่วย/การตาย/ความพิการ และ 5) เหตุการณ์ผิดปกติและการระบาดโดยมีผลของระบบเฝ้าระวังที่เหมือนกัน จากการศึกษาเอกสารสรุปผลการปฏิบัติงานและการนิเทศงาน สิ่งที่ประชาชนถือปฏิบัติมากที่สุดคือมิติที่ 5 โดยประชาชนให้ความร่วมมือทั้งด้านการใส่สารเคมีกำจัดลูกน้ำ และให้พ่นสารเคมีกำจัดยุงตั้งแต่เริ่มวัย รองลงมาคือมิติที่ 2 โดยการการกำจัดลูกน้ำขาดความต่อเนื่องและ มิติที่ 3 โดยประชาชนบางส่วนเข้าร่วมในการรณรงค์การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สำหรับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนทั่วไปมีการศึกษาครบทั้ง 5 มิติ ส่วนใหญ่ศึกษามิติที่ 5 เหตุการณ์ผิดปกติและการระบาด โดยมีข้อสรุปว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนจะส่งผลให้การควบคุมโรคกรณีมีการระบาดมากกว่าปกติสำเร็จได้ ส่วนมิติที่ 1 ปัจจัยต้นเหตุ ยังมีการศึกษาน้อย และจากการสนทนากลุ่ม พฤติกรรมของประชาชนที่ถือปฏิบัติมากที่สุดคือมิติที่ 5 โดยประชาชนให้ความร่วมมือทั้งด้านการใส่สารเคมีกำจัดลูกน้ำ และให้พ่นสารเคมีกำจัดยุงตั้งแต่เริ่มวัย รองลงมาคือมิติที่ 2 โดยการการกำจัดลูกน้ำขาดความต่อเนื่อง

1.2 สภาพการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เทศบาล และ องค์การบริหารส่วนตำบล มีการดำเนินงานได้ไม่ครบถ้วนทุกงาน และไม่ครอบคลุมกระบวนการงานของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสิ่งที่ดำเนินงานมากที่สุด คือ มีการดำเนินงานตาม นโยบาย และการจัดรณรงค์ให้ชุมชนลดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย งานที่ปฏิบัติที่ผู้บริหารดำเนินการน้อยที่สุด คือ กำกับติดตามการวิเคราะห์หาสาเหตุการระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ที่รับผิดชอบย้อนหลัง 5 ปี เพื่อนำมาวางแผน

สภาพการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้บริหารมี 3 ด้าน คือ 1) ด้านการป้องกันโรคล่วงหน้าของผู้บริหาร พบว่าสภาพการปฏิบัติงานดำเนินการได้ไม่ครบถ้วนทุกงาน และไม่ครอบคลุมกระบวนการงานของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในด้านการป้องกันโรคล่วงหน้า 2) ด้านการป้องกันในระยะมีโรคเกิด พบว่าสภาพการปฏิบัติงานของผู้บริหารดำเนินการได้ไม่ครบถ้วนทุกงาน คือ ทำการพ่นสารเคมีภายใน 1 วัน สำหรับการพ่นครั้งที่ 2 นั้น ทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วดำเนินการห่างจากครั้งที่ 1 เป็นเวลา 7 วัน การกำกับให้ทีมงานดำเนินการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ ลูกน้ำยุงลาย บริเวณบ้านผู้ป่วยโรคมี 100 เมตร หลังจากได้รับรายงาน โดยใช้ระยะเวลาในการกำกับให้ดำเนินการภายใน 1 วัน มากที่สุด การประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสายต่อเนื่อง 7 วัน ให้ป้องกันตนเองจากโรคไข้เลือดออก และ 3) ด้านการป้องกันการเกิดความพิการและไร้สมรรถภาพ กระบวนการที่ทำน้อยที่สุด คือ การติดตามเยี่ยมผู้ที่สงสัยจะป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกทุกรายเมื่อมารักษาตัวในช่วงมีการระบาดหน่วยงานส่วนใหญ่มีการดำเนินการ โดยงานที่ทำมากที่สุดคือ การมอบหมายให้ทีมงานติดตามเยี่ยม ผู้สงสัยทุกราย

สภาพการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้ปฏิบัติ มี 3 ด้าน คือ 1) ด้านการป้องกันโรคล่วงหน้า ผู้ปฏิบัติดำเนินการได้ไม่ครบถ้วนทุกงาน และไม่ครอบคลุมกระบวนการงาน สิ่งที่ผู้ปฏิบัติทำมากที่สุด การดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตามนโยบาย การได้รับทราบรายละเอียดที่มีพออย่างเพียงพอเพื่อใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และ การปฏิบัติงานการรณรงค์ให้ชุมชนลดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายตามลำดับ 2) ด้านการป้องกันในระยะมีโรคเกิด ผู้ปฏิบัติมีการดำเนินงานครอบคลุมทุกกระบวนการแต่ไม่ครบถ้วน สิ่งที่ผู้ปฏิบัติมากที่สุด คือ การดำเนินงานหลังจากได้รับรายงานพบผู้ป่วยไข้เลือดออก ลงกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย บริเวณบ้านผู้ป่วยโรคมี 100 เมตร การสำรวจลูกน้ำยุงลายและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์รอบที่ 2 ห่าง จากการสำรวจรอบแรกของผู้ป่วยไข้เลือดออกทุกราย และการได้รับรายงานพบผู้ป่วยไข้เลือดออกจากโรงพยาบาล และ 3) ด้านการป้องกันการเกิดความพิการและไร้สมรรถภาพ ผู้ปฏิบัติสามารถดำเนินงานได้ทุกกระบวนการแต่ไม่ครบถ้วน สิ่งที่ผู้ปฏิบัติทำมากที่สุด คือ สามารถส่งต่อผู้ป่วยหรือประสานงานการส่งต่อ ได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว กรณีผู้ป่วยไข้เลือดออกมีอาการปวดท้องและอาเจียน เหงื่อออก ตัวเย็นซีพจรเบาแต่เร็ว ตัวเย็นปลายมือเท้าเย็น การให้ความรู้เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักถึงอันตรายของโรคไข้เลือดออก หาก

ประชาชนสงสัยว่าป่วยจะรีบพบแพทย์เพื่อรับการรักษาโดยเร็วและ ดำเนินการคัดกรองผู้ที่สงสัยจะป่วยด้วยโรค ไข้เลือดออกทุกรายเมื่อมารักษาตัวในช่วงที่มีการระบาด

1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกทุกปัจจัยมีความเกี่ยวข้องต่อการ ปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตาราง 1 ภาพรวมความเกี่ยวข้องของปัจจัยภายในต่อการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ปัจจัยภายใน	ผู้บริหาร			ผู้ปฏิบัติ			รวม		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
1. ด้านบุคลากร	4.06	0.44	มาก	3.72	0.80	มาก	3.76	0.94	มาก
2. ด้านงบประมาณและการใช้จ่าย งบประมาณ	4.11	0.68	มาก	3.57	0.82	มาก	3.64	0.96	มาก
3. ด้านวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือ	4.26	0.58	มาก	3.48	0.87	ปานกลาง	3.57	1.00	มาก
4. ด้านการบริหารจัดการ	4.04	0.49	มาก	3.67	0.78	มาก	3.71	0.90	มาก
5. ด้านโครงสร้าง	3.74	0.55	มาก	3.61	0.82	มาก	3.63	0.88	มาก
6. ด้านบริการและผลผลิต	4.20	0.40	มาก	3.70	0.86	มาก	3.76	0.95	มาก
7. ด้านนโยบาย	4.44	0.57	มาก	3.78	0.92	มาก	3.85	0.95	มาก
รวม	4.12	0.39	มาก	3.65	0.75	มาก	3.71	0.84	มาก

จากตาราง 1 ภาพรวมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่ 4 อำเภอฝั่งตะวันออก จังหวัดตาก ทุกปัจจัยที่เกี่ยวข้องอยู่ในระดับมาก ซึ่งปัจจัยที่มีเกี่ยวข้องที่สำคัญมากที่สุดได้แก่ ปัจจัยด้านนโยบาย ($M=3.85$, $SD=0.95$) รองลงมา ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคลากร และด้านบริการและผลผลิตมีความ เกี่ยวข้องเท่ากัน ($M=3.76$, $SD=0.95$) และปัจจัยที่มีเกี่ยวข้องที่น้อยที่สุด คือ ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือ ($M=3.57$, $SD=1.00$)

ตาราง 2 ภาพรวมความเกี่ยวข้องของปัจจัยภายนอกต่อการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรค

ปัจจัยภายนอก	ผู้บริหาร (n=38)			ผู้ปฏิบัติงาน (n=322)			รวม		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
1. ด้านนโยบายและการเมือง	4.05	0.59	มาก	3.68	0.83	มาก	3.72	0.94	มาก
2. ด้านเศรษฐกิจ	3.80	0.59	มาก	3.46	0.83	ปานกลาง	3.50	0.95	มาก
3. ด้านสังคมและวัฒนธรรม	4.02	0.50	มาก	3.67	0.74	มาก	3.71	0.90	มาก
4. ด้านเทคโนโลยี	4.00	0.63	มาก	3.68	0.75	มาก	3.72	0.87	มาก
รวม	3.97	0.44	มาก	3.62	0.70	มาก	3.67	0.84	มาก

จากตาราง 2 จะเห็นว่าภาพรวมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก ในพื้นที่ 4 อำเภอฝั่งตะวันออก จังหวัดตาก ทุกปัจจัยที่เกี่ยวข้องอยู่ในระดับมาก ซึ่งปัจจัยที่มีเกี่ยวข้องที่มี ค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ปัจจัยด้านนโยบาย และการเมือง และด้านเทคโนโลยี ($M=3.72$) เท่ากันรองลงมา ได้แก่ ด้าน สังคมและวัฒนธรรม ($M=3.71$) ส่วนปัจจัยที่มีเกี่ยวข้องที่น้อยที่สุด คือ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ($M=3.50$) ระดับมาก

1.4 ด้านประสิทธิภาพในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตาราง 3 ร้อยละเฉลี่ยด้านประสิทธิภาพในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตัวชี้วัด	ผู้บริหาร		ผู้ปฏิบัติ		รวม	
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
1 ความทันเวลา	97.15	2.85	87.15	12.85	84.29	15.71
2 ความครบถ้วน	60.00	40.00	75.00	25.00	70.00	30.00
3 ความครอบคลุมในการควบคุมแหล่งแพร่โรค	70.00	30.00	75.00	25.00	73.33	26.67
4 ความพร้อมของหน่วยงานเมื่อถึงฤดูกาลระบาด	87.06	12.94	63.53	36.47	85.10	14.90

ตาราง 3 ร้อยละเฉลี่ยด้านประสิทธิภาพในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่าเห็นด้วย อยู่ระหว่างร้อยละ 70.00 – 85.10 โดยพบว่าด้านที่เห็นด้วยมากที่สุดคือความพร้อมของหน่วยงานเมื่อถึงฤดูกาลระบาด ร้อยละ 85.10 และด้านที่เห็นด้วยน้อยที่สุดคือความครบถ้วน ร้อยละ 70.00

2. กลยุทธ์การพัฒนาประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่ 4 อำเภอฝั่งตะวันออก จังหวัดตาก ผลการพัฒนาประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่ 4 อำเภอฝั่งตะวันออก จังหวัดตาก ที่พัฒนาขึ้นมี 10 กลยุทธ์ จากการวิเคราะห์ SWOT Analysis และการเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยมีขั้นตอนในการพัฒนา คือ การศึกษาเอกสาร การสนทนากลุ่มจำนวน 4 ครั้ง การสัมภาษณ์ผู้บริหาร จำนวน 10 คน การประชุมเชิงปฏิบัติการจำนวน 2 ครั้ง และการจัดสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 1 ครั้ง ประกอบด้วย วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ ประเด็นกลยุทธ์ กลยุทธ์ ตัวชี้วัด และมาตรการ ดังนี้

กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในงานการป้องกันและควบคุมโรค

กลยุทธ์ที่ 2 สร้างกลไกการจัดการความพร้อมของปัจจัยการป้องกันและควบคุมโรค

กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาประสิทธิภาพของระบบและกลไกการบริหารจัดการ

กลยุทธ์ที่ 4 ปรับเปลี่ยนระบบติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลในการป้องกันโรคไข้เลือดออกผ่านระบบสารสนเทศ

กลยุทธ์ที่ 5 เสริมสร้างกลไกการประสานงานในการจัดการโรคไข้เลือดออก

กลยุทธ์ที่ 6 สร้างเสริมความร่วมมือของภาคีเครือข่ายผ่านการติดต่อสื่อสารด้วยความรวดเร็ว

กลยุทธ์ที่ 7 สร้างพลังเยาวชนจิตอาสา สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กลยุทธ์ที่ 8 เสริมสร้างการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการจัดการโรคไข้เลือดออก

กลยุทธ์ที่ 9 สร้างเสริมให้มีการทำวิจัยในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

กลยุทธ์ที่ 10 พัฒนาการสร้างนวัตกรรมและการเผยแพร่นวัตกรรมในการจัดการโรคไข้เลือดออก

ด้านความเชื่อมโยงของวิสัยทัศน์ที่กำหนด คือ หน่วยบริการสาธารณสุข ในพื้นที่ฝั่งตะวันออกของจังหวัดตาก มีการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้กำหนด พันธกิจจำนวน 3 ด้าน เป้าประสงค์จำนวน 4 ด้าน ประเด็นกลยุทธ์จำนวน 4 ด้าน กลยุทธ์จำนวน 10 เรื่อง ตัวชี้วัดจำนวน 33 รายการ และมาตรการจำนวน 57 ข้อ เพื่อให้ผลการดำเนินงานมีประสิทธิภาพและสำเร็จตามเป้าหมายที่องค์กรตั้งไว้

3. ประเมินกลยุทธ์การพัฒนาประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่ 4 อำเภอฝั่งตะวันออก จังหวัดตาก

ตาราง 4 ผลการประเมินกลยุทธ์การพัฒนาประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่ 4 อำเภอ
ฝั่งตะวันออก จังหวัดตาก

ที่	รายการ	ค่าความคิดเห็น		แปลผล
		M	SD	
1	กลยุทธ์มีความเหมาะสม	4.72	0.53	มากที่สุด
2	กลยุทธ์มีความเป็นไปได้	4.78	0.56	มากที่สุด
3	กลยุทธ์มีความสอดคล้อง	4.69	0.43	มากที่สุด
4	กลยุทธ์มีประโยชน์	4.72	0.57	มากที่สุด
เฉลี่ย		4.73	0.52	มากที่สุด

จากตาราง 4 พบว่า ผลการประเมินกลยุทธ์การพัฒนาประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่ 4 อำเภอฝั่งตะวันออก จังหวัดตาก ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.73$, $SD=0.52$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีผลการประเมินสูงสุด คือด้านความเป็นไปได้ ($M=4.78$, $SD=0.56$) รองลงมา คือด้านความเหมาะสม ($M=4.72$, $SD=0.53$) และด้านความเป็นประโยชน์ ($M=4.72$, $SD=0.57$) และด้านที่มีผลการประเมินต่ำสุด คือด้านความสอดคล้อง ($M=4.69$, $SD=0.43$) โดยทุกด้านอยู่ระดับมากที่สุด

อภิปรายผล

พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ 4 อำเภอฝั่งตะวันออกของจังหวัดตาก ซึ่งประกอบไปด้วย 1)อำเภอเมืองตาก ติดต่อกับ อำเภอพรานกระต่าย และอำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดกำแพงเพชร 2) อำเภอวังเจ้า ติดต่อกับ อำเภอโกสัมพีนี จังหวัดกำแพงเพชร 3) อำเภอสามเงา ติดต่อกับ อำเภอแม่พริก จังหวัดลำปางและ 4) อำเภอบ้านตาก ติดต่อกับอำเภอเถิน จังหวัดลำปาง โดยจะมีการเคลื่อนย้ายของประชาชนทั้งด้านการทำงาน การค้าขายและการศึกษา ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ประชาชนส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย แต่ขาดความต่อเนื่องในการกำจัดลูกน้ำ และมีส่วนร่วมในการรณรงค์การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก สอดคล้องกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกในสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (Sayavong, Chompikul, Wongsawass, & Rattanapan, 2015) รวมถึงในประชาชนจังหวัดพัทลุง (Phromsunkkhaha, 2019) จะเห็นได้ประชาชนยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการป้องกันการกำจัดลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกคือการรับรู้เกี่ยวกับโรคของประชาชน (Viennet, Ritchie Williams, Faddy, & Harley, 2016 ; Rakhmani, Limpanont, Kaewkungwal, & Okanurak, 2018) ประชาชนขาดทักษะในการประยุกต์ใช้วิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออกด้วยตนเองที่พบในพื้นที่เขตชายแดนไทย และสาธารณสุขแห่งสหภาพเมียนมา (Ponrachom, Sriboonthip, & Wangkahart, 2018) จากสภาพการปฏิบัติงานในพื้นที่ยังมีการดำเนินงานได้ไม่ครบถ้วนทุกงาน (Sombutsavat, 2017) และไม่ครอบคลุมกระบวนการของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ถึงแม้ว่าจะมีการดำเนินงานตามนโยบายมีการจัดตั้งศูนย์ให้ชุมชนลดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย แต่ขาดการติดตามการวิเคราะห์หาสาเหตุการระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ที่รับผิดชอบย้อนหลัง 5 ปี เพื่อนำมาวางแผน สอดคล้องกับสภาพปัญหาของบทบาททีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วและการควบคุมโรคไข้เลือดออกขั้นต้นที่ยังพบสภาพปัญหาการรายงานไม่ครอบคลุม (Tidthian, Patcharanarumol, Thidthian, Panichkriangkrai, Ardkhien, Daengsa-ard, & Thoughtbu, 2017)

สภาพการปฏิบัติงานพบว่าสภาพการปฏิบัติงานของผู้บริหารดำเนินการได้ไม่ครบถ้วนทุกงานเช่น ทำการพ่นสารเคมีภายใน 1 วัน หรือการดำเนินการของทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วดำเนินการล่าช้า ติดตามเยี่ยมผู้ที่สงสัยจะป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกทุกรายเมื่อมารักษาตัวในช่วงมีการระบาด จะเห็นได้ว่าสภาพการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเกิดจากอุปสรรค ด้านบุคลากรมีน้อยไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน งบประมาณไม่เพียงพอและได้รับการสนับสนุนล่าช้า วัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานไม่เพียงพอ (Jaipakdee, 2010) มีการประสานงานข้อมูล

เพื่อการควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ การวางแผนงานร่วมกัน ซึ่งการที่จะทำให้การควบคุมป้องกันโรคประสบความสำเร็จนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ร่วมกับการบริหารจัดการข้อมูลการระบาดที่เป็นไปตามมาตรฐาน (Viennet, Ritchie, Williams, Faddy, & Harley, 2016) ปัจจัยภายในที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ปัจจัยด้านนโยบาย ปัจจัยด้านบุคลากร และด้านบริการ ส่วนปัจจัยภายนอก ด้านเทคโนโลยี ด้านสังคม และวัฒนธรรม ทั้งนี้ยังมีปัจจัยส่วนบุคคลที่ยังส่งผลการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (Phromsunkkhaha, 2019) ด้านประสิทธิภาพในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกคือความพร้อมของหน่วยงานเมื่อถึงฤดูกาลระบาด ความครบถ้วน ความทันเวลา และความครอบคลุมในการควบคุมแหล่งแพร่โรค

กลยุทธ์การพัฒนาประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่ 4 อำเภอฝั่งตะวันออก จังหวัดตาก ที่พัฒนาขึ้นมี 10 กลยุทธ์ กลยุทธ์ที่ 1 เพิ่มสมรรถนะของบุคลากรในงานการป้องกันและควบคุมโรค กลยุทธ์ที่ 2 ปรับกลไกการจัดการความพร้อมของปัจจัยการป้องกันและควบคุมโรค กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาประสิทธิภาพของระบบและกลไกการบริหารจัดการ กลยุทธ์ที่ 4 ปรับเปลี่ยนระบบติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลในการป้องกันโรคไข้เลือดออกผ่านระบบสารสนเทศ กลยุทธ์ที่ 5 เสริมสร้างกลไกการประสานงานในการจัดการโรคไข้เลือดออก กลยุทธ์ที่ 6 สร้างเสริมความร่วมมือของภาคีเครือข่ายผ่านการติดต่อสื่อสารด้วยความรวดเร็ว กลยุทธ์ที่ 7 สร้างพลังเยาวชนจิตอาสา สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลยุทธ์ที่ 8 เสริมสร้างการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการจัดการโรคไข้เลือดออก กลยุทธ์ที่ 9 สร้างเสริมให้มีการทำวิจัยในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และกลยุทธ์ที่ 10 พัฒนาการสร้างนวัตกรรมและการเผยแพร่นวัตกรรมในการจัดการโรคไข้เลือดออก มีความสอดคล้องและครอบคลุมกับกลยุทธ์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2012) ประเทศสหรัฐอเมริกา (Pan American Health Organization, 2018) และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขแนะนำ (Department of Disease Control, 2015) รวมถึงเป็นไปตามข้อเสนอแนะในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (Rather, Parry, Lone, Paek, Lim, Bajpai, & Park, 2017) และรูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในประเทศไทยที่ได้มีการดำเนินการมาแล้ว (Chadthong, ChooChom, Pakbongkoch, & Soadmanee, 2011; Wongsasul, Peanchana, & Akakul, 2016 ; Chokekerd, 2018) จะเห็นได้กลยุทธ์นั้นมีส่วนสำคัญในการดำเนินงานทั้งในการทำงานในระดับพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Naknoi, Chaowakeeratipong, & Polprasert, 2016) หรือแม้แต่ในด้านการศึกษา (Saree, Jorajit, & Nawsuwan 2018) โดยการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติให้เกิดผลสำเร็จนั้น ต้องเริ่มต้นที่ผู้นำที่จะถ่ายทอดให้ผู้ร่วมงานรับทราบ และการเชื่อมโยงกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการและงบประมาณที่ได้ตั้งไว้ รวมทั้งต้องได้รับความร่วมมือจากทุกคน ที่จะมีความตั้งใจ รับผิดชอบร่วมกันในการดำเนินงานตามกลยุทธ์ ทั้งนี้ผู้นำต้องสร้างแรงจูงใจให้กับทีมงานในการที่จะนำองค์กรบรรลุตามเป้าหมายและวิสัยทัศน์ที่ตั้งไว้ (Phonprasert, 2011)

การประเมินกลยุทธ์ ผลการประเมินกลยุทธ์การพัฒนาประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ 4 อำเภอฝั่งตะวันออก จังหวัดตาก กลยุทธ์มีความสอดคล้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความเป็นประโยชน์อยู่ในระดับมาก ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริงรูปแบบมีความเป็นไปได้ในทางเทคนิค (Technically Feasibility) และ ความเป็นไปได้ในด้านการปฏิบัติ (Operational Feasibility) โดยกิจกรรมย่อย ๆ ในแต่ละองค์ประกอบนั้นที่มีความเป็นไปได้ในทางเทคนิคการดำเนินงานและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง ที่จะส่งผลให้โครงการหรือกิจกรรมบรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินการได้ แต่การศึกษารังนี้ไม่ได้ศึกษาความเป็นไปได้ด้านการลงทุน (Economic Feasibility) เนื่องจากเป็นโครงการภาครัฐ (Meenaphan, 2007)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. พื้นที่ 4 อำเภอฝั่งตะวันออกของจังหวัดตาก นำกลยุทธ์พัฒนาประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่ 4 อำเภอฝั่งตะวันออก จังหวัดตากที่ประกอบด้วย วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ ประเด็นกลยุทธ์ กลยุทธ์ ตัวชี้วัด และมาตรการ 10 กลยุทธ์ ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานระดับพื้นที่ในกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนให้สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของตนเอง

2. หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการรับผิดชอบนโยบายสาธารณะ สามารถนำ กลยุทธ์ ตัวชี้วัด และแนวปฏิบัติที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ไปกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักและร่วมมือในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำกลยุทธ์ที่พัฒนาได้ไปใช้จริงในพื้นที่ต้นแบบ เพื่อเป็นการศึกษาการนำกลยุทธ์ที่ได้ไปสู่แนวทางปฏิบัติจริง เพื่อเป็นการพัฒนางานประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในจังหวัดตาก
2. ควรส่งเสริมการนำกลยุทธ์ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ใกล้เคียงหรือพื้นที่ที่มีความคล้ายคลึงกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

References

- Chadthong, K., ChooChom, O., Pakbongkoch, C. & Soadmanee, O., (2011). The Development of a Dengue Hemorrhagic Fever Prevention Model in Nacha-Ung Community, Chumphon Province, Thailand. *Journal of Behavioral Science*, 17(1), 79-92. (in Thai)
- Chokekerd, P., (2018). Strategic Implementation of Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control by Multisectoral Participation in Chiang Mai Province. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 8(2), 326-338. (in Thai)
- Chumpu, S., Khamsemanan, N. & Nattee, C. (2019). The Association Between Dengue Incident and Provincial-Level Weather Variables in Thailand from 2001 to 2014. *PLoS ONE*, 14(12), 1-27.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Department of Disease Control. (2015). *Manual of Dengue Hemorrhagic Fever Academic for Medical and Public Health*. Aksorn Graphic and Design Publishing Limited Partnership. Bangkok. (in Thai)
- Department of Disease Control. (2018). *Dengue Hemorrhagic Fever Forecast Report*. Department of Disease Control. Nonthaburi. (in Thai)
- Department of Disease Control. (2022). *Dengue Prognosis Report 2019*. Retrieved from <https://www.pidst.or.th/A1271>.
- Jaipakdee, B. (2010). *The Effect of Prevention and Control of Dengue Hemorrhagic Fever of Sub-District Health Center in Ubon Ratchathani Province*. Master of Public Health. Ubon Ratchathani Rajapath University. (in Thai)
- Krejcie, R. V. & Morgan, E. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 608-609.
- Meenaphan, H. (2007). *Principle on Project Evaluation: Theory and Procedure on Project Feasibility*. Chulalongkorn University Press. Bangkok. (in Thai).
- Naknoi, W., Chaowakeeratipong, T. & Polprasert, P. (2016). The Development of Management Strategies for Tambon Health Promoting Hospitals, Tak Province. *Journal of Education Naresuan University*, 18(2), 106-117. (in Thai)
- Pan American Health Organization. (2018). *Integrated Management Strategy for Dengue Prevention and Control in the Region of the Americas*. PAHO, Washington, D.C.
- Phonprasert, W. (2011). *Concepts of Strategic Management in Strategic Management in Hospital Administration*. Sukhothai Thammathirat Open University. Nonthaburi. (in Thai).

- Phromsunkkhaha, B. (2019). Factors Prediction Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control Behavior among People in Ban-Thakwai Health Promotion Hospital, Khaochaion District, Phatthalung Province. *Journal of Health Science Thaksin University*, 1(1), 23-31. (in Thai)
- Ponrachom, C., Sriboonthip, N. & Wangkahart, A. (2018). Casual Factors of Dengue Hemorrhagic Fever Protection Behaviors of People Living at the Frontier of Thailand and Republic of Union of Myanmar: Qualitative Research. *Phetchabun Rajabhat Journal*, 20(1), 46-55. (in Thai)
- Rakhmani, A. N., Limpanont, Y., Kaewkungwal, J. & Okanurak, K. (2018). Factors Associated with Dengue Prevention Behaviour in Lowokwaru, Malang, Indonesia: a Cross-Sectional Study. *BMC Public Health*, 18, 619.
- Rather, I. A., Parray, H. A., Lone J. B, Paek W. K., Lim, J., Bajpai, V. K. & Park, Y. H. (2017). Prevention and Control Strategies to Counter Dengue Virus Infection. *Front Cell Infect Microbiol*, (25), 1-8.
- Sayavong, C., Chompikul J., Wongsawass S. & Rattanapan C., (2015). Knowledge, Attitudes and Preventive Behaviors Related to Dengue Vector Breeding Control Measures among Adults in Communities of Vientiane, Capital of the Lao PDR. *J Infect Public Health*, 8(5), 466-73.
- Seesaad, B. (1995). *Satistics of Research (2nd ed.)* Bangkok: Suwiriyan. (in Thai)
- Sombutsavat, R. (2017). The Appication of Indigenous Knowledge To Prevent Dengue Hemorrhagic Fever by Community Networks in Northeastern Thailand. *Journal of MCU Social Science Review*, 6(2), 117-128. (in Thai).
- Sripetchwandee, N., Jongrungsakul, W. & Klongpanich, S. (2017). Lesson Learned from Healthy Public Policy: The case study of Control and Prevention of Dengue Hemorrhagic Fever Through Community Participation. *Nursing Journal*, 5(1), 117-127. (in Thai)
- Tidthian, U., Patcharanarumol, W., Thidthian, W., Panichkriangkrai, W., Ardkhien, W., Daengsa-ard, E. & Thoughbu, T. (2017). Roles of Surveillance and Rapid Response Team (SRRT) for Initial Dengue Fever control: A case study in the 2nd Health region. *Journal of Health Science*, 26(1), S54-S63. (in Thai).
- Viennet, E., Ritchie, E. S., Williams, C. R., Faddy, H. M. & Harley, D. (2016). Public Health Responses to and Challenges for the Control of Dengue Transmission in High-Income Countries: Four Case Studies. *PLoS Neg Trop Dis*, 10(9), 1-33.
- Wongsasul, N., Peanchana, A. & Akakul, T. (2016). A Development of the Dengue Hemorrhagic Fever Preventive Model in the Communities of Tambon Kumnumsaep in Ubon Ratchathani's Warinchamrap District. *UBRU Journal for Public Health Research*, 5(1), 41-52. (in Thai)
- World Health Organization. (2008). *Framework for Implementing Integrated Vector Management (IVM) at District Level in the South-East Asia Region*. A Step-by-Step Approach. Geneva.
- World Health Organization. (2012). *Global Strategy for Dengue Prevention and Control 2012-2020*. WHO library. France.
- World Health Organization. (2014). Global Health Estimates 2014 Summary Tables: Deaths by Cause, Age and Sex, by World Bank Income Group Category, 2000–2012. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/. [Accessed: 04 May 2021];

ปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

Substance-Induced Psychosis Disorder: Factors Predicting Caregivers' Capabilities of Care Operations

ธิชามณณ์ สวนกระจำง¹, วินีกาญจน์ คงสุวรรณ^{2*}, อรวรรณ หนูแก้ว²

Thichamon Suankrajang¹, Vineekarn Kongsuwan^{2*}, Orawan Nukaew²

นักศึกษาระดับปริญญาโท มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์¹, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์^{2*}

Thanyarak Pattani Hospital¹, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University^{2*}

(Received: February 14, 2022; Revised: April 12, 2023; Accepted: May 15, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้ เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติด ที่มีอาการทางจิตร่วม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลศูนย์ราชภัฏสงขลาและโรงพยาบาลศูนย์ราชภัฏปัตตานี จำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 8 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมตามการรับรู้ของผู้ดูแล 3) แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล 4) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค 5) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 6) แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว 7) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแล 8) แบบประเมิน การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือส่วนที่ 4 และ 7 เท่ากับ 1.00, และ .87 ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือส่วนที่ 4 ถึง 8 โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .86, .81, .90, .91 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมมีระดับความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.40$, $SD=0.41$)

2. ตัวแปรปัจจัยทำนายสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 36.5 ($R^2=.365$, $p<.05$) โดยตัวแปร ที่สามารถทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\beta=.513$, $p<.05$) สัมพันธภาพในครอบครัว ($\beta=.391$, $p<.05$) อายุ ($\beta=.235$, $p<.05$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta=.200$, $p<.05$)

ผลการศึกษานี้ สามารถนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้

คำสำคัญ: ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแล, ผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม, ผู้ดูแล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: vineekarn.k@psu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 084-5359993)



Abstract

This predictive research on substance-induced psychosis disorder aimed to study the caregivers' capability level of care operating as well as predicting factors. The sample comprised 120 primary caregivers of persons with substance-induced psychosis disorder at Thanyarak Songkhla Hospital and Thanyarak Pattani Hospital. The research instrument consisted of 8 parts: 1) general information on caregivers, 2) general information on persons with substance-induced psychosis disorder according to caregiver's perception, 3) perception of health status of caregivers, 4) perceptions of illness severity, 5) social support, 6) family relationships, 7) caregivers' capabilities for care operating for persons with substance-induced psychosis disorder, and 8) negative expressed emotions. Five experts verified the content validity of instrument. The content validity index of part 4 and 7 were 1.00, and .87, respectively. The reliability of part 4 to 8 was also tested, yielding cronbach's alpha coefficients of .86, .81, .90, .91 and .82, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics. The predictability was analyzed using the enter method of multiple regression analysis.

The result showed that capabilities of care operation for persons with substance-induced psychosis disorder was at moderate level ($M=3.40$, $SD=0.41$). Predictive factors that could be correlated explain 36.5 percent ($R^2=.365$, $p<.05$) of capabilities for care operation. The factors that significantly predicted capabilities for care operation of caregivers were perception of illness severity ($\beta=.513$, $p<.05$), family relationships ($\beta=.391$, $p<.05$), age ($\beta=.235$, $p<.05$), and social support ($\beta=.200$, $p<.05$).

The results of this study could be used as basic information to develop nursing programs or guidelines to promote caregivers' capabilities for care operation for persons with substance-induced psychosis disorder.

Keywords: Substance-Induced Psychosis Disorder, Caregivers' Capabilities, Predictive Factors

บทนำ

สารเสพติดมีผลอย่างมากต่อระบบสารสื่อประสาท เมื่อเสพเรื้อรังทำให้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและพฤติกรรมและแสดงออกด้วยอาการทางจิต ซึ่งจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมีการเสพสารเสพติดเข้าไปในปริมาณมากๆ ติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน คลุ้มคลั่ง ขาดสติ กลัวคนจะมาทำร้ายไม่สามารถควบคุมตนเองได้ มีแนวโน้มก่อความรุนแรงทั้งต่อตัวเองและผู้อื่น (Boonyamane, Lamad, Musikachai, Boonyamane, Sathonphan, & Suttarangsee, 2015) ซึ่งสารเสพติดที่ก่อให้เกิดอาการทางจิตมีหลายชนิด ได้แก่ ยาบ้า ยาไอซ์ กัญชา ที่มีแนวโน้มแพร่ระบาดเพิ่มขึ้นอย่างมากในกลุ่มวัยรุ่นและคนทำงาน ซึ่งทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตอย่างรุนแรง (Chansirimongkol, 2015) และปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมเพิ่มมากขึ้น จากรายงานของสถาบันธัญญารักษ์ซึ่งเป็นสถานพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดรักษาเสพติดระดับประเทศ พบว่าปีงบประมาณ 2562-2564 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมเป็นจำนวน 3,984 ราย 3,629 ราย และ 3,321 ราย ตามลำดับ จากสถิติในปี 2560 มีผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 2,669,821 คน และมีผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตเข้าบำบัดรักษาในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ 226,391 คนคิดเป็นร้อยละ 8 ของผู้ป่วยจิตเวช (Department of Mental Health, 2018) การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตเมื่อใช้ในปริมาณเพิ่มมากขึ้นทำให้อาการทางจิตกำเริบ และส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ได้แก่ บกพร่องในความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Chuchun, Wirun, &

Nutsawat, 2014) ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง ไม่สนใจดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย (Lotrakul, & Sukanich, 2012)

การมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญเพราะเชื่อว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่เป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาอบรมสมาชิกในครอบครัวให้เป็นประชากรที่มีคุณภาพและเป็นภูมิคุ้มกันยาเสพติดที่ดี (Ritmontri, 2011) เมื่อมีบุคคลในครอบครัวมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวเช่นคู่สมรส บุตร บิดา มารดาหรือญาติพี่น้องต้องเข้ามาจัดการดูแล ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆเพื่อทดแทนส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ด้วยตนเองหรือทำได้เล็กน้อย ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Musikachai, 2007) และผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ต้องใช้เวลาในการรักษานาน เมื่อมีอาการของโรคกำเริบขึ้นส่งผลกระทบต่อทั้งตนเองและผู้อื่น ดังนั้นผู้ดูแลต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแล ให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือให้โอกาส ไม่ควรพูดตำหนิผู้ป่วย (Phono, 2015) จากการที่ผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว สามารถให้การดูแลที่เหมาะสม และให้การสนับสนุนที่ดีแก่ผู้ป่วย จะส่งผลให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้น (Musikachai, 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลนั้นมีความหลากหลาย เช่น อายุ (Meesri, 2012) ระยะเวลาในการดูแล (Meesri, 2012) ภาวะสุขภาพ (Kolyonee, 2013) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Prommoon, 2008) การสนับสนุนทางสังคม (Dengduangboribhand, 2011) และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ (Prommoon, 2008) และมีการศึกษาความสามารถของผู้ดูแลทั้งผู้ป่วยโรคทางกายและโรคทางจิตเวช แต่การศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมยังมีน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม โดยเลือกศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับ 1) อายุ 2) ระยะเวลาในการดูแล 3) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล 4) สัมพันธภาพในครอบครัว 5) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 6) การสนับสนุนทางสังคมและ 7) การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในระดับปานกลางน่าจะเป็นตัวทำนายที่ดีในการทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้ ซึ่งผลจากการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสำหรับการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

สมมติฐานวิจัย

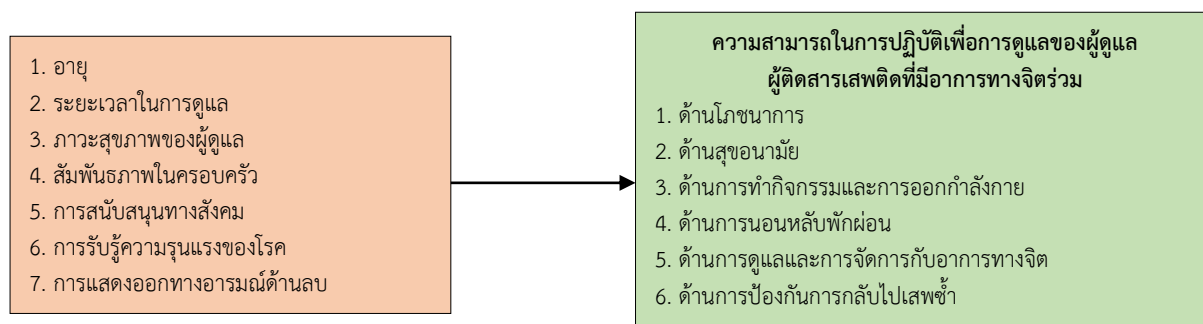
อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ สามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (Dependent Care Agency) ตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่กล่าวว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีข้อจำกัดจากความเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรภาพทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ จึงเกิดความพร่องในการดูแลตนเองและผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมเป็นผู้มีความพร่องในการดูแลตนเอง อันเป็นผลจากพยาธิสภาพของโรคจากการเปลี่ยนแปลงสารเคมีในสมองทำให้กระบวนการทางความคิด อารมณ์หรือ

พฤติกรรมผิดปกติจึงจำเป็นต้องพึ่งพาจากบุคคลอื่น (Hanucharoenkul, 2001) ซึ่งความสามารถในการดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมสามารถประเมินได้จากการลงมือปฏิบัติกิจกรรมเพราะเป็นความสามารถขั้นสูงสุดซึ่งถือเป็นขั้นสุดท้ายที่สะท้อนผลลัพธ์ของระยะต่างๆสามารถวัดได้ง่าย และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องความสามารถของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโภชนาการ 2) ด้านสุขอนามัย 3) ด้านการทำการกิจกรรมและการออกกำลังกาย 4) ด้านการนอนหลับพักผ่อน 5) ด้านการดูแลและการจัดการกับอาการของโรค และ 6) ด้านการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Anontri, 2009; Bunyathikarn, 2010; Karakasorn, 2009; Lamad, Boonyamane, Sathonphan, and Musikchai, 2009; Prommoon, 2013)

ความสามารถของผู้ดูแลจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสถานการณ์ และความสามารถของแต่ละบุคคล ซึ่งโอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า การที่บุคคลจะดูแลตนเองหรือดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ คือ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ลักษณะธรรมเนียมประเพณี ระบบครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิต สภาพแวดล้อม แหล่งประโยชน์และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ (Meesri, 2012) ระยะเวลาในการดูแล (Meesri, 2012) ภาวะสุขภาพ (Kolyonee, 2013) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Prommoon, 2008) การสนับสนุนทางสังคม (Dengduangboribhand, 2011) และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ (Prommoon, 2008)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการทางจิตตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรค โดยการใช้รหัสจำแนกโรคตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD -10) (F11.5x-F19.5x) ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเฉพาะทางยาเสพติดจำนวน 2 แห่งในปี พ.ศ 2561-2563 จำนวน 510 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ติดสารเสพติดเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการทางจิตตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรค โดยการใช้รหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) (F10.5x-F19.5x) ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเฉพาะทางที่มีการบำบัดผู้ติดยาและสารเสพติดของภาคใต้ระหว่างเดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ 2563 ได้แก่โรงพยาบาลอภัยภูธรสงขลาและโรงพยาบาลอภัยภูธรปัตตานี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรทอร์นไดร์ (Thorndike, 1978) $n = 10k + 50$ เมื่อ n คือขนาดกลุ่มตัวอย่าง k คือจำนวนปัจจัยที่ศึกษา ซึ่งมีตัวแปรที่ใช้ศึกษาจำนวน 7 ตัว จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ 120 คน และเก็บข้อมูลผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลอภัยภูธรสงขลาและโรงพยาบาลอภัยภูธรปัตตานี ในปี พ.ศ. 2561-2563 โรงพยาบาลอภัยภูธรสงขลา มีผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 370 คน/ปี (Thanyarak Songkhla, 2018) และโรงพยาบาลอภัยภูธรปัตตานีมีผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 140 คน/ปี (Thanyarak Pattani Hospital, 2018) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลผู้ดูแล

หลักที่ดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา จำนวน 87 คน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานีจำนวน 33 คน ซึ่งสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติ โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) เป็นผู้ดูแลที่รับผิดชอบหลักที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยเป็นบุคคลในครอบครัว เช่นสามี ภรรยา บุตร พี่น้อง หรือญาติของผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างน้อย 6 เดือน และสามารถ อ่าน เขียน สื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ สนทนาโต้ตอบรู้เรื่อง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ โดยนำรายชื่อของผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในแต่ละวันมาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดเกณฑ์ตามเกณฑ์คัดเข้าและสัมภาษณ์ผู้ดูแลและผู้ป่วยที่มารับบริการในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดผู้ดูแลต่อผู้ป่วยแบบ 1:1

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม มีจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ โรคประจำตัว ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมตามการรับรู้ของผู้ดูแลมีจำนวน 14 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประเภทของสารเสพติดที่ใช้ อายุที่เริ่มใช้ยาเสพติด ระยะเวลาที่ได้รับการบำบัดรักษา ยาเสพติด ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการทางจิต ระยะเวลาที่ได้รับการบำบัดรักษาอาการทางจิต จำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาลด้วยการติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมและโรคทางกายอื่นๆ

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม เป็นการวัดการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้วัดภาวะสุขภาพ โดยเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตรวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพด้วยตัวเลข (Numerical Rating Scale) โดยใช้ตัวเลข 1-10 เริ่มจากซ้ายมือเป็นเลข 1 หมายถึง สุขภาพแย่ที่สุด และปลายเส้นตรงทางขวามือเป็นเลข 10 หมายถึง สุขภาพดีมากที่สุด โดยให้ผู้ดูแลทำเครื่องหมาย x ลงบนตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 6 ข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าโดยมีค่าคะแนนรายข้อตั้งแต่ 1-10 คะแนน 1 คะแนนหมายถึงน้อยที่สุดและ 10 คะแนน หมายถึง มากที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ประเมินได้จากแบบประเมิน การสนับสนุนทางสังคมของ Denduangboriban (2011) ที่ดัดแปลงมาจากกรอบแนวคิดของแบรนดท์และไวเนอร์ (Brandt & Weinert, 1981) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบและจำนวนคำถามมี 20 ข้อ โดยพิจารณาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ มีการสนับสนุนทางสังคมสูงต่ำ มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และมีการสนับสนุนทางสังคมสูงเกณฑ์การแปลคะแนน ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 100 และแปลค่าคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 6 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมใช้แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของ Kunnarong (2011) มีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิดโดยมีข้อความทางบวก 12 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14 และ 15 ส่วนข้อความทางลบ 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 5, 7 และ 12 โดยมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ จากไม่เห็นด้วยถึงเห็นด้วยมาก การแปลผลคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถาม กำหนดค่าคะแนนเป็น 3 ระดับด้วยวิธีการกำหนดอัตราภาคขึ้น นำคะแนนสูงสุดของแบบวัด ลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการ (Siljaru, 2007)

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) อีกทั้งได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดของผู้ดูแลของ Prommoon (2013) และจากการศึกษาค้นคว้า

ตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ด้านโภชนาการ ด้านสุขอนามัย ด้านการทำกิจกรรม และการออกกำลังกาย ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านการดูแลและการจัดการกับอาการของโรคและ ด้านการป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดจำนวน 30 ข้อ กำหนดค่าคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ผู้ดูแลมีความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลอยู่ในระดับน้อย ปานกลางและมาก ด้วยวิธีการกำหนด อัตราภาคขึ้น นำคะแนนสูงสุดของแบบวัดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการ (Siljaru, 2007)

ส่วนที่ 8 แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ใช้แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดของ Prommoon, (2013) มีจำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านการวิพากษ์วิจารณ์ด้านการแสดงความเป็นมิตร ด้านการแสดงความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไป ด้านการห่างเหินทางอารมณ์ กำหนดค่าคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบน้อย บางครั้งและมาก ด้วยวิธีการกำหนดให้ค่าเฉลี่ยสูงสุดของแบบประเมินลบด้วยค่าเฉลี่ยต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการ (Polit, & Beck, 2012)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสอบถามส่วนที่ 4 และ 7 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในทฤษฎีของไอเร็ม จำนวน 1 ท่าน จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์การดูแลบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 ท่าน พยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 2 ท่าน พิจารณาตรวจสอบซึ่งผลการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับของแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง เนื้อหาครอบคลุม และการใช้ภาษาให้ถูกต้องเหมาะสม และปรับแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิ แบบสอบถามส่วนที่ 4 และ 7 ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00, และ .87 ตามลำดับ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ (Internal Consistency) โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวดูแล ผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม และแบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในผู้ดูแลของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้ผ่านการทดลองมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .86, .81, .90, .91 และ .82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ได้จากการคัดเลือกเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิในการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างและขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย

2. ผู้วิจัยเข้าไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเฉพาะทางที่มีการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดของภาคใต้ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ผู้วิจัยได้มีการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยและยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

3. หลังจากได้รับความยินยอม ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามให้เรียบร้อยหลังกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติด โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติด ที่มีอาการทางจิตร่วมด้วยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter Multiple Regression Analysis) โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้ (Srisatitnarakun, 2010)

2.1 ตัวแปรอายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ตัวแปรทุกตัวมีการกระจายตัวเป็นรูประฆังคว่ำและสมมาตรกันร่วมกับพิจารณาค่าค่าความเบ้ (Skewness) และความโด่ง (Kurtosis) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีการแจกแจงเป็นปกติโดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์ความเบ้และค่าสัมประสิทธิ์ความโด่งของการแจกแจงข้อมูล (Statistic Skewness & Statistic Kurtosis) และข้อมูลของแต่ละตัวแปรอยู่ในช่วง ± 3 มีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

2.2 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าลักษณะการกระจายของข้อมูล (Scatter Plot) ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามทุกคู่ กราฟที่ได้มีลักษณะเป็นเส้นตรง

2.3 ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการทำนายของตัวแปรทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) พิจารณาจากภาพการกระจายใน Scatter Plot โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standardized Residuals Values ZRESID) บนแกนแนวนอนและค่าประมาณ Y ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized Predicted Values หรือ ZPRED) บนแกนแนวตั้ง X พบว่าค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์กระจายบริเวณค่าศูนย์ โดยจุดต่างๆ มีความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (ZRESID) อยู่ระหว่าง -2.00 ถึง +2.00 (Wanichbuncha, & Wanichbuncha, 2017) จึงกล่าวได้ว่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity)

2.4 ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความเป็นอิสระจากกัน (Autocorrelation) โดยพิจารณาจากการทดสอบเดอร์บิน-วัตสัน (Durbin-Watson) ซึ่งควรมีค่าเข้าใกล้ 2 หรือมีค่าในช่วง 1.5-2.5 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ค่าทดสอบเดอร์บิน-วัตสันเท่ากับ 2.008 แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง

2.5 ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (Multicollinearity) โดยพิจารณาจากค่า Tolerance อยู่ในช่วง .681-.954 และค่า VIF อยู่ในช่วง 1.048-1.468 แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง

จริยธรรมวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เมื่อวันที่ 19 สิงหาคม 2563 (รหัสหนังสือรับรอง PSU IRB 2020-NSt 017)

ผลการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมจำนวน 120 คน ส่วนใหญ่ร้อยละ 66.67 เป็นเพศหญิง มีอายุต่ำสุด 19 ปี และสูงสุด 68 ปี ($M = 47.66$, $SD = 12.44$) โดยมีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 32.50 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 56.66 สถานภาพสมรสร้อยละ 78.33 และจบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาร้อยละ 29.17 โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายร้อยละ 49.17 มีรายได้อยู่ระหว่าง 10,001-15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 29.17 และ

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 72.50 ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่ผู้ดูแล เป็นบิดา/มารดา คิดเป็นร้อยละ 53.33 ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยผู้ติดตามเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมอยู่ระหว่าง 2-5 ปี ร้อยละ 61.67

ผู้ติดตามเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมส่วนใหญ่ร้อยละ 94.17 เป็นเพศชาย มีอายุต่ำสุด 17 ปี และสูงสุด 67 ปี ($M=30.81$, $SD=29.87$) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 45.83 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 56.67 สถานภาพโสด ร้อยละ 55.00 จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 74.17 ส่วนใหญ่ว่างงาน (ร้อยละ 43.33) รายได้ของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 60.00 ประเภทของสารเสพติดที่ใช้ส่วนใหญ่ใช้ผสมผสานหลายชนิด ร้อยละ 53.33 ส่วนใหญ่ใช้ยาเสพติดครั้งแรกอายุ 10-20 ปี ร้อยละ 69.17 ระยะเวลาที่ได้รับการบำบัดรักษายาเสพติด 1-5 ปี ร้อยละ 84.17 ระยะเวลาที่มีอาการทางจิต < 1 ปี ร้อยละ 50.83 ระยะเวลาที่ได้รับการบำบัดรักษาอาการทางจิต 1 - 3 ปี ร้อยละ 84.17 กลุ่มผู้ติดตามเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมเคยเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 1 - 2 ครั้ง ร้อยละ 48.33 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการรักษาโรคทางกาย ร้อยละ 95.00

2.ระดับความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดตามเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมรายด้าน และโดยรวม

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดตามเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม (n=120)

ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแล	M	SD	ระดับความสามารถ
ด้านโภชนาการ	3.30	0.69	ปานกลาง
ด้านสุขอนามัย	3.38	0.71	ปานกลาง
ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย	2.99	0.85	ปานกลาง
ด้านการนอนหลับพักผ่อน	3.55	0.61	ปานกลาง
ด้านการดูแลและการจัดการกับอาการของโรค	3.52	0.68	ปานกลาง
ด้านการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ	3.44	0.56	ปานกลาง
โดยรวม	3.36	0.40	ปานกลาง

จากตาราง 1 พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดตามเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.36$, $SD=0.40$) และในแต่ละด้านมีความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดตามเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน โดยมีด้านการนอนหลับพักผ่อนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M=3.55$, $SD=0.61$) และมีด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M=2.99$, $SD=0.85$)

3. ปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดตามเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

ตาราง 7 ค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างตัวทำนายกับความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดตามเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม (n=120)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	β	t	p-value
1. อายุ	2.143	0.72	.235	2.958	.004
2. ระยะเวลาในการดูแล	1.632	1.51	.083	1.084	.281
3. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	.921	0.48	.142	1.906	.059
4. สัมพันธภาพในครอบครัว	.734	0.17	.391	4.412	<.001
5. การสนับสนุนทางสังคม	.268	0.11	.200	2.465	.015
6. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.517	0.08	.513	6.120	<.001
7. การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ	.040	0.13	.025	.317	.752

$R^2=.365$, $p<.05$

จากตาราง 7 พบว่ามีตัวแปร 4 ตัวแปรที่ร่วมทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม (y) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (X_6) ซึ่งเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้สูงสุด ($\beta=.513, p<.05$) รองลงมาเป็นสัมพันธ์ภาพในครอบครัว (X_4) ($\beta=.391, p<.05$) อายุ (X_1) ($\beta=.235, p<.05$) และการสนับสนุนทางสังคม (X_5) ($\beta=.200, p<.05$) ตามลำดับโดยทั้ง 4 ตัวแปรสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้ร้อยละ 36.5 (Adj $R^2=.365, p<.05$) โดยสามารถสร้างเป็นสมการในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานได้ดังต่อไปนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$\hat{Y}_i = 5.293 + .517(X_6) + .734(X_4) + 2.143(X_1) + .268(X_5)$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\hat{Z}_y = .513(ZX_6) + .391(ZX_4) + .235(ZX_1) + .200(ZX_5)$$

อภิปรายผล

1. ระดับความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

จากการศึกษา พบว่าผู้ดูแลมีความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.40, SD=0.41$) และในแต่ละด้านมีความสามารถอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีด้านการนอนหลับพักผ่อนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M=3.55, SD=0.60$) และมีด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M=3.16, SD=0.66$) ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.7) และมีความสามารถในการดูแลระดับสูง ทำให้ถูกคาดหวังในบทบาทของการเป็นผู้ดูแลทั้งในยามปกติและในยามเจ็บป่วย (Cook, Lefley, Pickett, & Cohler, 1994; Prommoon, 2008) แสดงว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงซึ่งเป็นวัฒนธรรมประเพณีในการสืบทอดกันมาว่าเพศหญิงต้องเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบงานบ้านและดูแลเอาใจใส่สมาชิกในครอบครัวรวมถึงดูแลสุขภาพสมาชิกที่มีภาวะเจ็บป่วย อายุของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีอายุเฉลี่ย 47.66 ปี ($SD=12.44$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Meesri (2011) ศึกษา ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้ดูแลอยู่ในวัยผู้ใหญ่ (อายุ 40-59 ปี) ซึ่งเป็นวัยที่มีประสบการณ์ในการทำงาน สามารถเรียนรู้ เข้าใจ ปัญหา ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลผลการศึกษาพบว่า ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดาหรือมารดา (ร้อยละ 53.3) ผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกันจะมีความผูกพันและเป็นบทบาทหน้าที่ที่ต้องพึงกระทำซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Prommoon (2013) ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดา (ร้อยละ 47.62) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วย โดยเฉพาะมารดา จะคอยเอาใจใส่ ดูแล ให้ความรักเมื่อบุตรมีภาวะเจ็บป่วยจะดูแลช่วยเหลือบุตรอย่างเต็มที่ในการให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ (Praisawad, 2008) ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 29.2) ตามกรอบแนวคิดของโอเรม (Orem, 2001) กล่าวว่า บุคคลที่มีการศึกษาจะตัดสินใจ คิดพิจารณาการกระทำและแสวงหาข้อมูลรวมถึงใช้ แหล่งประโยชน์ได้มากกว่าบุคคลที่ไม่มีการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Seenak (2017) พบว่า ร้อยละ 36.60 ของผู้ดูแลมีการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก ระยะเวลาในการดูแล ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 2.71 ปี ($SD=1.92$) ความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ตามกรอบแนวคิดของโอเรม (Orem, 2001) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพาจะแปรผันตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น กล่าวคือ การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานจะช่วยส่งเสริมประสบการณ์และทำให้เกิดความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Meesri (2011) พบว่าระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน รายได้ของผู้ดูแล ผล

การศึกษาพบว่ารายได้ของผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 16,415.50 บาท/เดือน (ร้อยละ 29.2) ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 49.2) เนื่องจากอาชีพ ทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย ต้องทำงานเพื่อดูแลครอบครัว ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 72.5) การทำหน้าที่ของร่างกาย และมีโครงสร้างที่ผิดปกติส่งผลให้บุคคลมีข้อจำกัดของความสามารถในการดูแลตนเอง (Honboonherm, 2010) และอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลผู้อื่น ผู้ดูแลที่มีสุขภาพดี จะสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดีซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Meesri (2011) พบว่าการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นอาจทำให้ผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมมีความสามารถในการปฏิบัติดูแลเพื่อการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่าด้านการนอนหลับพักผ่อนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M=3.55$, $SD=0.61$) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดาคิดเป็นร้อยละ 53.3 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ทางสายเลือด ทำให้มีความห่วงใยในบุตร ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยเป็นอย่างดี ดูแลในเรื่องการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ช่วงก่อนนอนดูแลไม่ให้ดื่มชาหรือกาแฟ ช่วยผู้ป่วยให้ผ่อนคลายเมื่อนอนไม่หลับโดยการอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์หรือชวนปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและคอยติดตามปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยในแต่ละคืน ผู้ดูแลดูแลเรื่องการรับประทานยาตามเวลา ฝ้าดูอาการข้างเคียงจากยาต้านอาการทางจิต เช่น คอแห้ง ปากแห้ง น้ำลายเหนียว และพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งดูแลสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยโดยเก็บอุปกรณ์ ของมีคมเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยทำร้าย ตนเองหรือผู้อื่น ผู้ดูแลต้องเฝ้าระวังไม่ให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้ตัวกระตุ้นต่างๆ ได้แก่ เพื่อนที่ใช้จ่าย เสพติด สถานที่ใช้จ่าย เสพติด เงิน และอุปกรณ์การเสพยา เป็นต้น ดูแลเรื่องการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบ 3 มื้อ ตามเวลา ดูแลช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและติดตามคอยสอบถามอย่างสม่ำเสมอ ส่วนด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M=2.99$, $SD=0.85$) เนื่องจากผู้ป่วยยาเสพติดมีพฤติกรรมอยู่เฉยๆ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม รู้สึกเบื่อ จึงไม่ชอบในการทำกิจกรรมหรือการออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องคอยสอบถามและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมที่ตัวเองชอบตามความสามารถ (Prommoon, 2013) ดังนั้นผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

จากการศึกษาทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม พบว่า มีตัวแปร 4 ตัวแปรที่ร่วมทำนายได้แก่ อายุ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ได้ร้อยละ 36.5 (Adjusted $R^2=.365$, $p<.05$) ตัวแปรที่ร่วมทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคซึ่งเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้สูงสุด ($\beta=.513$, $p<.05$) รองลงมาเป็น สัมพันธภาพในครอบครัว ($\beta=.391$, $p<.05$) อายุ ($\beta=.235$, $p<.05$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta=.200$, $p<.05$) ตามลำดับ สามารถอธิบายได้ดังนี้

อายุของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า อายุร่วมทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=.235$, $p<.05$) กล่าวคือผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมที่มีอายุมากสามารถดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ (อายุ 51-60 ปี) ซึ่งเป็นวัยที่สร้างสมประสบการณ์ มีการแก้ปัญหาได้ดี มีความอดทนและมีความรอบคอบในการพิจารณาทางเลือก (Karakasorn, 2009) และมีประสบการณ์ในการจัดการกับความเครียดได้มากขึ้น (Jalowiec & Power, 1981) อายุเป็นตัวบ่งชี้กำหนดความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพาและความสามารถจะเพิ่มขึ้นตามลำดับของวัยและจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ โอเร็ม (Orem, 2001)

สัมพันธภาพในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวร่วมทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=.391$, $p<.05$) เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นภายในครอบครัว ผู้ดูแลจำเป็นต้องคงไว้ซึ่งระบบครอบครัวเพื่อให้เกิดความผาสุก มีการพัฒนาความรู้ ทักษะต่างๆ เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีและประสบความสำเร็จ โอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของ Kunnarong (2011) พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวดี ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทลดลง สมาชิกในครอบครัวมีความเอื้ออาทรต่อกันและกำหนดสิทธิหน้าที่ของสมาชิกให้มีคุณภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์และสังคม (Insuk, 2007) หากความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่ดีเกิดความขัดแย้งหรือความรุนแรงขึ้น ทำให้ผู้ดูแลเสียดสีขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ขาดความอบอุ่น รู้สึกไม่ปลอดภัยและใช้ยาเสพติดในการแก้ปัญหา (Petchpongpan, 2016) ดังนั้นสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้กระบวนการดูแลประสบความสำเร็จ และเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ความสามารถในการดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมดีขึ้น

การสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมร่วมทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .200, p < .05$) กล่าวคือ เมื่อผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้รับการดูแลช่วยเหลือ รับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้โดดเดี่ยว ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกดี มีแรงขับเคลื่อนในการทำกิจกรรมนั้นๆให้มีความสามารถในการดูแล โอเร็ม (Orem, 2001) และจากการศึกษาของ Denduangboriban (2011) พบว่าการสนับสนุนทางสังคม การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ที่ดีหรือให้โอกาสจากคนใกล้ชิดจะทำให้ผู้ติดยาเสพติดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือหลีกเลี่ยงการกลับไปใช้ยาเสพติดได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีกำลังใจหรือมีแรงขับเคลื่อนในการทำกิจกรรมการดูแลและมีความสามารถดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ดี โอเร็ม (Orem, 2001)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคร่วมทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .513, p < .05$) กล่าวคือ เมื่อบุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคการเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้นๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพ ทำให้ผู้ดูแลสนใจที่จะหาความรู้และปรึกษาทีมสุขภาพมากขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถ เข้าใจในการดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ร้อยละ 42.5 รับรู้ความรุนแรงของโรคของอยู่ในระดับสูงทั้งนี้ในโรงพยาบาลอภัยภูธรสงขลาและโรงพยาบาลอภัยภูธรปัตตานีมีการให้ความรู้ในกลุ่มครอบครัวรวมถึงการส่งข้อมูลให้ทีมเครือข่ายในการดูแลต่อเนื่องและมีการติดตามเป็นระยะ

อย่างไรก็ตามการศึกษาค้นครั้งนี้พบว่ามีความแปร 3 ตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ระยะเวลาในการดูแล ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและพฤติกรรมเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวยอมรับและเข้าใจในตัวผู้ป่วยมากขึ้นและผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัวทางสายเลือดจึงมีความห่วงใยและใส่ใจในการดูแล ระยะเวลาถึงจะน้อยหรือมากจึงไม่ผลต่อการดูแลและจากการศึกษาค้นครั้งนี้ร้อยละ 61.7 มีระยะเวลาในการดูแล 2-5 ปี สอดคล้องกับงานวิจัยของ Namlao, Nabkeesorn & Wattanasin (2018) พบว่าระยะเวลาในการดูแลไม่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เนื่องจากมีระบบในการช่วยเหลือด้านบริการพยาบาลจากโรงพยาบาลทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และความมั่นใจในการดูแลซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Seenak (2017) พบว่าภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาครั้งนี้ร้อยละ 72.5 ไม่มีโรคประจำตัวและร้อยละ 52 รับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพระดับปานกลาง จึงพบว่าภาวะสุขภาพของผู้ดูแลไม่มีผลต่อความสามารถในการดูแล

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ เนื่องจากผู้ดูแลเป็นบุคคลใกล้ชิด มีความผูกพันทางสายเลือดจึงเข้าไปดูแลและจัดการผู้ป่วยในเกือบทุกเรื่อง ทำให้เกิดภาวะเครียด (Alvarez, Gleeson, Cotton, Wade, Crisp, Yap et al, 2010) และแสดงออกโดยใช้คำพูด น้ำเสียง ที่ไม่พอใจ (Saunders, 2003) เมื่อผู้ดูแลมีประสบการณ์การในการดูแลและมีความรัก ความผูกพันทางสายเลือด ทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและเผชิญความเครียดจากการดูแลได้ จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ส่วนใหญ่เป็น บิดา - มารดา ร้อยละ 53.3 ซึ่งมีความห่วงใยเอื้ออาทรในบุตร และเป็นหน้าที่ที่ต้องดูแลการแสดงออกทางอารมณ์มีทั้งด้านบวกและด้านลบ ได้แก่ การชื่นชม การควบคุมทางอารมณ์ การแสดงความอบอุ่น การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความไม่เป็นมิตร การแสดงความผูกพันทาง

อารมณ์มากเกินไปและการท่างเห็นทางอารมณ์ (Prommoon, 2013) เนื่องจากการแสดงออกทางอารมณ์เป็นเรื่องปกติของผู้ดูแลที่มีความรัก ความผูกพันกันและให้ความสนใจช่วยเหลือให้บุตรมีอารมณ์ดีขึ้นพร้อมที่จะให้อภัย ให้กำลังใจ และให้โอกาสผู้ป่วยในการปรับปรุงตัวเอง ผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบสูง จะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดเกิดความเครียด และกลับไปใช้สารเสพติดอีกและทำให้มีอาการทางจิตเกิดขึ้นได้ (Hoooley, 2007) และจากการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในบางครั้งจึงพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลไม่มีผลต่อความสามารถในการดูแล

โดยสรุปการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและตัวปัจจัยทำนายร่วมกันสามารถทำนายได้ร้อยละ 36.5 ตัวแปรที่ร่วมทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\beta=.513, p<.05$) สัมพันธภาพในครอบครัว ($\beta=.391, p<.05$) อายุ ($\beta=.235, p<.05$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta=.200, p<.05$) และตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ

การนำผลการวิจัยไปใช้

นำปัจจัยที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาในรูปแบบที่ส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว รวมถึงให้รับรู้ถึงผลกระทบและความรุนแรงของโรค เช่น โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ความรู้ ความสามารถและทักษะในการดูแลผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม รวมถึง การให้คำปรึกษา การให้ความรู้ ข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การนำผลที่ได้มาพัฒนาทางกระบวนการทางการพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและสอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ติดยาและสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมอยู่ในระดับสูง
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่สามารถร่วมทำนายความสามารถในการดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมเช่น ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ภาระการดูแลและการเผชิญความเครียด ปัจจัยทางด้านผู้ติดสารเสพติด เป็นต้น

References

- Alvarez – Jimenez, M., Gleeson, J. F., Cotton, S. M., Wade, D., Crisp, K., Yap, M. B. H., & McGorry, P. D. (2010). Differential Predictors of Critical Comments and Emotional over-Involvement in First-Episode Psychosis. *Psychological Medicine*, 40(1), 63-72.
- Anontri, S. (2009). *The Needs of Caregivers and the Needs of Nurses in Caring for Psychiatric Patients at Home*. Master of Nursing Science Psychiatric and Mental Health Nursing. Prince of Songkhla University, Songkhla. (in Thai).
- Boonyamane, B., Lamad, N., Musikachai, S., Boonyamane, A., Sathonphan, D. & Suttarangsee, W., (2015). The Readiness of Nurses to Take Care of Drug Patients. Addiction with Psychotic Symptoms in Drug Treatment Center and Tanyarak Institute. *Journal of Drug Abuse*, 3(2), 33-46. (in Thai).

- Bunyathikarn, P. (2010). *Functions of Families of Schizophrenia Patients and Their Families. Schizophrenia Using Drugs*. Master of Nursing Science Department of Mental Health and Psychiatric Nursing. Prince of Songkhla University, Songkhla. (in Thai).
- Chansirimongkol, B. (2015). *Addiction to Mental Illness. Treatable. Thanyarak Hospital Khon Kaen*. Retrieved 8 September 2019 from <https://www.hfocus.org/content/2016/06/12285>. (in Thai).
- Chuchuan, E., Wirun, S. & Nutsawat. W., (2014). Effects of a Group Therapy Program on Feelings of Worthiness. Self-Efficacy of Chronic Psychiatric Patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(3), 13-25. (in Thai).
- Cook, J. A., Lefley, H. P., Pickett, S. A. & Cohler, B. J. (1994). Age and Family Burden among Parent of Offspring with Severe Mental Illness. *American Journal Orthopsychiatric*, 64(3), 435-447.
- Denduagboriban, N. (2011). *Social support of Methamphetamine Users Undergoing Inpatient Treatment at Tanyarak Institute*. Master's Thesis Department of Mental Health. Faculty of Medicine Chulalongkorn University, Bangkok. (in Thai).
- Department of Mental Health. (2018). *Rumor News*. Retrieved March 15, 2019, from <https://www.dmh.go.th/news-mh/view.asp?id=28009>. (in Thai).
- Hanucharoenkul, S. (2001). *Self-Care: The Science and Art of Nursing*. (6th Edition). Bangkok: V.J. Printing Limited Partnership. (in Thai).
- Honboonherm, P. (2010). *Orem's Theory of Nursing: Concepts and Applications*. (1st printing).Mahasarakham: Apichart Printing. (in Thai).
- Hooley, J. M. (2007). Expressed Emotion and Relapse of Psychopathology. *Annual Review of Psychology*. Doi: 10.1146/annurev.clinpsy. 2.022305.095236.
- Insuk, C. (2007). *Factors that Predict the Role of Caregivers in Relation to Sleep Promotion in the Elderly Chonburi Province*. Master's Degree Nursing Thesis Burapha University, Chonburi. (in Thai).
- Jalowiec, A. & Powers, M. J. (1981). Stress and Coping in Hypertensive and Emergency Room Patients. *Journal of Nursing Research*, 30, 10-15.
- Karakasorn, K. (2009). *The perception of Emotional Problems and Coping with Emotional Problems among Caregivers of Drug Addicts with Psychotic Symptoms Admitted to a Psychiatric Hospital for the First Time*. Master of Nursing Science Department of Mental Health and Psychiatric Nursing. Prince of Songkhla University, Songkhla. (in Thai).
- Kolyonee, A. (2013). *Selected Factors Associated with Quality of Life of Caregivers of Schizophrenic Patients Providing Home Care*. Master of Nursing Thesis Mental Health and Psychiatric Nursing Faculty of Nursing Chulalongkorn University, Bangkok. (in Thai).
- Kunnarong, O. (2011). *Readiness to Care. Family Relationship and Stress in the Role of Muslim Caregivers for Stroke Patients*. Master of Nursing Thesis Branch of adult Nursing. Prince of Songkhla University, Songkhla. (in Thai).
- Lamad, N., Boonyamanee, A., Sathonphan, D. & Musikchai, S. (2009). *Family Participation in Caring for Drug Patients During Treatment in a Treatment Center*. Retrieved March 15, 2019, from <https://www.sdte.go.th/upload/forum/doc4add1af20ed5b.pdf>. (in Thai).
- Lotrakul, M., & Sukanich. P, (Ed.). (2015). *Ramathibodi Psychiatry (4th Edition)*. Bangkok: Department of Psychiatry. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University.

- Meesri, K. (2011). *Selection Factors Related to the Ability to Take Care of Dependent Persons of Caregivers of Schizophrenic Patients in the Community*. Master's Thesis. Department of Mental Health and Psychiatric Nursing. Faculty of Nursing Chulalongkorn University, Bangkok. (in Thai).
- Musikachai, S. (2007). Psychological Needs of Drug Patients. in Bunyamanee, B., Lamad, & Musikachai, S. (Editors), *Caring for Drug Patients Phenomenon to Help Together* (Pages 26-40). Songkhla: Namphon Printing House. (in Thai).
- Namlao, W., Nabkeesorn, C. & Wattanasin. D. (2018). Factors Affecting the Care Burden of Caregivers of Schizophrenia Patients in Sakaeo Rajakaran Psychiatric Hospital. *Journal of King Prajadhipok's College*, 2(29), 23-35. (in Thai).
- Orem, D. E. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6 th ed.). St. Louis; MO: Mosby Year Book.
- Petchpongpan, O. (2016). *The Ability to Overcome the Obstacles of Substance Abusers Undergoing Substance abuse Treatment, a Behavior Modification Camp, a New Standard*. Master of Nursing Science Psychiatric and Mental Health Nursing, University Songkhla Nakarin, Songkhla. (in Thai).
- Phono, K. (2015). *Insights Into the Health System*. Retrieved September 12, 2019, from <https://www.hfocus.org/content/2016/06/12285>. (in Thai).
- Praisawad, R. (2008). *The Role of Family Members in Caring for Schizophrenic Patients at Home*. Master of Nursing Thesis Department of Social Sciences, Medicine and Public Health Naresuan University, Phitsanulok. (in Thai).
- Prommoon, P. (2008). *Factors Related to the Ability of Caregivers to Care for Patients with Acute Ischemic Heart Disease Before Arriving at the Hospital*. Master of Nursing Science Adult Nursing Faculty of Nursing Prince of Songkhla University, Songkhla. (in Thai).
- Prommoon, S. (2013). *The Relationship Between the Ability to Care for Patients and the Negative Emotional Expression of Caregivers of Patients with Substance Abuse-Related Psychosis*. Master of Nursing Science Psychiatric and Mental Health Nursing. Prince of Songkhla University, Songkhla. (in Thai).
- Ritmontri, S. (2011). Violent Behavior Towards the Family of Amphetamine Users. *Journal of Nursing and Health, Khon Kaen University*, 34(3), 48-56. (in Thai).
- Saunders, J. C. (2003). Families Living with Severe Mental Illness: A Literature Review. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(2), 175-198.
- Seenak, T. (2017). *Factors Predicting Ability to Take Care of Elderly Caregivers with Depressive Disorder*. Master of Nursing Thesis Psychiatric and Mental Health Nursing. Prince of Songkhla University, Songkhla. (in Thai).
- Srisatitnarakun, B. (2010). *Research Methods in Nursing Science (5th edition)*. Bangkok: U&I Inter Media. (in Thai).
- Thorndike, R. M. (1978). *Correlation Procedures for Research*. New York: Gardner.
- Wanichbuncha, K. & Wanichbuncha, T. (2017). *Using SPSS for Windows in Data Analysis*. (30th Printing). Bangkok: Samlada. (in Thai).

อิทธิพลของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในชีวิต และภาวะซึมเศร้า ต่อการติดสื่อสังคมออนไลน์ของวัยรุ่นในจังหวัดอุบลราชธานี

Social Media Addiction among Adolescents:

The Influence of Self-Esteem, Life-Satisfaction, and Depression

เชาวลิต ศรีเสริม^{1*}, วิจิตรา จิตรักษ์¹, โปรยทิพย์ สันตะพันธ์¹, ธีรวิทย์ มรกตเขียว¹

Chaowalit Srisoem^{1*}, Wichitra Chitrak¹, Proithip Santaphun¹, Teeravee Morakotkeaw¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก^{1*}

Boromarajonani Sanpasithiprasong College of Nursing, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute^{1*}

(Received: May 17, 2022; Revised: May 8, 2023; Accepted: May 15, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาค้นเพื่อศึกษาอิทธิพลของภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความพึงพอใจในชีวิต ต่อการติดสื่อสังคมออนไลน์ของวัยรุ่นในจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนนักศึกษาที่กำลังศึกษาในสถานศึกษา 7 แห่ง จำนวน 574 คน โดยเป็นโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย 4 แห่ง และวิทยาลัยการอาชีวศึกษา 3 แห่ง สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการติดสื่อสังคมออนไลน์ แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินความพึงพอใจในชีวิต และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .78, .83, .80 และ .76 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 22.41 ($SD=8.67$) พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์อยู่ในระดับคลั่งไคล้ (ร้อยละ 42.16) รองลงมาคือมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์อยู่ในระดับผู้ใช้งานทั่วไป (ร้อยละ 34.15) และร้อยละ 23.69 มีพฤติกรรมติดสื่อสังคมออนไลน์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($M=27.86$, $SD=3.83$) ความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($M=25.45$, $SD=4.68$) และคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ไม่มีภาวะซึมเศร้า ($M=19.48$, $SD=10.52$)

2. ภาวะซึมเศร้า ($Beta=.229$) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($Beta=-.184$) และความพึงพอใจในชีวิต ($Beta=-.087$) มีอิทธิพลต่อการติดสื่อสังคมออนไลน์ของวัยรุ่นในจังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 10.50 ($adj.R^2=.105$, $p<.001$)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าสูง มีคุณค่าในตนเองและความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตต่ำ มีแนวโน้มในการติดสื่อสังคมออนไลน์มากขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการจัดโปรแกรมช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความพึงพอใจชีวิตให้นักเรียนนักศึกษา ตลอดจนส่งเสริมการเรียนรู้เท่าทันและใช้สื่อสังคมออนไลน์ในทางที่เป็นประโยชน์ เพื่อช่วยป้องกันการติดสื่อสังคมออนไลน์และปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นได้

คำสำคัญ: การติดสื่อสังคมออนไลน์, ภาวะซึมเศร้า, ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, ความพึงพอใจในชีวิต

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: chaopsycho@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 094-5412323)



Abstract

This descriptive research aimed to study the influence of self-esteem, life-satisfaction, and depression on social media addiction among adolescents in Ubon Ratchathani province of Thailand. The samples were 574 students attending four high schools and three vocational colleges in the 1st semester of 2021 academic year. Multi-stage sampling technique was applied. The instruments were five questionnaires: 1) demographics, 2) social media addiction inventory, 3) the Rosenberg's self-esteem questionnaire, 4) a life-satisfaction questionnaire, and 5) the Center for Epidemiology Study Depression Scale (CES-D) questionnaire. The cronbach's alpha coefficient reliability for questionnaires 2, 3, 4, and 5 were .78, .83, .80, and .76, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression.

The results showed that the average level for social media addiction amongst students was 22.41 ($SD=8.67$). Most students were using social media as infatuated users (42.16%), followed by the normal user group (34.15%), and 23.69% of them who were clinically addicted to social media. The self-esteem score was at a medium level ($M=27.86$, $SD=3.83$), as well as life satisfaction (25.45, $SD=4.68$), while the depression score was lower than cut point at 19.48 ($SD=10.52$). Moreover, the results showed that the influence of self-esteem, life-satisfaction, and depression on social media addiction among adolescents was at statistical significance. In addition, depression ($Beta=.229$), self-esteem ($Beta=-.184$), and life satisfaction ($Beta = -.087$) could significantly explain 10.50% of variance ($adj.R^2 = .105$, $p<.001$). The results illustrated that higher depression, lower self-esteem, and lower life satisfaction can predict social media addiction.

Therefore, stakeholders should provide a protective program to enhance self-esteem and life satisfaction as well as improve knowledge and media literacy in adolescents in order to decrease the risk of social media addiction and other related mental health problems.

Keywords: Teenagers, Adolescents, Social Media Addiction, Depression, Self-Esteem, Life-Satisfaction

บทนำ

ในปัจจุบันการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีการสื่อสารได้เป็นไปอย่างรวดเร็วเทคโนโลยีการสื่อสารต่างๆซึ่งก็ถูกพัฒนาขึ้นอย่างแพร่หลายก่อให้เกิดการสื่อสารที่สะดวกสบาย ผ่านโลกเสมือนจริงยุคใหม่ เรียกว่า เครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social Network) ที่เชื่อมต่อกันด้วย สื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) เช่น Facebook, YouTube, Line, Instagram, Twitter, และ Tiktok เป็นต้น ซึ่งการใช้สื่อสังคมออนไลน์เหล่านี้ นับว่าเป็นไปอย่างสะดวกสบายในยุคปัจจุบัน เนื่องจากสามารถใช้งานได้ง่าย และทำกิจกรรมได้หลายอย่างในเวลาเดียวกัน ตอบสนองความต้องการได้อย่างรวดเร็ว และมีการพัฒนาระบบ ตลอดจนข้อมูลที่เป็นปัจจุบันอยู่ตลอดเวลา (Keles, McCrae & Grealish, 2020) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ประมาณ ร้อยละ 40 ของประชากรโลก และอัตราการเติบโตเฉลี่ยต่อปีของการใช้สื่อสังคมออนไลน์นั้นเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วประมาณร้อยละ 25 ถึงร้อยละ 33 (National Statistic Office Thailand, 2020) ตั้งแต่เดือนมกราคม 2559 จนถึงเดือนธันวาคม 2562 และพบว่าประเทศไทยมีสัดส่วนของผู้ใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์อยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน โดยพบว่ามีบัญชีผู้ใช้งาน Facebook 52 ล้านบัญชีจากประชากรประมาณ 70 ล้านคน (ร้อยละ 74) ซึ่งนับว่าติด 8 ของโลก (National Statistic Office Thailand, 2020) ซึ่งกิจกรรมที่ผู้ใช้งานเครือข่ายอินเทอร์เน็ตใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มากที่สุด คือ การเข้าใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ คิดเป็นสัดส่วนถึง ร้อยละ 80 (National Statistic Office Thailand, 2020) แต่การใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ที่มากเกินไปก็อาจจะส่งผลกระทบต่อประชาชนได้ ทั้งผลต่อสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต รวมทั้งการเกิดพฤติกรรม

เสี่ยงรูปแบบหนึ่ง เรียกว่า การติดสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media Addiction) ซึ่งเป็นการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์เป็นอย่างมากหรือเป็นระยะเวลาานานกว่าที่ตั้งใจไว้ และรู้สึกเป็นสุขน้อยลงเมื่อไม่ได้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์นั้นอธิบายได้ว่า สื่อสังคมออนไลน์เป็นเหมือนเวทีแสดงความคิดเห็นในระหว่างการเล่นเปลี่ยนความคิดเห็นจะได้รับการกดถูกใจ (Like) หรือการแชร์ (Share) สิ่งของตนเองโพสต์หรือแสดงความคิดเห็นลงในสื่อสังคมออนไลน์ บุคคลจะรู้สึกได้รับการยอมรับ ได้รับความรู้สึกว่ามีตัวตน จะทำให้สมองส่วนระบบได้รับรางวัล (Brain Reward System) ถูกกระตุ้น และเกิดการหลั่งสารโดปามีนออกมา ผู้ใช้งานสื่อสังคมออนไลน์จึงเกิดความพึงพอใจและสนุกกับการใช้งานเช่นเดียวกับการเล่นเกม หรือการเล่นพนัน เมื่อเวลาผ่านไปสมองเกิดวงจรของการสร้างนิสัย (Habit) และอารมณ์ (Affect) ที่นำไปสู่การแสดงพฤติกรรมบ่อยขึ้น (Wang, Lee, & Hua, 2015) จนเกิดความเคยชินต่อระดับความสุข (Tolerance) จากการเข้าใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ ผลคือทำให้ต้องเข้าใช้งานจึงจะรู้สึกเป็นสุข และจะรู้สึกทรมานระแวกใจเมื่อไม่สามารถเข้าถึงหรือใช้สื่อสังคมออนไลน์ได้ตามต้องการ (Keles, McCrae & Grealish, 2020; Wang, Lee, & Hua, 2015)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าในประเทศจีนมีสัดส่วนการติดสื่อสังคมออนไลน์ร้อยละ 6.8 ในช่วงการระบาดของโควิด-19 (Luo, Chen, & Liao, 2021) ในประเทศตุรกีพบกลุ่มวัยรุ่น ร้อยละ 24.4 มีการติดใช้สื่อสังคมออนไลน์ (Caner, Efe, & Başdaş, 2021) สำหรับประเทศไทยพบว่าความชุกของการติดสื่อสังคมออนไลน์ในนักเรียนมัธยมศึกษาเขตกรุงเทพมหานคร ช่วงอายุ 13-17 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.6 และมีความชุกของการติด Facebook ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 41.8 (Khumsri, Yingyeun, Manwong, Hanprathet et al, 2015) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการติดสื่อสังคมออนไลน์กำลังเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่น และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงอายุวัยรุ่นตอนปลาย (Khumsri, Hanprathet, Manwong, Yingyeun, & Phanasathit, 2015; Thongpradab, Thaweekoon, & Nintachan, 2019) การติดสื่อสังคมออนไลน์นี้จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มากเกินไปจนเกินไปและทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพในด้านต่างๆตามมามีได้ เช่น ผลกระทบทางด้านร่างกาย เช่น ขาดการออกกำลังกาย มีปัญหาเรื่องการนอน ทำให้เกิดการพักผ่อนน้อยลง เกิดปัญหาต่อสายตาและการมองเห็น การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันด้านร่างกายผิดปกติ (Wilcox & Stephen, 2013) ผลกระทบทางด้านจิตใจ เช่น การโกหกตัวเองเกี่ยวกับความคาดหวังและประสิทธิภาพแห่งตน การหลงตัวเอง (Andreassen, Pallesen, & Griffiths, 2017) การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เช่น การอารมณ์แปรปรวนหงุดหงิดง่าย ปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ร้อยละ 21.5 เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Blachnio, Przepiorka, & Pantic, 2016; Jan, Soomro, & Armed, 2017; Hou, Xiong, Jiang, Song, & Wang, 2019; Pholphet & Tuntasood, 2016; Thongpradab, Thaweekoon, & Nintachan, 2019) ร้อยละ 72.1 เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ร้อยละ 52.30 มีภาวะซึมเศร้า (Haan & Zhuwhang 2020; Hawi & Rupert 2016; Kirkabulan 2016) ร้อยละ 17.6 ของเด็กกลุ่มที่ติดสื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์กับอาการกลุ่มอาการสมาธิสั้น (Phanichsiri & Tuntasood, 2016) ผลกระทบทางด้านครอบครัวและสังคม เช่น ทำให้แยกตัวจากสังคม และครอบครัว ทำให้ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวน้อยลง นอกจากนี้การศึกษายังพบว่าการติดสื่อสังคมออนไลน์ยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงของวัยรุ่น เช่น ปัญหาเกี่ยวกับการเรียน ปัญหาการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ ปัญหาการพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การถูกชักจูงล่อลวง และพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้ (Sedgwick, Epstein, Dutta, & Ougrin, 2019) จากผลกระทบที่กล่าวมาข้างต้นถึงแม้ว่าการติดสื่อสังคมออนไลน์จะยังไม่ถูกกำหนดให้เป็นโรคที่ชัดเจน แต่พฤติกรรมดังกล่าวก็ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และสุขภาพจิต โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่อยู่ในวัยที่กำลังศึกษาเล่าเรียนหากมีพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มากเกินไปและไม่อยู่ในทางที่เหมาะสม อาจนำมาซึ่งผลกระทบที่รุนแรง และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตเปลี่ยนแปลงในอนาคตได้ ดังนั้นการศึกษาปัญหาการติดสื่อสังคมออนไลน์ และการทำความเข้าใจปัญหานี้อย่างจริงจังจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้สามารถหาแนวทางป้องกัน จัดการกับปัญหาการติดสื่อสังคมออนไลน์ และส่งเสริมการใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างรู้เท่าทันในกลุ่มวัยรุ่นได้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดสื่อสังคมออนไลน์ มีทั้งจากปัจจัยระดับบุคคลและระดับสังคม โดยการติดสื่อสังคมออนไลน์และการติดอินเทอร์เน็ตพบว่ามีปัจจัยที่มีความสำคัญ ได้แก่ เพศ สถานที่ตั้งโรงเรียน อุปกรณ์ที่ใช้ในการใช้

งานสื่อสังคมออนไลน์ ระยะเวลาในการใช้งาน อิทธิพลของเพื่อน แบบอย่างของผู้ปกครองในการรับสื่อ การทำกิจกรรมยามว่าง การควบคุมตนเอง การเลี้ยงดูของครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Pholphet & Tuntasood, 2016; Thongpradab, Thaweekoon, & Nintachan, 2019) แสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดสื่อสังคมออนไลน์ส่วนใหญ่จะเกิดจากลักษณะส่วนบุคคล การแก้ไขปัญหาการติดสื่อสังคมออนไลน์ จึงจำเป็นต้องศึกษาข้อมูลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในระดับบุคคลเพื่อหาแนวทางป้องกันแก้ไขปัญหาพฤติกรรมดังกล่าว โดยจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการติดสื่อสังคมออนไลน์มีดังต่อไปนี้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับการติดสื่อสังคมออนไลน์ (Andreassen, Pallesen, & Griffiths, 2017; Blachnio, Przepiorka, & Pantic, 2016; Gallagher 2017; Jan, Soomro, & Armed, 2017) ความพึงพอใจในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับการติดสื่อสังคมออนไลน์ (Hawi & Rupert, 2016; Tanta, Mihovilovic, & Sablic, 2014) และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการติดสื่อสังคมออนไลน์ (Haan & Zhuwhang 2020; Hawi & Rupert 2016; Thongpradab, Thaweekoon, & Nintachan, 2019) ระยะเวลาการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการติดสื่อสังคมออนไลน์ (Khumsri, Hanprathet, Manwong, Yingyeun, & Phanasathit, 2015)

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการติดสื่อสังคมออนไลน์หรือการติดเฟซบุ๊กในนักเรียนมัธยมศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Pholphet & Tuntasood, 2016; Thongpradab, Thaweekoon, & Nintachan, 2019) และศึกษาในนักศึกษาระดับอุดมศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับภาวะซึมเศร้า (Kajai & Namwong, 2019; Kajai, Thapinta, & Skulphan, 2018) และมีการศึกษาการติดสื่อสังคมออนไลน์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายของจังหวัดทางภาคใต้ (Thongpradab, Thaweekoon, & Nintachan, 2019) อย่างไรก็ตามงานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการติดสื่อสังคมออนไลน์ในสังคมไทยยังมีค่อนข้างจำกัด และเป็นการสำรวจการติดเฟซบุ๊กของนักเรียนมัธยมศึกษา (Khumsri, Hanprathet, Manwong, Yingyeun, & Phanasathit, 2015) แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับสื่อสังคมออนไลน์อื่นๆ ที่ได้รับความนิยมไม่น้อยกว่าเฟซบุ๊ก อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาการติดสื่อสังคมออนไลน์ในกลุ่มนักศึกษาวิทยาลัยทางอาชีวศึกษา การศึกษาพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในกลุ่มดังกล่าวจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยในการวิเคราะห์สถานการณ์และประเด็นปัญหาสุขภาพจิตของเยาวชนไทย เพราะจะทำให้ได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่บริบทแตกต่างไปจากการศึกษาเดิมและได้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้น ดังนั้นการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงศึกษาในกลุ่มนักเรียนสายสามัญและนักเรียนสายอาชีวศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการขยายตัวทางเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยีการสื่อสาร และการศึกษาอย่างรวดเร็ว และมีการสำรวจว่าวัยรุ่นในจังหวัดอุบลราชธานีมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์กันมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างของประเทศไทย (National Statistic Office Thailand, 2020) และผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลที่สำคัญที่จะใช้ในการวางแผนดูแลวัยรุ่นที่ติดสื่อสังคมออนไลน์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

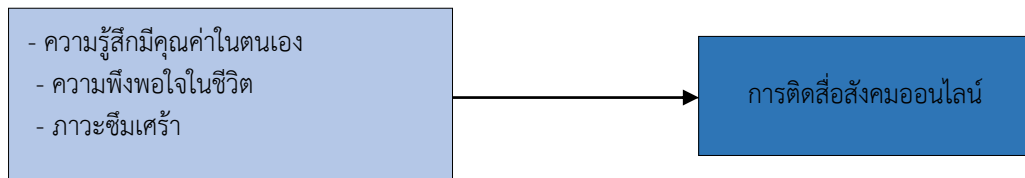
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในชีวิต และภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในชีวิต และภาวะซึมเศร้า ต่อการติดสื่อสังคมออนไลน์ของวัยรุ่นในจังหวัดอุบลราชธานี

สมมติฐานวิจัย

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในชีวิต และภาวะซึมเศร้า มีอิทธิพลต่อการติดสื่อสังคมออนไลน์ของวัยรุ่นในจังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการติดต่อสังคมออนไลน์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในชีวิต และภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ที่ผ่านมาพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบต่อการติดต่อสังคมออนไลน์ $r=-0.16$ ($p<.01$) (Blachnio, Przepiorka, & Pantic, 2016), $r=-0.337$ ($p<.001$) (Thongpradab, Thaweekoon, & Nintachan, 2019), $r=-0.23$ ($p<.01$) (Hawi & Rupert 2016) เช่นเดียวกับอิทธิพลของความพึงพอใจในชีวิตต่อการติดต่อสังคมออนไลน์ จากการศึกษาพบว่าความพึงพอใจในชีวิตมีความสัมพันธ์และอิทธิพลในทางลบกับการติดต่อสังคมออนไลน์ $r=-0.12$ ($p<.05$) (Blachnio, Przepiorka, & Pantic, 2016), $r=-0.21$ ($p<.01$) $R^2=.05$ (Longstreet, & Brook, 2017) $r=-0.14$ ($p<.01$) (Rogowska, & Libera, 2022). ในขณะที่ภาวะซึมเศร้ามีอิทธิพลและความสัมพันธ์ในทางบวกต่อการติดต่อสังคมออนไลน์ $r=0.426$ ($p<.001$), $R^2=0.181$ (Haan & Zhuwhang 2020), $r=0.552$ ($p<.001$) (Thongpradab, Thaweekoon, & Nintachan, 2019) $r=0.352$ ($p<.01$) (Chupradit & Chupradit, 2022) ดังนั้นจึงสามารถสรุปความสัมพันธ์และอิทธิพลของการติดต่อสังคมออนไลน์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในชีวิต และภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาเชิงพยากรณ์ (Predictive Research Design) เก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Collecting) ระหว่างเดือนมิถุนายน-กันยายน พ.ศ. 2564 ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ วัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี หรือเป็นนักเรียนนักศึกษาที่อยู่ในระบบการศึกษาทั้งสายสามัญและสายอาชีวศึกษาในสถาบันการศึกษาที่ตั้งอยู่ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนและนักศึกษาจากสถานศึกษาสายสามัญและสายอาชีว จำนวน 574 คน จากสถานศึกษา 7 แห่ง โดยเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษา (สพม.) เขต 29 จำนวน 4 แห่ง และนักศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) และประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวส.) ในวิทยาลัยสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา (สอศ.) จำนวน 3 แห่ง ที่อยู่ระหว่างการศึกษาระดับชั้นที่ 1 ปีการศึกษา 2564 เกณฑ์คัดเข้า คือ มีอายุระหว่าง 15-20 ปี สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และยินยอมโดยการลงนามในแบบสอบถามความสมัครใจ

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการวิเคราะห์ค่ากำลังทดสอบ (Power Analysis) ของโคเฮน โดยใช้โปรแกรม G* Power (Buchner, 2010) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ของตัวแปรที่ศึกษาอยู่ระหว่าง 0.05 (Longstreet, & Brook, 2017) ถึง 0.18 (Haan & Zhuwhang 2020) เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ครอบคลุม ในการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก เท่ากับ 0.02 ใช้ค่าอำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) เท่ากับ .80 กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 จากการคำนวณโปรแกรม G* Power ซึ่งใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอย (Linear Regression: Fixed Model, R^2 deviation from zero) กำหนดจำนวนปัจจัยทำนาย (Predictors) เท่ากับ 3 ตัวแปร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 550 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 4 เป็นจำนวน 24 คน ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 574 คน

สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) โดยกำหนดสถานศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานี สายสามัญและสายอาชีว จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามอัตราส่วนจากขนาดสถานศึกษา เพื่อเป็นตัวแทนขนาดใหญ่พิเศษ

ขนาดใหญ่ ขนาดกลาง ตามอัตราส่วนของปริมาณนักเรียนในแต่ละกลุ่ม ได้ตัวแทนโรงเรียนสายสามัญ 4 แห่ง และวิทยาลัยการอาชีวศึกษา 3 แห่ง จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือกห้องเรียนที่เป็นตัวแทน ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 16 ห้อง จำนวนนักเรียน ห้องละ 25-48 คน ได้กลุ่มตัวอย่างศึกษาที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้าทั้งหมด 574 คน ซึ่งเพียงพอต่อจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของนักศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ประเภสถานศึกษา ระดับชั้นเรียน เกรดเฉลี่ย สถานที่พักอาศัย อุปกรณ์ที่ใช้ใช้อินเทอร์เน็ต สื่อสังคมออนไลน์ ที่ใช้บ่อย ระยะเวลาในการใช้อินเทอร์เน็ต ช่วงเวลาในการใช้อินเทอร์เน็ต และการใช้อินเทอร์เน็ต

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการติดสื่อสังคมออนไลน์ พัฒนาโดย Pornnoppadol, Ladawan na Ayudhaya, Phoasavasdi, & Surapongphiwattana (2017) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ซึ่งใช้วัดระดับการติดสื่อสังคมออนไลน์ในบุคคลอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป ถามพฤติกรรมในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) ให้เลือกตอบซึ่งมีทั้งหมด 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่ใช้เลย) ถึง 3 (ใช้เลย) คะแนนรวมอยู่ในช่วงระหว่าง 0-48 คะแนน คิดคะแนนเป็นคะแนนรวม โดยคะแนนรวมที่สูง หมายถึง มีโอกาสติดสื่อสังคมสูง โดยผู้ที่คะแนน คะแนนตั้งแต่ 20-29 คะแนน ถือว่ามีภาวะคลั่งไคล้ และคะแนนตั้งแต่ 30 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีอาการติดสื่อสังคมออนไลน์ (Pornnoppadol, Ladawan na Ayudhaya, Phoasavasdi, & Surapongphiwattana, 2017)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (The Rosenberg Self-Esteem) พัฒนาโดย Rosenberg (1965) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย Wongpakaran & Wongpakaran (2011) มีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ ประกอบด้วย ข้อความทางบวก 5 ข้อ และข้อความทางลบ 5 ข้อ การให้คะแนนลักษณะของข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเกิต (Likert Scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลคิดเป็นคะแนนรวมที่เป็นไปได้มีตั้งแต่ 10-40 คะแนน คะแนนที่สูงหมายถึงมีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองสูง คะแนน 10-20 คือ มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 21-30 หมายถึง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับปานกลาง และคะแนน 31 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจในชีวิต พัฒนาโดย Diener & Diener (2009) ได้รับการพัฒนาด้วยการแปลเป็นภาษาไทยโดย Boonyarit (2012) แบบประเมินประกอบด้วยข้อความ จำนวน 5 ข้อ ใช้ในการประเมินมุมมองต่อตนเองในภาพรวม ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ การให้คะแนนลักษณะของข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเกิต (Likert Scale) ซึ่งมีทั้งหมด 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยมากที่สุด) ถึง 7 (เห็นด้วยมากที่สุด) การแปลผลคิดเป็นคะแนนรวม โดยคะแนนรวมที่เป็นไปได้มีอยู่ในช่วง 5-35 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความพึงพอใจในชีวิตสูง คะแนนระหว่าง 5-20 หมายถึง มีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ คะแนนระหว่าง 21-28 หมายถึง มีความพึงพอใจในชีวิตระดับปานกลาง และคะแนน 29 ขึ้นไป หมายถึง มีความพึงพอใจในชีวิตระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: CES-D) พัฒนาขึ้นโดย Radloff (1977) นำมาแปลเป็น ภาษาไทยโดย Trangkasombat, Larbboomsup & Hawanont (1997) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าที่แสดงออกทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสติปัญญา โดยในคำถามแต่ละข้อมีให้เลือกตอบเกี่ยวกับ ความรุนแรงหรือความถี่ของอาการซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบซึ่งมีทั้งหมด 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่เลย) ถึง 3 (ตลอดเวลา) และมีการกลับคะแนนในข้อคำถามที่มีความหมายในทางบวก คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-60 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึงมีภาวะซึมเศร้าสูง โดยผู้ที่มีคะแนนตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินการติดสื่อสังคมออนไลน์ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและลงความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ จิตเวช และสุขภาพจิต จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง .67 - 1.00 ผู้วิจัยได้มีการปรับเนื้อหาในส่วนแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเพิ่มเติม เพื่อให้มีความสอดคล้องกับบริบทของการศึกษา ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้จริง สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้กับนักเรียนและนักศึกษาในสถาบันแห่งหนึ่งซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน 4 ส่วน ได้แก่ แบบประเมินการติดสื่อสังคมออนไลน์ แบบประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินความรู้สึกรู้สึกพึงพอใจในชีวิต และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .78, .83, .80 และ .76 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าแบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่นที่อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้วผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล นำส่งผู้อำนวยการ ของแต่ละสถานศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขออนุญาตการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานศึกษานั้นๆ จากนั้นเข้าพบหัวหน้าชั้นเพื่อชี้แจงรายละเอียดในการวิจัย ผ่านช่องทางการประชุมทางไกลด้วยโปรแกรมออนไลน์ (Google Meeting) จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มเลขที่ห้องตัวแทนตามจำนวนอัตราส่วนแต่ละสถาบัน และให้หัวหน้าชั้นแจ้งตามเลขที่นักเรียนที่เป็นตัวแทนในการเข้าทำแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยจัดทำแบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์ และจัดเป็นลิงค์ผ่าน Google Form ส่งตามวันเวลาที่กำหนด โดยชี้แจงการตอบแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างลงนามแสดงเจตนาพร้อมเข้าร่วมวิจัย สำหรับนักเรียนที่อายุน้อยกว่า 18 ปี จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมวิจัยในใบปะหน้าแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมวิจัย และนักเรียนที่มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์มีภาวะซึมเศร้าจะมีการแจ้งไปที่อาจารย์ผู้รับผิดชอบในสถานศึกษาเพื่อติดตามดูแลทุกราย การตอบแบบสอบถามใช้เวลา 15-20 นาที ซึ่งจากการส่งลิงค์แบบสอบถามทั้งหมด 7 แห่ง 16 ห้อง มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด จำนวน 596 ชุด โดยมีผู้ตอบว่าไม่สะดวกให้ข้อมูล จำนวน 4 ราย และตอบว่าอายุเกิน 20 ปี จำนวน 18 ราย ซึ่งไม่อยู่ในเกณฑ์อายุของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจึงตัดออก เหลือมีแบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 574 ชุด ผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามที่สมบูรณ์ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด
2. วิเคราะห์ระยะเวลาในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ คะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง คะแนนความพึงพอใจในชีวิต คะแนนภาวะซึมเศร้า คะแนนการติดสื่อสังคมออนไลน์ โดยใช้สถิติใช้ค่าเฉลี่ย (*Mean*) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*Standard Deviation*)
3. วิเคราะห์อิทธิพลของความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในชีวิต ภาวะซึมเศร้า ต่อการติดสื่อสังคมออนไลน์ของวัยรุ่น โดยใช้สถิติถดถอยพหุ (Multiple regression) เข้าตัวแปรแบบขั้นตอน (Stepwise) ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงพหุ ผู้วิจัย ได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) (Hair, Black, Babin & Anderson, 2019) ของสถิติที่ใช้ ดังนี้
 - 3.1 การมีข้อมูลลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) และตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่เส้นตรง ดังนั้นสรุปได้ว่าลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ
 - 3.2 ทดสอบความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ที่ต้องมีความเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) และข้อมูลไม่มี Outliers โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter Plot พบว่ามีการกระจาย ของจุดห่างจากเส้นตรงอย่างสมมาตร และอยู่ระหว่าง ± 2

3.3 ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นสูง (Multicollinearity) โดยการพิจารณาจากค่า Tolerance ระหว่าง .743-.940 และค่า VIF ระหว่าง 1.006 – 1.063

3.4 ไม่เกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์ (Autocorrelation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.899

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ 4/2564 วันที่ 16 ธันวาคม 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละ ของผู้เข้าร่วมวิจัยจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป ($n=574$)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน ($n=574$)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	295	51.22
หญิง	279	48.78
อายุ		
อายุระหว่าง 15-20 ปี ($M=18.21$, $SD=3.75$)		
15-16 ปี	118	20.55
17-18 ปี	261	45.47
19-20 ปี	195	33.98
ประเภทการศึกษา		
สายสามัญ (มัธยมศึกษา)	285	49.65
สายอาชีวศึกษา	289	50.35
เกรดเฉลี่ยสะสม		
เกรดเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.87-3.97 ($M=3.03$, $SD=0.67$)		
น้อยกว่า 2.00	12	2.09
2.00-2.99	245	42.68
3.00-3.50	216	37.64
มากกว่า 3.50	101	17.59
สถานที่พักอาศัย		
บ้านตนเอง	303	52.78
บ้านพัก (เช่า)	56	9.76
หอพัก	215	37.46
การเรียนในช่วงที่ศึกษา		
เรียนออนไลน์อย่างเดียว	504	87.80
เรียนในชั้นเรียนปกติ	22	3.83
เรียนทั้งในห้องเรียนและออนไลน์	48	8.37

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 596 ราย ตอบว่าไม่สะดวกให้ข้อมูล จำนวน 4 ราย อายุมากกว่า 20 ปี จำนวน 18 ราย คัดเลือกเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่อายุระหว่าง 15-20 ปี ได้จำนวน 574 คน แบ่งเป็น

เพศหญิงและเพศชายในอัตราส่วนใกล้เคียงกัน โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 51.92 อายุเฉลี่ย 18.21 ปี ($SD=3.75$) เกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ระหว่าง 1.87-3.97 ($M=3.03$, $SD=0.67$) อยู่ในการศึกษาสายสามัญ จำนวน 285 คน (ร้อยละ 49.65) และการศึกษาสายอาชีพ จำนวน 289 คน (ร้อยละ 50.35) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ (ร้อยละ 75.95) และส่วนใหญ่อยู่ในช่วงที่มีการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ (ร้อยละ 87.80)

2. พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละ ของผู้เข้าร่วมวิจัยจำแนกตามพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ($n=574$)

พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์	จำนวน ($n=574$)	ร้อยละ
สื่อสังคมออนไลน์ที่ใช้บ่อย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
Youtube	483	84.11
Facebook	474	82.55
Line	455	79.16
Messenger	438	76.30
Tiktok	402	69.79
Instagram	357	61.98
Twitter	231	40.14
Clubhouse	65	11.25
Skype	61	10.41
App ใหม่ๆ	26	4.44
อุปกรณ์ที่ใช้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
โทรศัพท์มือถือ	565	98.44
คอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ	69	12.02
ไอแพด/แท็บเล็ต	159	27.70
คอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก	29	5.06
วัตถุประสงค์ในการใช้งาน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
- เพื่อการศึกษา/หาความรู้/เรียนออนไลน์	493	85.78
- เพื่อแสดงความสามารถพิเศษต่างๆ เช่น เต้น ร้องเพลง ทำอาหาร	673	11.72
- เพื่ออัปเดต/แชร์ รูปภาพ-วิดีโอ	195	33.85
- เพื่อหางาน ข้อมูล หรือหาความรู้	251	43.64
- เพื่อหาเพื่อนใหม่ๆ/หาคู่	53	9.13
- เพื่อซื้อ-ขาย สินค้า/บริการต่างๆ	113	19.52
- พูดคุยกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น	228	39.57
- เพื่ออัปเดตข้อมูลข่าวสารบ้านเมือง	147	25.54
- เพื่อรับ-ส่ง งาน/เอกสาร	170	29.46
- เพื่อติดตามในเรื่องราว/บุคคลที่ชื่นชอบ	133	23.11
- เพื่อปรึกษาเรื่องราวต่างๆ/ระบายความรู้สึก	127	22.06

จากตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในชีวิตประจำวันระดับมาก สื่อสังคมออนไลน์ที่กลุ่มตัวอย่างใช้บ่อยมากที่สุด คือ Youtube, Facebook, Line, Messenger, และ Tiktok ตามลำดับ อุปกรณ์ที่ใช้ใช้งานสื่อสังคมออนไลน์มากที่สุด คือ โทรศัพท์มือถือ, ไอแพด/แท็บเล็ต และคอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ ตามลำดับ โดยวัตถุประสงค์ใน

การเข้าใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ส่วนใหญ่ใช้งานเพื่อการศึกษา/หาความรู้/เรียนออนไลน์ ใช้เพื่อหางาน ข้อมูล หรือหาความรู้ใช้เพื่อพูดคุยกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเพื่ออัปเดต/แชร์ รูปภาพ-วิดีโอ

3. คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในชีวิต ภาวะซึมเศร้า และการติดสื่อสังคมออนไลน์ของวัยรุ่นในจังหวัดอุบลราชธานี

ตาราง 3 คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในชีวิต ภาวะซึมเศร้า และการติดสื่อสังคมออนไลน์ของวัยรุ่นในจังหวัดอุบลราชธานี ($n=574$)

ตัวแปรที่ศึกษา	ช่วงคะแนน		M	SD
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง		
การติดสื่อสังคมออนไลน์	0-48	1-45	22.41	8.67
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	10-40	14-38	27.86	3.83
ความพึงพอใจในชีวิต	5-35	6-35	25.45	4.68
ภาวะซึมเศร้า	0-60	1-52	19.48	10.52

จากตาราง 3 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($M= 27.86$, $SD=3.83$) สำหรับคะแนนความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($M= 25.45$, $SD=4.68$) และคะแนนภาวะซึมเศร้าโดยภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ไม่มีภาวะซึมเศร้า ($M= 19.48$, $SD=10.52$)

4. การติดสื่อสังคมออนไลน์

ตาราง 4 แสดงระดับการติดสื่อสังคมออนไลน์ของวัยรุ่นในจังหวัดอุบลราชธานี ($n=574$)

ระดับการติดสื่อสังคมออนไลน์	ช่วงคะแนน		จำนวน	ร้อยละ
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง		
ผู้ทั่วไป	0-19	1-19	196	34.15
ผู้ใช้อย่างคลั่งไคล้	20-29	20-29	242	42.16
ผู้ติดสื่อสังคมออนไลน์	30-48	30-45	136	23.69

จากตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการติดสื่อสังคมออนไลน์ของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์อยู่ในระดับผู้ใช้อย่างคลั่งไคล้ จำนวน 242 ราย (ร้อยละ 42.16) รองลงมาคือมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในระดับผู้ใช้งานทั่วไป จำนวน 196 ราย (ร้อยละ 34.15) และพบว่ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 136 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 23.69 มีการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ อยู่ในระดับผู้ติดสื่อสังคมออนไลน์

5. อิทธิพลของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในชีวิต ภาวะซึมเศร้า ต่อการติดสื่อสังคมออนไลน์ของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปรที่มีอิทธิพล	B	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	19.496	2.375		8.207	<.001
ภาวะซึมเศร้า	.189	.034	.229	5.621	<.001
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	-1.867	.403	-.184	-4.637	<.001
ความพึงพอใจในชีวิต	-1.62	.076	-.087	-2.147	<.05

$R = .332$, $R^2 = .110$, $adj.R^2 = .105$, $df = 573$, $F = 23.517$, $SE_{est}=8.207$, $p-value <.001$

จากตาราง 5 ผลการศึกษาอิทธิพลในการทำนายการติดสื่อสังคมออนไลน์ของตัวแปรความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในชีวิต และภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น พบว่าตัวแปรมีอิทธิพลต่อการติดสื่อสังคมออนไลน์ทั้งในทางบวกและในทางลบ โดยภาวะซึมเศร้า ($Beta=.229$) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($Beta=-.184$) และความพึงพอใจในชีวิต ($Beta=-.087$) สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 10.50 ($adj.R^2=.105$, $p<.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสามารถเขียนเป็นสมการทำนายได้ ดังนี้

คะแนนดิบ

$$\text{การติดสื่อสังคมออนไลน์} = 19.496 + .189(\text{ภาวะซึมเศร้า}) - .184(\text{ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง}) - .087(\text{ความพึงพอใจในชีวิต})$$

คะแนนมาตรฐาน

$$\text{การติดสื่อสังคมออนไลน์} = .189(\text{ภาวะซึมเศร้า}) - .184(\text{ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง}) - .087(\text{ความพึงพอใจในชีวิต})$$

อภิปรายผล

การใช้สื่อสังคมออนไลน์ของวัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในชีวิตประจำวันระดับมาก (ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 9-10 ชั่วโมงต่อวัน) ซึ่งมากกว่าการศึกษาที่ผ่านมาเมื่อปี 2563 (National Statistic Office Thailand, 2020) ทั้งนี้เนื่องจากขณะเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงที่มีการเรียนการสอนออนไลน์ ปริมาณการใช้เครื่องมือสื่อสารต่างๆจึงมากขึ้นรวมถึงการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ด้วย ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าสื่อสังคมออนไลน์ที่กลุ่มตัวอย่างใช้บ่อยมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ YouTube รองลงมา คือ Facebook, Line, Messenger และ Tiktok ตามลำดับ ทั้งนี้เพราะการใช้สื่อออนไลน์เป็นไปอย่างสะดวก มีการเปิดโอกาสให้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงความสามารถได้อย่างเป็นอิสระ รวมทั้งสามารถสร้างรายได้จากยอดผู้เข้าชม ทำให้วัยรุ่นมีการใช้งานสื่อเหล่านี้มากขึ้น สำหรับอุปกรณ์ที่ใช้เข้าใช้งานสื่อสังคมออนไลน์มากที่สุด คือ โทรศัพท์มือถือ เนื่องจากเป็นอุปกรณ์ที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ราคาไม่สูงมากเกินไป และสามารถใช้งานได้หลากหลายรูปแบบ พกพาสะดวก ระยะเวลาเฉลี่ยในการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ ส่วนใหญ่ประมาณ 5-10 ชั่วโมง/วัน อาจเป็นผลจากการที่กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนและนักศึกษา ซึ่งต้องพึ่งพาอุปกรณ์สื่อสารและช่องทางการติดต่อประสานงานกันในการเรียนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ อีกทั้งในช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูลเป็นช่วงการแพร่ระบาดของโรค โควิด-19 รูปแบบการจัดการเรียนการสอนส่วนใหญ่ใช้ช่องทางออนไลน์ จึงส่งผลให้ระยะเวลาเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นกว่าสถิติของปี 2562-2563 (National Statistic Office Thailand, 2020) อย่างไรก็ตามสื่อสังคมออนไลน์ยังคงมีความสำคัญในช่วงเวลาที่ต้องมีข้อจำกัดในการพบปะซึ่งกันและกัน ดังนั้นการส่งเสริมให้วัยรุ่นใช้งานสื่อสังคมออนไลน์อย่างรู้เท่าทัน เป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจะช่วยลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงในโลกออนไลน์ เช่น การกลั่นแกล้งกันผ่านโลกออนไลน์ การเสพติดโลกออนไลน์ รวมทั้งการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจมาจากโลกออนไลน์ได้

อิทธิพลของภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความพึงพอใจในชีวิตในการทำนายการติดสื่อสังคมออนไลน์ของวัยรุ่นในจังหวัดอุบลราชธานี

การศึกษาค้นครั้งนี้พบว่าภาวะซึมเศร้า ($Beta=.229$) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($Beta=-.184$) และความพึงพอใจในชีวิต ($Beta=-.087$) มีอิทธิพลต่อการติดสื่อสังคมออนไลน์ของวัยรุ่นในจังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 10.50 ($adj. R^2= .105$, $p<.001$) นั่นคือ อิทธิพลของภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความพึงพอใจในชีวิต สามารถร่วมกันอธิบายการติดสื่อสังคมออนไลน์ในวัยรุ่นในจังหวัดอุบลราชธานีได้ ร้อยละ 10.50 สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้ากับการติดสื่อสังคมออนไลน์ การศึกษาค้นครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ($M=19.48$, $SD=10.52$) ต่ำกว่าเกณฑ์ 20 คะแนน และเมื่อวิเคราะห์อิทธิพลระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการติดสื่อสังคมออนไลน์ พบว่าภาวะซึมเศร้ามีอิทธิพลต่อการติดสื่อสังคมออนไลน์ในทางบวก ($Beta=.229$, $t=5.621$, $p<.001$) แสดงให้เห็นว่าในนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าสูงจะมีแนวโน้มที่จะมีการติดสื่อสังคมออนไลน์ที่สูงขึ้นด้วย ทั้งนี้เนื่องจากภาวะซึมเศร้าส่งผลให้บุคคลถดถอยจากสังคม และขาดการปฏิสัมพันธ์ผู้อื่น แต่ยังคงมีการต้องการการระบายความรู้สึก ซึ่งวัยรุ่นอาจใช้ช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ในการพูดคุยแลกเปลี่ยนและระบาย

ความรู้สึกซึมเศร้าจึงมีการใช้งานและพึ่งพิง (Dependence) สื่อสังคมออนไลน์มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การติดสื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า (Haan & Zhuwhang 2020; Chupradit & Chupradit, 2022; Kirkabulan 2016; Thongpradab, Thaweekoon, & Nintachan, 2019) ซึ่งสามารถอธิบายถึงความสัมพันธ์ของภาวะติดสื่อสังคมออนไลน์กับภาวะซึมเศร้าได้โดยสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลว่าพฤติกรรมของบุคคลนั้นเป็นผลมาจากการที่บุคคลมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม โดยบุคคลที่มีความสัมพันธ์ด้วยอาจได้พบปะกันในชีวิตจริงหรือเป็นบุคคลที่ติดต่อกันโดยไม่พบหน้ากันก็ได้ การมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลจะส่งผลกระทบต่อระบบแห่งตน ถ้าพฤติกรรมที่แสดงออกได้รับการปฏิเสธ ไม่ยอมรับจากผู้อื่น บุคคลจะเกิดความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตนเองเกิดความยุ่งยากในการสร้างสัมพันธ์ภาพ ดังนั้นอาจเป็นไปได้ว่าการที่วัยรุ่นใช้สื่อสังคมออนไลน์มากเกินไปส่งผลกระทบต่อความรู้สึกไว้วางใจในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ลดลงซึ่งอาจกระทบต่อความรู้สึกต่ออัตลักษณ์แห่งตนที่จะสร้างปฏิสัมพันธ์ต่อบุคคลอื่นในชีวิตจริง นำมาซึ่งปัญหาทางสุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้าได้ (Haan & Zhuwhang 2020; Thongpradab, Thaweekoon, & Nintachan, 2019) นอกจากนี้การเกิดข้อเปรียบเทียบต่างๆในสื่อสังคมออนไลน์ของวัยรุ่นที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความพึงพอใจในชีวิตที่ลดลง ก็ยังสามารถส่งผลกระทบให้วัยรุ่นเกิดความรู้สึกซึมเศร้าได้เช่นกัน (Longstreet & Brook, 2017) อย่างไรก็ตามการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์เป็นการเปิดโอกาสให้วัยรุ่นได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นผ่านทางช่องทางการส่งข้อความสนทนา การโพสต์แสดงความคิดเห็น ก็อาจช่วยให้วัยรุ่นที่ไม่มีโอกาสในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลในชีวิตจริงเกิดความรู้สึกถึงการเชื่อมโยงกับบุคคลอื่นๆผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ ช่วยทดแทนความรู้สึกที่ขาดหายไปจากสังคมในชีวิตจริงได้ ดังนั้นการส่งเสริมกระบวนการเข้าใจสื่อสังคมออนไลน์และการใช้งานอย่างเหมาะสม จึงเป็นสิ่งที่อาจช่วยให้วัยรุ่นได้เรียนรู้และปรับทัศนคติของตนเองในสื่อสังคมออนไลน์เพื่อการพัฒนาสุขภาพจิตของตนเองที่ดีขึ้นได้

2. อิทธิพลของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อการติดสื่อสังคมออนไลน์ ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เท่ากับ 27.86 ($SD=3.83$) ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ดี และพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลในทางลบต่อการติดสื่อสังคมออนไลน์ ($Beta=-.184, t=-4.637, p<.001$) นั่นคือนักเรียนที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลงมีแนวโน้มในการติดสื่อสังคมออนไลน์มากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นการรับรู้ตนเองที่เกิดจากการเปรียบเทียบตัวตนของตนเองกับบุคคลอื่น การที่บุคคลรับรู้ว่ามีคุณค่าและประสบความสำเร็จไม่น้อยกว่าคนอื่น ทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น การใช้งานสื่อสังคมออนไลน์จึงเป็นไปในทางที่ดี (Productive) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยที่ผ่านมาที่พบว่า การติดสื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Blachnio, Przepiorka, & Pantic, 2016; Jan, Soomro, & Arned, 2017; Hou, Xiong, Jiang, Song, & Wang, 2019; Pholphet & Tuntasood, 2016; Thongpradab, Thaweekoon, & Nintachan, 2019) โดยอธิบายได้ว่าการที่สื่อสังคมออนไลน์มีลักษณะการใช้งานที่ผู้ใช้งานสามารถมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยอาศัยหลักการประเมินแบบสะท้อนกลับที่เป็นการรับรู้ต่อตนเองจากมุมมองของผู้อื่น หากวัยรุ่นได้รับการประเมินแบบสะท้อนกลับจากการแสดงความคิดเห็นหรือข้อความทางบวกจากเพื่อนในสื่อสังคมออนไลน์ อาจทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ มองตนเองในแง่ดี ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น ในทางตรงข้ามหากวัยรุ่นมีการประเมินแบบสะท้อนกลับจากการได้รับคำวิจารณ์ด้านลบจากการโพสต์ข้อความหรือรูปภาพต่างๆผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ จะทำให้วัยรุ่นตัดสินใจว่าตนเองไม่ดีเหมือนคนอื่นฯ รู้สึกล้มเหลว จนเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงได้ (Hou, Xiong, Jiang, Song, & Wang, 2019; Pholphet & Tuntasood, 2016) อีกประการหนึ่ง คือ การเปรียบเทียบทางสังคม ซึ่งเป็นการรับรู้ตนเองของบุคคลโดยการนำตนเองไปเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น ซึ่งการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มากเกินไปอาจจะเป็นการเปิดโอกาสให้วัยรุ่นได้รับรู้ข้อมูลต่างๆตลอดเวลา เช่น จำนวนยอดถูกใจ การแสดงความคิดเห็น การมีชีวิตที่ดีของบุคคลอื่น เป็นต้น การเปรียบเทียบเหล่านี้อาจทำให้วัยรุ่นสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้ นอกจากนี้การติดสื่อสังคมออนไลน์ยังเพิ่มโอกาสในการเผชิญกับพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์ (Cyberbullying) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์ส่วนใหญ่กระทำผ่านสื่อสังคมออนไลน์ และกลุ่มที่ถูกรังแกจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Srisoem, Thaweekoon, & Nintachan, 2021) ดังนั้นการติดสื่อสังคมออนไลน์จึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้

3. อิทธิพลของความพึงพอใจในชีวิตต่อการติดสื่อสังคมออนไลน์ การศึกษาค้นคว้าพบว่าความพึงพอใจในชีวิต ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 25.45 ($SD=4.68$) และพบว่าความพึงพอใจในชีวิตมีอิทธิพลต่อการติดสื่อสังคมออนไลน์ในทางลบ ($Beta = -.087, t = -2.147, p < .05$) นั้นหมายความว่านักเรียนความพึงพอใจในชีวิตที่สูงขึ้น มีแนวโน้มในการการติดสื่อออนไลน์ต่ำลง ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลที่มีความพึงพอใจในชีวิต มีการรับรู้ตนเองว่าสามารถบรรลุเป้าหมายด้านต่างๆ ได้ตามความคาดหวังที่อยากให้เป็น จึงเกิดความพึงพอใจและภาคภูมิใจ ส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดี การใช้งานสื่อสังคมออนไลน์จึงเป็นไปในทางที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าความพึงพอใจในชีวิตมีความสัมพันธ์กับการติดสื่อสังคมออนไลน์ (Blachnio, Przepiorka, & Pantic, 2016; Longstreet, & Brook, 2017; Wang, Gaskin, Wang, & Liu, 2016) ซึ่งความพึงพอใจในชีวิตเป็นความรู้สึกพึงพอใจโดยภาพรวมที่บุคคลมีต่อชีวิตของตนเองในทุกแง่มุม ตลอดช่วงเวลาตั้งแต่เกิดมาจนถึงปัจจุบัน เมื่อนักเรียนมีการใช้สื่อออนไลน์ จะมีการแสดงความคิดเห็น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน เมื่อบุคคลได้รับการยอมรับ และเข้าถึงสิ่งที่พึงปรารถนาของตน บุคคลก็จะรับรู้ว่ามีชีวิตที่มีแต่เรื่องที่ดี เกิดความพึงพอใจในชีวิต แต่ในทางตรงข้ามหากในโลกของสื่อสังคมออนไลน์ไม่มีการยอมรับจากเพื่อนในโลกออนไลน์ ก็จะส่งผลกระทบต่อจิตใจ เกิดเป็นความไม่สบายใจ และอารมณ์ทางลบขึ้น (Rogowska, & Libera, 2022) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hawi & Rupert (2016) พบว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มากเกินไปอาจจะส่งผลให้ปฏิสัมพันธ์เชิงสังคมที่แท้จริงนั้นเสียไป บุคคลจึงหมกมุ่น ขาดการติดต่อสื่อสารบนโลกความจริงกับคนรอบข้าง สูญเสียความเป็นตัวตน จนเกิดความรู้สึกไม่ดีต่อตนเองได้ นอกจากนี้ Longstreet & Brook (2017) ยังศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะติดสื่อสังคมออนไลน์จึงอาจจะเกิดการนำตนเองไปเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น หากวัยรุ่นนำตนเองไปเปรียบเทียบกับบุคคลที่มีลักษณะด้อยกว่าตนในสังคมออนไลน์ ก็อาจทำให้เกิดความรู้สึกที่ด้อยตนเอง และมีความรู้สึกมีคุณค่า พึงพอใจในชีวิตตนเองมากขึ้น และในทางตรงข้ามกันหากวัยรุ่นที่มีภาวะติดสื่อสังคมออนไลน์นำตนเองไปเปรียบเทียบกับบุคคลที่มีลักษณะเหนือกว่า อาจทำให้วัยรุ่นรู้สึกว่าการนำตนเองไปเปรียบเทียบกับผู้อื่นทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตลดลง

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาค้นคว้าพบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าสูง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และความพึงพอใจในชีวิตต่ำมีแนวโน้มในการติดสื่อสังคมออนไลน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นพยาบาลจิตเวช หรือครูผู้รับผิดชอบด้านสุขภาพจิตในโรงเรียนและสถานศึกษาควรมีการจัดกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความพึงพอใจในชีวิตสำหรับวัยรุ่นที่มีปัญหาการติดสื่อสังคมออนไลน์ รวมทั้งควรจัดกิจกรรมให้ความรู้และคำแนะนำ ที่ถูกต้องในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ส่งเสริมให้วัยรุ่นมีทักษะในการเผชิญปัญหาที่ดีโดยการรณรงค์ ส่งเสริม และทำความเข้าใจในการใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างรู้เท่าทัน การฝึกเทคนิคป้องกันไม่ให้วัยรุ่นเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์มากเกินไป และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง สร้างเครือข่ายนักเรียนทำการติดตาม สอดส่อง ป้องกัน และช่วยเหลือวัยรุ่นที่ติดสื่อสังคมออนไลน์และมีปัญหาสุขภาพจิตอย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ากับการติดสื่อสังคมออนไลน์ ความสามารถในการเผชิญปัญหา และการจัดการตนเองเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ตลอดจนการพัฒนาแนวทางการช่วยเหลือและโปรแกรมการส่งเสริมและป้องกันปัญหาจากการใช้สื่อออนไลน์ไม่เหมาะสม เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและการติดสื่อสังคมออนไลน์ในวัยรุ่นตามบริบทอย่างเหมาะสม

References

- Andreassen, C. S., Pallesen, S. & Griffiths, M. D. (2017). The Relationship Between Addictive of Social Media, Narcissism, and Self-Esteem: Findings from a Large National Survey. *Addictive Behavior, 64*(14), 287-293.

- Blachnio, A., Przepiorka, A. & Pantic, I. (2016). Association Between Facebook Addiction, Self-Esteem and Life Satisfaction: A Cross-Sectional Study. *Computer Human Behavior*, 55(1), 701-705.
- Boonyarit, I. (2012). *Forgiveness in Peer Relationship: Scale Development and Examination of Nomological Network with Mental Health and Well-Being in Thai University Students*. Chiang Mai: Chiang Mai University, Thailand.
- Caner, N., Efe, Y. S. & Başdaş, Ö. (2021). The Contribution of Social Media addiction to Adolescent LIFE: Social Appearance Anxiety. *Current Psychology (New Brunswick, N.j.)*, 41(12), 8424-8433. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03280-y>
- Chupradit, P., W. & Chupradit, S. (2022). The Influences of Social Media Addiction on Mental Health Status Among University Students in Thailand. *Suthiparithat Journal*, 36(3), 188-207.
- Diener, E. & Diener, M. (2009). *Cross-Cultural Correlates of Life Satisfaction and Self-Esteem Culture and Wellbeing*. (pp. 71–91). The Netherlands: Springer.
- Haan, R. & Zhuwhang, Z. (2020). The Relationship Between Social Media Addiction and Depression: a Quantitative Study Among University Students in Khost, Afghanistan. *International Journal of Adolescence and Youth*, 25(1), 780–786
- Hair, J. F., Babin, B. J., Anderson, R. E. & Black, W. C. (2019). *Multivariate Data Analysis (8th ed.)*. England: Pearson Prentice.
- Hawi, N. & Rupert, M. S. (2016). The Relations among Social Media Addiction, Self-esteem, and Life Satisfaction in University Students. *Social Science Computer Review*, 35(5), 555-575.
- Hou, Y., Xiong, D., Jiang, T., Song, L. & Wang, Q. (2019). Social Media Addiction: Its Impact, Mediation, and Intervention. *Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 13(1), Article 4. doi: 10.5817/CP2019-1-4.
- Jan, M., Soomro, S. A. & Armed, N. (2017). Impact of Social Media on Self-Esteem. *European Scientific Journal*, 13(23), 1857-1881.
- Kajai, C. & Namwong, A. (2019). Facebook Addiction, Depression, and Suicidal Risk Among Z Generation Nursing Students. *Journal of Public Health Nursing*, 33(2), 33-47.
- Kajai, C., Thapinta, D. & Skulphan, S. (2018). The Relationship Between Facebook Addiction and Depression among Adolescents Attending State University in Chiang Mai Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(2), 57-69.
- Keles, B., McCrae, N. & Grealish, A. (2019). A Systematic Review: The Influence of Social Media on Depression, Anxiety and Psychological Distress in Adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 25(1), 79-93. doi:10.1080/02673843.2019.1590851
- Khumsri, J., Hanprathet, N., Manwong, M., Yingyeun, R. & Phanasathit, M. (2015). Facebook Addiction and Its Relationship with Mental Health among Thai High School Students. *Journal of Medical Associated Thai*, 98(3), S81-90.
- Kirkabulan, K. (2016). Self-Esteem, Daily Internet Use and Social Media Addiction as Predictors of Depression among Turkish Adolescents. *Journal of Education and Practice*, 7(24), 64-72.
- Longstreet, P. & Brook, S. (2017). Life Satisfaction: A Key to Managing Internet & Social Media Addiction. *Technology in Society*, 50(2), 73-77 doi: 10.1016/j.techsoc.2017.05.003.
- Luo, T., Chen, W. & Liao, Y. (2021). Social Media Use in China Before and During COVID-19: Preliminary Results from an Online Retrospective Survey. *Journal of Psychiatric Research*, 140, 35-38. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.05.057>

- Phanichsiri, K. & Tuntasood, B. (2016). Social Media Addiction and Attention Deficit and Hyperactivity Symptoms in High School Students in Bangkok. *Journal of Psychiatric Association Thailand*, 61(3), 191-204.
- Pholphet, K. & Tuntasood, B. (2016). Self-Esteem and Facebook Addiction of High School Students in Bangkok Metropolitan Area. *Journal of Psychiatric Association Thailand*, 61(3), 217-230.
- Pornnoppadol, C., Ladawan na Ayudhaya, S., Phoasavasdi, C. & Surapongphiwattana, T. (2017). Development of game addiction protection scale (GAME-P). *Journal of Psychiatric Association Thailand*, 62(1), 3-16.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Apply Psychology Measurement*, 1(1), 385-401.
- Rogowska, A. M. & Libera, P. (2022). Life Satisfaction and Instagram Addiction among University Students during the COVID-19 Pandemic: The Bidirectional Mediating Role of Loneliness. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14).
<https://doi.org/10.3390/ijerph19148414>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Sedgwick, R., Epstein, S., Dutta, R. & Ougrin, D. (2019). Social Media, Internet Use and Suicide Attempts in Adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(6), 534-541, doi: 10.1097/YCO.0000000000000547
- Srisoem, C., Thaweekoon, T. & Nintachan, P. (2021). Self-Esteem, Attitude towards Cyberbullying, and Cyberbullying among High School Students. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 35(1), 112-127.
- Tanta, I., Mihovilovic, M. & Sablic, Z. (2014). Uses and Gratification Theory-Why Adolescents Use Facebook?. *Medijska Istraživanja/Media Research*, 20(2), 85-110.
- Thongpradab, J., Thaweekoon, T. & Nintachan, P. (2019). The Relationships Among Facebook Addiction, Self-Esteem and Depression in High School Students. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 12(2), 116-133.
- Trangkasombat, U., Larphoomsup, V. & Hawanont, P. (1997). CES-D in Adolescents. *Journal of Psychiatrist Association Thailand*, 42(1), 2-13. (in Thai).
- Wang, C., Lee, M. & Hua, Z. (2015). A Theory of Social Media Dependence: Evidence from Microblog Users. *Decision Support Systems*, 69(1), 40-49. 10.1016/j.dss.2014.11.002.
- Wang, J., Gaskin, J., Wang, H. & Liu, D. (2016). Life Satisfaction Moderates the Associations Between Motives and Excessive Social Networking Site Usage. *Addiction Research & Theory*, 24(6), 450-457. doi: 10.3109/16066359.2016.1160283
- Wilcox, K. & Stephen, A. T. (2013). Are Close Friends the Enemy? Online Social Networks, Self-Esteem, and Self-Control. *Journal of Consumption Response*, 40(1), 12-57.
- Wongpakaran, T. & Wongpakaran. N., (2011). Confirmatory Factor Analysis of Rosenberg Self-Esteem Scale: A Study of Thai Student Sample. *Journal of Psychiatric Association Thailand*, 56(1), 59-70. (In Thai).

การจัดการการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่ไม่ทราบสาเหตุในชุมชน
Rehabilitation Management in the Community of Patients
with Non-Specific Low Back Pain

จิรวัดน์ ทิวัตน์ปกรณ^{1*}, พงศ์เทพ สุธีรวัฒน์², ทวีศักดิ์ วงศ์กิตติเมธาวิ¹
Jirawat Tiwattapakorn^{1*}, Pongthep Sutheerawat², Thaweesak Wongkiratimethawi¹
งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหาดใหญ่^{1*}, สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์²
Physical Therapy Department, Hat-Yai Hospital^{1*},
Institute of Public Policy, Prince of Songkla University²

(Received: March 2, 2023; Revised: May 4, 2023; Accepted: May 15, 2023)

บทคัดย่อ

อาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่ไม่ทราบสาเหตุเป็นกลุ่มอาการที่สร้างความไม่สุขสบายและความยากลำบากในการดำเนินชีวิต พบได้บ่อยในกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่อาจนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพหรือความพิการได้หากได้รับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ไม่ถูกต้องและเหมาะสม บทความนี้อธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ผลกระทบของอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในชุมชน ซึ่งออกเป็น 2 ช่วงเวลา ได้แก่ ช่วงที่มีอาการปวดและช่วงฟื้นฟูสมรรถภาพ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งสามารถนำไปเป็นแนวทางในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

คำสำคัญ: อาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในชุมชน, การจัดการการฟื้นฟูสมรรถภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pholamai.3012@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 084-7445485)



Abstract

Non-specific low back pain is a syndrome that creates discomfort and difficulty in living. It is a common group of musculoskeletal diseases that can lead to disabilities or disabilities if patients receive improperly care and rehabilitation. This literature review describes the factors that influence chronic low back pain. It points out the effects of chronic low back pain, as well as the care of patients with chronic low back pain in the community. It is divided into 2 periods, which are the period of pain and the rehabilitation period and factors affecting it. Results from this review can be used to guide care and rehabilitation.

Keywords: Non-Specific Low Back Pain, Rehabilitation Management, Community, Literature Review

บทนำ

อาการปวดหลังส่วนล่างเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการที่พบได้บ่อยในกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่ส่งผลกระทบต่อทางสังคมและเศรษฐกิจ (Dagenais, Jaime & Scott, 2008) โดยทั่วโลกพบว่า อาการปวดหลังส่วนล่างส่งผลให้เกิดการสูญเสียสุขภาพได้มากที่สุดและจัดอยู่ใน 10 เพอร์เซ็นต์แรกของภาระโรคและการบาดเจ็บรวมทั้งหมด (Vos, Abraham, Mohsen, Rafael, Michaud, et al. 2012) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ในหนึ่งช่วงชีวิตของประชากรจะมีอาการปวดหลังมากถึง ร้อยละ 84 (Wheeler, Wipf, Staiger, Deyo & Jarvik, 2016) สำหรับประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยโรคปวดหลังที่ไม่ทราบสาเหตุจากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 71.3 และจากการศึกษาภาระโรคปวดหลังในผู้ประกอบอาชีพ พบว่ามีผู้ป่วยโรคปวดหลังทุกชนิดเป็น 52 รายต่อผู้ประกอบอาชีพ 1,000 ราย หากแบ่งตามตำแหน่งพยาธิสภาพของกระดูกสันหลังพบอาการปวดหลังส่วนล่างมากที่สุด คือ ร้อยละ 33.29 ของผู้ป่วยโรคปวดหลังทุกชนิด (Untimanon, Boonmeepong, Saipang, Sukanun, Promrat, Julraung, et al. 2016) อาการปวดหลังส่วนล่างที่ไม่ทราบสาเหตุเป็นอาการปวดบริเวณหลังตั้งแต่ชายโครงชั้นที่ 11-12 ตลอดจนถึงขอบล่างของกล้ามเนื้อ (Gluteal Fold) และพบว่ามีประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างจะพัฒนาไปสู่อาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง นั่นคืออาการปวดอยู่นานกว่า 3 เดือน แม้ว่าอาการปวดหลังส่วนล่างจะเป็นอาการที่ไม่ร้ายแรง แต่อาจจะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพหรือความพิการได้ (Institute of Health Economics. 2017; National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS). 2019; Traeger, Rachelle, Ian, & Chris, 2017)

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่ไม่ทราบสาเหตุสามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังนั้นไม่ทุกข์ทรมานจากอาการปวดได้ และควรได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญก่อนการเข้ารับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถทำได้โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมออกกำลังกายรวมทั้งการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ สามารถช่วยเพิ่มความแข็งแรง ความยืดหยุ่นและความทนทานของกล้ามเนื้อหลังได้ส่งผลให้กล้ามเนื้อหลังส่วนล่างสามารถที่จะเสริมสร้างความมั่นคงของกระดูกสันหลังส่วนล่างได้ ช่วยผ่อนแรงที่ส่งผลต่อความเครียดของโครงสร้างกระดูกและเนื้อเยื่อต่างบริเวณกระดูกสันหลังส่วนล่างได้ ส่งเสริมให้โครงสร้างหลังมีความมั่นคงแข็งแรง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองในการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนี้จากการศึกษาอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตนในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีผลมาจากสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่เหมาะสม เช่น การยกของหนัก การก้มๆ เงยๆ การบิดเอี้ยวลำตัว การออกแบบลักษณะหน้างาน อุปกรณ์และเครื่องมือต่าง ๆ โดยที่ไม่คำนึงถึงข้อจำกัดและความแตกต่างของบุคคล ส่งผลทำให้เกิดท่าทางในการทำงานที่ผิดธรรมชาติของร่างกาย และง่ายต่อการเกิดการบาดเจ็บของโครงสร้างหลัง รวมทั้งการทำงานอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้หยุดพักติดต่อกัน ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการทำงาน และความเครียดทั้งทางกายและจิตใจ โดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (Maher, Martin, & Rachelle, 2017; Rungkan, Chanprasit, & Kaewthummanukul, 2013) การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในชุมชนจึงเป็นเรื่องที่มีความท้าทายในการดูแลทางด้านสาธารณสุข

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยในด้านความทุกข์ทรมานจากอาการปวด ลดความวิตกกังวลและความเครียดจากอาการปวด อีกทั้งยังช่วยแก้ปัญหาด้านเศรษฐกิจได้อีกด้วย เนื่องจากผู้ป่วยสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้น บทความฉบับนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการปวด ผลกระทบของ และการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในชุมชน รวมถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่ไม่ทราบสาเหตุในชุมชน ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งทีมสหวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพและภาคีเครือข่ายในชุมชน อันจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง เกิดแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการปวดหลังส่วนล่าง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยหลายด้านที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างและนำไปสู่ภาวะปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง โดยแบ่งตามปัจจัยกำหนดสุขภาพ ดังนี้

1. **ปัจจัยด้านบุคคล** ได้แก่ อายุ น้ำหนักตัวเกิน และเพศ ต่างมีอิทธิพลต่อการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างและเกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ได้แก่

1.1 อายุ อาการปวดหลังมักจะเกิดขึ้นครั้งแรกระหว่างอายุ 30 ถึง 60 ปีและมีระดับความรุนแรงมากขึ้นตามอายุ โครงสร้างของกระดูก ข้อต่อกระดูกสันหลัง (Facet Joint) และหมอนรองกระดูกสันหลัง เข้าสู่สภาวะเสื่อมสภาพ มีปริมาณน้ำในหมอนรองกระดูกลดลง ความยืดหยุ่นลดลงและการหดตัวของช่องว่างกระดูกสันหลัง ส่งผลให้ความสามารถในการรองรับน้ำหนักกระดูกสันหลังลดลงเมื่ออายุมากขึ้น จึงเป็นเหตุผลที่อธิบายได้เมื่ออายุมากขึ้นมักจะมีการปวดหลังมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า (Wong, Karppinen & Samartzis, 2017)

1.2 ภาวะอ้วนหรือน้ำหนักตัวเกิน เนื่องจากกล้ามเนื้อและโครงสร้างของกระดูกสันหลังมีหน้าที่ในการรองรับน้ำหนักของร่างกาย การมีน้ำหนักตัวที่มากเกินไปหรือภาวะอ้วน ทำให้กระดูกสันหลังต้องรองรับน้ำหนักมากขึ้น มีการปรับตัวของแนวกระดูกสันหลังที่ผิดปกติ ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุงจะมีโครงสร้างหลังที่แอ่นมากกว่าปกติ เนื่องจากน้ำหนักตัวจะดึงอู้งเชิงกรานไปทางด้านหน้า เมื่อเวลาผ่านไปโครงสร้างหลังอาจสูญเสียความมั่นคง เกิดแรงกดที่บริเวณข้อต่อและหมอนรองกระดูกสันหลังมากเกินไป ทำให้เกิดการบาดเจ็บและอาการปวดหลังส่วนล่างได้ (Foster, 2011; Shiri, Karppinen, Päivi, Solovieva & Eira, 2010)

1.3 เพศ เป็นหนึ่งในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่นำไปสู่ความชุกของอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังแตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง โดยการศึกษาพบว่า ผู้หญิงที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังเรื้อรังส่วนใหญ่เกิดจากโรคระบบทางเดินอาหาร และโรคของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน เช่น โรคกระดูกเชิงกรานอักเสบ และเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ สำหรับผู้ชายมักประสบกับอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังจากการทำงานที่มีภาระงานที่หนัก เช่น การยกของหนักซ้ำ ๆ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทราบกันดีว่าเป็นปัจจัยหลักทำให้เกิดการบาดเจ็บรุนแรงหรือความเสียหายของโครงสร้างที่หลังส่วนล่างได้ (Allen & Karen, 2009)

1.4 ความรู้และทักษะ เมื่อผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดด้านพยาธิสภาพ การรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษา ประโยชน์ของการดูแลตนเอง และการออกกำลังกายถูกต้องปลอดภัย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและมีแรงจูงใจ ในการออกกำลังกายเพื่อควบคุมทำให้อาการปวดหลังลดลง (Wong-on, & Phanmanee, 2015)

1.5 ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษา โดยความเชื่อเป็นสภาวะทางจิตใจที่บุคคลมีต่อการรักษา มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ที่ส่งผลต่อความบกพร่องทางร่างกายหรือผลการรักษาที่เกิดขึ้น หากมีความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาว่าความเจ็บปวดที่เป็นอยู่ไม่ดีขึ้นและไม่หายขาด อาจเพิกเฉยต่อคำแนะนำหรือไม่ให้ความร่วมมือ อาจทำให้การทำงานของกระดูกสันหลังแย่ลง นอกจากนี้ความเชื่อในความคาดหวังของการรักษามีผลต่อการปฏิบัติตาม ถ้าไม่เชื่อในผลการรักษาหรือคาดหวังผลลัพธ์ที่ไม่ดีอาจเพิกเฉยต่อความเจ็บปวดหรือไม่ปฏิบัติตาม (Glattacker, Katja & Cornelia, 2012)

1.6 ความเชื่อมั่นในตนเอง การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองหากผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในระดับสูง มีแนวโน้มที่จะดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ว่าคุณภาพตนเองไม่มีความสามารถ หากผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองจะสามารถสังเกตอาการผิดปกติและหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดการปวด อาการที่เปลี่ยนไป และสามารถจัดการดูแลตนเองได้เมื่อมีอาการปวด ซึ่งวิธีการที่ทำให้มีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง มาจากการให้บริการทางคลินิกที่มีการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อลดอาการปวด (Aungsirikul, Pakdevon & Binhosen, 2016)

1.7 การรับรู้การเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ของอาการปวดหลังส่วนล่างจะมีการเรียนรู้และสังเกตสิ่งที่ทำให้เกิดอาการปวดเพิ่มมากขึ้น และสามารถจัดการกับอาการปวดได้ ทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา แต่กลุ่มอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่เกิดจากการดำเนินกิจกรรมประจำวันในการใช้ท่าทางหรืออิริยาบถที่ไม่เหมาะสม ซึ่งบางรายไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ จึงมีผลทำให้ไม่สามารถมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมตลอดเวลา (Jalali, Azadeh, & Maryam, 2019)

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต วิธีการดำเนินชีวิต ภาระงานและงานที่ต้องออกแรง ท่าทาง การสูบบุหรี่หรือยาสูบ และการบริโภคอาหาร มีความเกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพในอนาคต

2.1 วิธีการดำเนินชีวิต วิธีชีวิตในปัจจุบันมีแนวโน้มเนือยนิ่งมากขึ้น การใช้ชีวิตที่ไม่มีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย กิจกรรมส่วนใหญ่มักนั่งอยู่กับที่ ส่งผลให้ร่างกายมีการเผาผลาญพลังงานน้อยลงก่อให้เกิดการสะสมของพลังงานให้รูปแบบไขมันและน้ำสูกาจะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน นอกจากนี้ข้อเสียจากการนั่งเป็นเวลานานจะส่งผลต่อน้ำหนักที่ตกลงบนโครงสร้างกระดูกสันหลังมีผลทำให้การไหลเวียนเลือดบริเวณโครงสร้างหลังไม่ดีทำให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังได้ (Sofi, Molino, Nucida, Taviani, Benvenuti, Stuart, et. al. 2011)

2.2 ภาระงานและงานที่ต้องออกแรง การทำงานโดยที่ไม่มีการหยุดพัก หรือลักษณะงานที่ต้องออกแรงยกของหนัก อาจทำให้เกิดการใช้งานของโครงสร้างหลังไม่ว่าจะเป็นกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อที่มากเกินไป ส่งผลให้ความทนทานของร่างกายลดลง ผลักดันในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง และเกิดการสะสมของกรดแลคติก ซึ่งเป็นของเสียที่สะสมอยู่ในกล้ามเนื้อหลังจากการเผาผลาญพลังงานจากการทำงานหรือออกกำลังกาย โดยถ้ามีกรดแลคติกสะสมอยู่ในกล้ามเนื้อในปริมาณมาก ก็จะทำให้เกิดอาการเมื่อยล้าและปวดกล้ามเนื้อได้ แต่อาการปวดเมื่อยในลักษณะนี้ จะหายไปภายหลังเสร็จสิ้นการออกกำลังกายประมาณ 2-3 ชั่วโมง โดยร่างกายจะกำจัดกรดแลคติกเหล่านี้ออกจากกล้ามเนื้อผ่านทางระบบไหลเวียนโลหิต ซึ่งมีผลต่อความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อ ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างได้ (Yildirim, Sevtap, & Didem, 2014)

2.3 ท่าทางหรือสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่เหมาะสม อันเนื่องมาจากการออกแบบลักษณะหน้างาน อุปกรณ์ และเครื่องมือต่าง ๆ โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่าง และข้อจำกัดของแต่ละบุคคล มีผลทำให้การปฏิบัติงานมักจะอยู่ในท่าทางที่ไม่เป็นไปตามธรรมชาติ กระดูกสันหลังไม่อยู่ในแนวที่เหมาะสม ทำให้การรองรับน้ำหนักของโครงสร้างหลังไม่ดี นอกจากนี้ยังรวมถึงลักษณะหน้างาน ลักษณะของงานที่ต้องเคลื่อนไหวในท่าทางเดิมซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน การเคลื่อนไหวที่ไม่สมมาตร แรงสั่นสะเทือน และชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน อาจทำให้มีการบาดเจ็บเล็กน้อย ๆ อย่างต่อเนื่อง จนทำให้เกิดปัญหาของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่รุนแรงขึ้นได้ (Chaiklieng, & Pannak, 2017)

2.4 การสูบบุหรี่หรือยาสูบ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคภัยแรงหลายชนิด อาการปวดหลังเรื้อรังก็เป็นอาการหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากการสูบบุหรี่ จากสารนิโคตินในบุหรี่เป็นตัวกระตุ้นที่มีความไวต่อการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดและการเสื่อมของหมอนรองกระดูกสันหลัง ผลกระทบระยะสั้นของการสูบบุหรี่ต่ออาการปวดหลัง คือ สารนิโคตินทำให้ออกซิเจนในเลือดลดลง และทำให้หลอดเลือดเกิดการหดตัวไปขัดขวางการไหลเวียนของอาหารและน้ำที่ไปเลี้ยงนิวเคลียสของหมอนรองกระดูกสันหลัง ส่งผลให้เซลล์อยู่ในภาวะขาดออกซิเจนและอาหารจึงมีผลต่อกระบวนการเมตาบอลิซึมตามปกติของเซลล์หมอนรองกระดูก และในระยะยาวเมื่อเกิดการไหลเวียนไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้ไม่เพียงพอเป็นระยะเวลานาน ทำให้มีผลต่อกระบวนการซ่อมแซมการบาดเจ็บของโครงสร้างหลังไม่มี

ประสิทธิภาพเกิดภาวะเสื่อมและนำไปสู่อาการปวดหลังเรื้อรัง (Bogdan, Souraya, James, Gildasio, Kristine, Ali, et al. 2015)

3. ปัจจัยด้านระบบและกลไกทางสังคม เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษา ความเชื่อมั่นในตนเอง การรับรู้การเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้าและการขาดการสนับสนุนทางสังคม อาจเป็นสาเหตุของอาการปวดหลังได้โดยตรงและมีความสำคัญไม่ต่างไปจากปัจจัยอื่น ๆ นอกจากนี้ในผู้ป่วยบางรายสามารถพัฒนาจากอาการปวดหลังส่วนล่างเฉียบพลันไปสู่อาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังได้

3.1 ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษา ความเชื่อในความคาดหวังของการรักษามีผลต่อการปฏิบัติตามและประสิทธิผลของการรักษา ผู้ที่ไม่เชื่อในผลการรักษาหรือคาดหวังผลลัพธ์ที่ไม่ดีอาจเพิกเฉยต่อความเจ็บปวดหรือไม่ปฏิบัติตามการรักษา (Glattacker, Katja & Cornelia, 2012)

3.2 ความเชื่อมั่นในตนเอง ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองในระดับสูงมีแนวโน้มการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ว่าตนเองขาดความเชื่อมั่น ผู้ป่วยที่มีความเชื่อมั่นในตนเองสูงจะสามารถสังเกตอาการผิดปกติและหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดการปวด สังเกตอาการที่เปลี่ยนไป และสามารถจัดการดูแลตนเองได้เมื่อมีอาการปวดหลัง (Aungsirikul, Pakdevon & Binhosen, 2016)

3.3 การรับรู้การเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ของอาการปวดหลังส่วนล่างมาก่อน จะมีการเรียนรู้และสังเกตสิ่งที่ทำให้เกิดอาการปวดเพิ่มมากขึ้น และสามารถจัดการกับอาการปวดได้ ทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา แต่กลุ่มอาการปวดหลังที่เป็นอาการเรื้อรังมักเกิดจากการใช้กิจวัตรประจำวันและการทำงานในท่าทางที่ไม่เหมาะสม ซึ่งในผู้ป่วยบางรายไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ จึงส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมตลอดเวลา (Jalali, Azadeh & Maryam, 2019)

3.4 ภาวะซึมเศร้า ความเจ็บปวดและภาวะซึมเศร้ามีสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด นั่นคืออาการซึมเศร้าอาจทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือความเจ็บปวดอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า บางครั้งความเจ็บปวดและภาวะซึมเศร้าสร้างวงจรอุบาทว์ ซึ่งความเจ็บปวดทำให้อาการของภาวะซึมเศร้าแย่ลงและภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นทำให้ความรู้สึกเจ็บปวดแย่ลง (Airaksinen, Brox, Christine, Jan, Jennifer, Francisco, et al. 2006)

3.5 การขาดการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมเป็นการช่วยเหลือที่มาจากภายนอก เช่น ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์ และการบริการทางสังคม (Institute of Health Economics, 2017; Allen & Karen, 2009) การขาดการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการปวดหลังหรือปวดหลังส่วนล่างซ้ำและลาป่วย รวมถึงความพิการที่อาจเกิดขึ้นได้ (Institute of Health Economics, 2017) การสนับสนุนทางสังคมในสภาพแวดล้อมการทำงาน เช่น การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน นายจ้างหรือหัวหน้างาน และลักษณะงาน ส่งผลต่อการจัดการความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (Shaw, Paul, Candace, Nelson, Chris & Steven, 2013)

3.6 กระบวนการมีส่วนร่วม การระดมความคิดเห็นจากทุกฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย ญาติ ชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลัง มีความสำคัญต่อการออกแบบรูปแบบการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง เพื่อหาแนวทางให้ผู้ป่วยสามารถมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง (Wongwilairat, 2011)

3.7 ระบบการบริการสุขภาพ เป็นบริการที่ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสุขภาพอย่างมีคุณภาพปลอดภัย ได้มาตรฐาน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้มีความสำคัญต่อการสร้างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่เข้มแข็ง มีระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพจากหน่วยบริการที่อยู่สูงขึ้นไป เช่น การเสริมสร้างศักยภาพให้หน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถจัดให้มีบริการแก่ผู้ป่วยได้

3.8 กระบวนการเรียนรู้ ส่วนใหญ่ของคนเรานั้นเกิดขึ้นจากการสังเกตจากตัวแบบ มากกว่าการเรียนรู้ประสบการณ์โดยตรงที่ต้องอาศัยการลองผิดลองถูก เพราะนอกจากจะสูญเสียเวลาแล้วยังอาจมีอันตรายได้ในบางพฤติกรรม ตัวแบบเพียงคนเดียวที่สามารถที่จะถ่ายทอดทางความคิด ทักษะและการแสดงออกได้พร้อม ๆ กันเนื่องจากคนเรานั้นใช้ชีวิตในแต่ละวันในสภาพแวดล้อมที่แคบ ๆ ดังนั้นการรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ของสังคม

จึงผ่านมาจากประสบการณ์ของผู้อื่นโดยการได้ยิน และได้เห็นโดยมีประสบการณ์ตรงมาเกี่ยวข้อง คนส่วนมากจึงรับรู้เรื่องราวต่าง ๆ ผ่านสื่อแทบทั้งสิ้น ตัวแบบแบ่งออกเป็น 2 ประเภทด้วยกันคือ 1) ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง คือตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและปฏิสัมพันธ์โดยตรง และ 2) ตัวแบบที่เป็นสื่อสัญลักษณ์ คือตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยู โททัศน์ การ์ตูน หรือหนังสือนวนิยาย

3.9 กฎหมายและการบัญญัติกฎหมาย ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ.2541 ในมาตรา 37 ได้วางหลักกฎหมายเอาไว้ว่าห้ามมิให้นายจ้างให้ลูกจ้างทำงานยก แบก หาม หาบ ทุ่น ลาก หรือ เช็นของหนักเกินอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง โดยกฎกระทรวงที่ออกตามพระราชบัญญัตินี้ ได้กำหนดให้นายจ้างใช้ลูกจ้างทำงานเหล่านี้ได้ ไม่เกินอัตราน้ำหนักโดยเฉลี่ยดังนี้ ลูกจ้างเด็กหญิง อายุตั้งแต่ 15 ปีแต่ไม่ถึง 18 ปี ยกของหนักได้ไม่เกิน 20 กิโลกรัม ลูกจ้างเด็กชาย ยกของหนักได้ไม่เกิน 25 กิโลกรัม ลูกจ้างเพศหญิง ที่อายุเกิน 18 ปี ยกของหนักได้ไม่เกิน 25 กิโลกรัมเช่นกันแต่หากเป็น ลูกจ้างชาย อายุเกิน 18 ปีขึ้นไป สามารถยกของหนักได้ไม่เกิน 55 กิโลกรัม ในกรณีของหนักเกินอัตราที่กฎหมายกำหนดไว้ให้นายจ้างจัดให้มีเครื่องทุ่นแรงที่เหมาะสม ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และความปลอดภัยของลูกจ้าง (Ministerial, 2004) ด้วยสรีระร่างกายที่ต่างกันชายและหญิง อาจส่งผลร้ายต่อสุขภาพในระยะยาวได้ การยกของหนักจึงเป็นเรื่องที่นายจ้างควรใส่ใจในการปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด รวมถึงใส่ใจในคุณภาพชีวิตของพนักงานด้วยและไม่เฉพาะพนักงานหญิงหรือเด็ก พนักงานชายที่ต้องใช้แรงงานก็เช่นกัน

ผลกระทบของอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง

ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังต้องเผชิญกับปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน เนื่องจากอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้เกิดผลกระทบ ดังนี้

1. **ผลกระทบด้านร่างกาย** อาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังทำให้กล้ามเนื้อเกร็งตัวเพิ่มขึ้น การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อลดลงการเผาผลาญของเสียเพิ่มขึ้น เกิดการอักเสบของกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อ มีผลต่อการจำกัดการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลัง ทำให้การทากิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันลดลง การทากิจกรรมจะยิ่งกระตุ้นให้มีอาการปวดเพิ่มขึ้น ดังนั้น ผู้ป่วยจึงเคลื่อนไหวร่างกายได้ช้าลงและใช้เวลาส่วนใหญ่ในการนอนพัก หากนอนพักนานเกินไปจะทำให้ความยืดหยุ่นและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ส่งผลทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง (Adams, 2005)

2. **ผลกระทบด้านอารมณ์** อาการปวดที่เกิดขึ้นถ้าไม่สามารถควบคุมได้ก็จะกลายเป็นอาการปวดเรื้อรังนำไปสู่ผลกระทบด้านอารมณ์ ได้แก่ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความกลัวในการเคลื่อนไหว สร้างความทุกข์ทรมาน ทำให้การทากิจกรรมทางสังคมและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง อีกทั้งยังทำให้ระดับความอดทนลดลง ส่งผลย้อนกลับให้เกิดอาการปวดมากขึ้น การจัดการความปวดยากขึ้นและมีความเรื้อรังเพิ่มขึ้น (Ramond, Célin, Isabelle, Yves, Christophe, Erick, et. al. 2011)

3. **ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ** มีการรายงานสถานการณ์ภาระค่าดูแลการรักษาโรคของทั่วโลก (Global Burden of Diseases) จัดให้อาการปวดหลังส่วนล่างเป็นหนึ่งในหกโรคที่ทำให้ค่าใช้จ่ายในทางสาธารณสุขมากที่สุดของโลก (Hoy, Damian, Brooks, Blyth, & Buchbinder, 2010) ทั้งในแง่การรักษาพยาบาล การหยุดงาน ภาระที่ต้องมีผู้ดูแลและอื่น ๆ

การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในชุมชน

จากการศึกษาพบว่าอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 70 เป็นอาการปวดหลังส่วนล่างที่ไม่ทราบสาเหตุของอาการปวดที่ชัดเจน (Maher, Martin, & Rachelle, 2017) ซึ่งมักจะพบว่าไม่มีอาการและอาการแสดงของพยาธิสภาพ การรักษาส่วนใหญ่เป็นการรักษาตามที่เปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลามีเป้าหมายเพื่อควบคุมอาการปวด เพิ่มสมรรถนะร่างกาย ป้องกันภาวะทุพพลภาพและเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Jiraratphonchai, 2011)

ดังนั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจึงเป็นความท้าทายของผู้ให้บริการทางการแพทย์เป็นอย่างมาก การดูแลสามารถแบ่งได้เป็น 2 ช่วงเวลา ได้แก่ ช่วงที่มีอาการปวดและช่วงฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังต่อไปนี้

1. ช่วงที่มีอาการปวด วัตถุประสงค์ในการดูแลเพื่อลดหรือควบคุมอาการปวด ซึ่งมักจะเป็นการดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ที่มีความรู้และเชี่ยวชาญเฉพาะ ในการให้การรักษาคำแนะนำ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 การนอนพัก การนอนจะทำให้ความดันในหมอนรองกระดูกลดลงจึงทำให้อาการปวดดีขึ้น การนอนพักต้องทำอย่างจริงจัง คือ นอนพักจริง ๆ ไม่ลุกขึ้นเลย ยกเว้นเข้าห้องน้ำและรับประทานอาหารเท่านั้น ระยะเวลาพักควรสั้นที่สุดประมาณ 2-3 วัน และไม่ควรรานเกินหนึ่งสัปดาห์ เนื่องจากการนอนพักนานทำให้โครงสร้างต่าง ๆ โดยเฉพาะกล้ามเนื้ออ่อนแรงลง ควรนอนพักในท่าที่สบาย ซึ่งท่าที่สบายตามพื้นฐานสรีระร่างกายจะเป็นท่านอนหงาย เข่างอเล็กน้อยโดยใช้ผ้าห่มหรือหมอนเล็ก ๆ รองใต้เข่า ท่านนี้จะลดแรงเครียดของกล้ามเนื้อหลัง หรือเปลี่ยนเป็นท่านอนตะแคงข้าง งอเข่าเล็กน้อย และกอดหมอนข้าง ทั้งนี้ท่านอนที่เหมาะสมเมื่อนอนแล้วไม่ยุบหรือทำให้ลำตัวงอโค้งไปตามน้ำหนัก นอกจากนี้ควรสอนวิธีการลุกจากท่านอนให้ถูกต้องเพื่อป้องกันการบาดเจ็บ โดยให้นอนตะแคงก่อนแล้วใช้ค่อย ๆ แขนยันตัวลุกขึ้น (Jiraratphonchai, 2011)

1.2 การรักษาโดยใช้ยา จากการทบทวนวรรณกรรมแนวทางปฏิบัติในการรักษาด้วยยากลุ่มอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ได้แก่ 1) Acetaminophen มักจะเป็นตัวเลือกแรกที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง เป็นยาที่ไม่อยู่ในกลุ่มสารเสพติดฤทธิ์ของยาคือลดอาการปวด แต่ไม่มีผลด้านการอักเสบ อย่างไรก็ตามการบริโภคบ่อยครั้งเป็นเวลามากกว่า 21 วันต่อเดือนจะเพิ่มความเสี่ยงของความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ นอกจากนี้ยังมีผลข้างเคียง ทำให้เกิดภาวะตับวายเฉียบพลัน ดังนั้นไม่ควรรับประทานเกินจำนวนที่กำหนด 2) Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs) เป็นตัวเลือกที่สองสำหรับการรักษาอาการปวดหลังเรื้อรัง เพื่อบรรเทาอาการปวดและการอักเสบ 3) Antidepressants หรือยาด้านซึมเศร้า ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเป็นเวลานาน ๆ จะมีผลต่ออารมณ์และจิตใจ ยาด้านซึมเศร้าช่วยลดความวิตกกังวล ช่วยให้อารมณ์ดีขึ้น นอนหลับดีขึ้นและทำให้ทนต่อความเจ็บปวดมากขึ้น ยาด้านซึมเศร้ามีประโยชน์ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรัง 4) Muscle Relaxants หรือยาคลายกล้ามเนื้อ ใช้ในอาการปวดหลังที่มีกล้ามเนื้อเกร็งร่วมด้วย จึงนิยมใช้ยาคลายกล้ามเนื้อระยะเวลานั้นๆ ร่วมกับยาลดปวดหรือ NSAIDs 5) Anti-Convulsions หรือยากันชัก ยาในกลุ่มนี้ใช้รักษาในผู้ป่วยที่มีการ Neuropathic Pain และผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากการกดเบียดรากประสาท (Radicular Pain) และ 6) Steroids ยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทาน ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาลดปวด หรือ NSAIDs การให้ยารับประทานสเตียรอยด์ ผลการรักษาในช่วงระยะเวลานั้นๆ อาจช่วยลดอาการปวดจากการกดเบียดรากประสาทไขสันหลังได้ (Institute of Health Economics 2017; Jiraratphonchai, 2011)

1.3 การใช้กายอุปกรณ์เสริม อุปกรณ์เสริมที่ใช้อยู่ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง คือ อุปกรณ์พยุงหลัง วัตถุประสงค์ คือ ช่วยให้ผู้ป่วยระมัดระวังและจำกัดการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังระดับเอวในท่าทางที่จะทำให้อาการปวดเพิ่มขึ้น ควรใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อหลังและปวดค่อนข้างมาก และควรใส่เป็นช่วงสั้น ๆ ไม่เกิน 2 ชั่วโมง และถอดพักประมาณ 15-20 นาที แล้วกลับมาใส่หากมีความจำเป็นต้องใช้งาน ข้อเสียของการใช้เป็นเวลานานจะทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง ดังนั้น จึงควรลดระยะเวลาของการใส่ให้น้อยลงและเลิกใช้ให้เร็วที่สุดหลังจากที่อาการปวดเริ่มดีขึ้น (Jiraratphonchai, 2011)

1.4 กายภาพบำบัด เป็นการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพวิธีการหนึ่งโดยใช้เทคนิค วิธีการทางฟิสิกส์และเครื่องมือทางกายภาพบำบัด ภายใต้การดูแลของนักกายภาพบำบัด การทำกายภาพบำบัดสามารถช่วยลดการอักเสบด้วยเครื่องมือทางกายภาพบำบัดที่ให้ผลของความร้อนตื้นและลึก เช่น การประคบร้อน เครื่องอัลตราซาวด์ หรือเครื่องอบคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า เข้าไปช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือดและลดอาการปวด และเครื่องมือทางกายภาพบำบัดอื่น ๆ ตามความเหมาะสม เช่น การดึงหลัง เป็นการยืดเอ็น ข้อต่อ และกล้ามเนื้อ เพื่อเปิดช่องที่แคบหรือมีบางส่วนยื่นไปกดหมอนรองกระดูกอยู่ได้คลายออก นอกจากนี้นักกายภาพบำบัดจะใช้เทคนิคการบำบัดด้วยมือ (Manual Techniques) เช่น การกดเพื่อคลายกล้ามเนื้อ หรือในกรณีของผู้ที่ปวดหลังจากโรคหมอนรองกระดูกกดทับเส้นประสาทจะมีวิธีการที่เรียกว่า โมบิลไลส์ (Mobilize) คือการจัดดึงดัดข้อต่ออย่างค่อย ๆ เพื่อยืดข้อต่อหรือขยับให้

ข้อต่อที่ยึดติดส่งผลต่อฮอร์โมนกระดูกที่ยื่นออกมากลับคืนสู่ตำแหน่งเดิมซึ่งทำโดยนักกายภาพบำบัดที่มีเชี่ยวชาญเท่านั้น หลังจากบำบัดอาการปวดหลังสุดหรือทุเลาลง นักกายภาพบำบัดจะแนะนำท่าออกกำลังกายและท่าทางที่ถูกต้องในการดำเนินชีวิตประจำวันและการทำงานเพื่อไม่ให้กลับมาปวดหลังอีก ทั้งนี้การออกกำลังกายบำบัดต้องใช้เวลาและต้องทำอย่างต่อเนื่องโดยขึ้นอยู่กับอาการและระยะเวลาที่เป็น (Jiraratphonchai, 2011)

1.5 การรักษาการแพทย์ผสมผสานหรือแพทย์ทางเลือก เป็นศาสตร์เพื่อการวินิจฉัย การรักษาและการป้องกันโรคที่นอกเหนือจากศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นการปฏิบัติใด ๆ ที่ได้รับการอธิบายว่ามีผลในการรักษาโรคและตั้งอยู่บนพื้นฐานของ "หลักฐานเชิงประจักษ์" ที่มีการเก็บรวบรวมโดยใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ เช่น 1) การฝังเข็ม การฝังเข็มเป็นการแพทย์ทางเลือกที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง ส่วนมากจะนำมาใช้ในการรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง การฝังเข็มเป็นการกระตุ้นให้เลือดลมไหลเวียนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ดีขึ้น (Saiwadee, & Amarit, 2015) 2) การนวดไทย เป็นวิธีแบบดั้งเดิมของไทย เดิมเคยเรียกว่า การแพทย์แผนโบราณต่อมาใช้คำว่า การแพทย์แผนไทย เป็นภูมิปัญญาของบรรพบุรุษไทยในการบำบัดความเจ็บป่วยที่ได้สร้างสมจนเป็นที่ยอมรับ จากการศึกษาการนวดไทยรักษาอาการปวดหลังส่วนล่าง: กรณีศึกษาหมอพื้นบ้านในจังหวัดสงขลา พบว่า การนวดด้วยท่าแผลงศร ดังนั้นเมื่อนวดให้กล้ามเนื้อคลายตัวและปรับข้อกระดูก ให้โครงสร้างร่างกายสมดุลแล้ว จะลดอาการปวดหลังส่วนล่างได้ (Buatum, Roengsanthia, Jarukitsakul, & Inthanuchit, 2018)

2. ช่วงฟื้นฟูสมรรถภาพ

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง มีจุดประสงค์เพื่อการป้องกันการกลับไปมีอาการปวดหลังส่วนล่างซ้ำและรุนแรงมากขึ้น โดยการส่งเสริมให้มีพฤติกรรม การดูแลตนเองและการออกกำลังกายจากการทบทวนวรรณกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังสามารถช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจากอาการปวดได้ มีแนวทางในการดูแล ดังนี้

2.1 ส่งเสริมให้มีพฤติกรรม การดูแลตนเอง

2.1.1 การให้ความรู้ในการดูแลท่าทางที่ถูกต้องในการทำกิจวัตรประจำวันและการทำงาน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง ควรหลีกเลี่ยงท่าทางที่มีผลไปเพิ่มแรงดันต่อตัวหมอนรองกระดูกสันหลัง ได้แก่ ท่านั่งพับเพียบ ท่านั่งขัดสมาธิ ท่านั่งยอง ๆ ท่านั่งเหยียดขา โดยเฉพาะอย่างยิ่งท่านั่งยอง ๆ เพื่อทำกิจกรรมที่พื้น เช่น ถอนหญ้า ล้างรถ ทำความสะอาดพื้น ควรเปลี่ยนจากท่านั่งยอง ๆ มาเป็นท่าคุกเข่าหรือท่านั่งบนส้นเท้าแทน ควรหลีกเลี่ยงการอยู่ในท่านั่งนาน ๆ ทั้งนี้เนื่องจากมีงานวิจัยรายงานว่าหมอนรองกระดูกสันหลังจะมีการยุบตัวจากแรงกด เท่ากับ 6.65 มิลลิเมตรหลังจากการนั่งเป็นเวลา 25 นาที (Puntumetakul, 2006) แต่ถ้าหากอยู่ในห้องประชุมหรือห้องเรียนที่ไม่สามารถเปลี่ยนท่านั่งมาเป็นยืนหรือเดินได้ ควรเปลี่ยนท่านั่งบ่อย ๆ

2.1.2 การปรับสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ควรออกแบบสภาพงานให้เหมาะสมถูกต้องตามหลักกายศาสตร์ เช่น จัดระดับที่วางของให้เหมาะสมกับความสูงของแต่ละบุคคล ไม่ควรยกวัตถุจากที่ต่ำหรือที่สูงบ่อยจนเกินไป หลีกเลี่ยงการบิดหรือเอียงตัวในการยกของ หลีกเลี่ยงการยกวัตถุที่อยู่ห่างตัวจนเกินไป ควรหลีกเลี่ยงการทำงานที่อยู่ในท่าก้ม ๆ เงย ๆ เกิน 20 นาที และการยกของหนักเกินร้อยละ 15 ของน้ำหนักตัว รวมทั้งย่อเข่า และเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องร่วมด้วยในขณะที่ยก แต่ถ้าจำเป็นต้องยกหนักเกินน้ำหนักที่ยกต้องไม่เกินร้อยละ 15 ของน้ำหนักตัว (Yildirim, Sevtap, & Didem, 2014)

2.1.3 การควบคุมน้ำหนัก เนื่องจากน้ำหนักตัว (body mass) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการยุบตัวของหมอนรองกระดูกสันหลัง การมีน้ำหนักตัวที่มากเกินไปหรือโรคอ้วน จะทำให้กระดูกสันหลังต้องรองรับน้ำหนักเพิ่มขึ้น มีการปรับตัวของแนวกระดูกสันหลังที่ผิดปกติ ผู้ที่อ้วนลงพุงน้ำหนักตัวจะดึงอวัยวะไปทางด้านหน้าส่งผลให้โครงสร้างหลังแอ่นมากเกินไป เมื่อเวลาผ่านไปโครงสร้างหลังอาจสูญเสียความมั่นคง เกิดแรงกดที่บริเวณข้อต่อและหมอนรองกระดูกสันหลังมากเกินไป ทำให้เกิดการบาดเจ็บและอาการปวดหลังส่วนล่างได้ (Foster, 2011)

2.1.4 งดการสูบบุหรี่หรือยาสูบ การสูบบุหรี่ทำให้เกิดอาการไอเรื้อรังมีผลทำให้เกิดแรงดันในช่องท้องและหมอนรองกระดูกสันหลังนำไปสู่การเสื่อมของกระดูกเร็วขึ้น (Kasim, Sadak, Haytham, Alaa, & Samy, 2012)

2.1.5 การรักษาแบบสหวิทยาการ เป็นวิธีการรักษาแบบบูรณาการร่วมกันของสหวิชาชีพ ได้แก่ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม กายภาพบำบัด อาชีวบำบัดและการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ จุดประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อและทัศนคติของผู้ป่วยว่าอาการปวดหลังเรื้อรังสามารถแก้ไขได้ โดยสอนให้รู้ถึงวิธีการจัดการกับปัญหาที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการปวด (Steven, Apeldoorn, Chiarotto, Smeets, Ostelo, Guzman, & Tulder, 2015)

2.1.6 การรักษาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง เช่น โรงเรียนปวดหลัง (Back school) ถูกคิดค้นโดย Zachrisson-Forssell ประเทศสวีเดน ในปี 1969-1970 ใช้ชื่อว่า Swedish Back school เป้าหมายเพื่อจัดการและการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะปวดหลังซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง ประกอบด้วยโปรแกรมการสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะทางกายวิภาค ระบาดวิทยา การยศาสตร์ ปัจจัยด้านชีวกลศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ทำการทำงานและการทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ความยืดหยุ่น และความมั่นคงของกระดูกสันหลังส่วนล่าง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เร็วที่สุดแม้จะยังคงมีอาการปวดหลัง และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง (Heymans, Tulder, Esmail, Bombardier, & Koes, 2005)

2.2 การส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย

2.2.1 การบริหารร่างกายหรือการออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มความแข็งแรง ความยืดหยุ่น และความทนทาน ส่งผลทำให้โครงสร้างของกระดูกสันหลังมีความมั่นคงมากขึ้น สามารถป้องกันและควบคุมอาการปวดหลังส่วนล่าง เพิ่มความสามารถในการกลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและทำงานได้ตามปกติ (Schaller, Exner, Schroeder, Kleineke, & Sauzet, 2017)

2.2.2 การมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การทำงานบ้าน การเดินทาง และการประกอบอาชีพ ถ้าปฏิบัติอย่างเพียงพอทำให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ การส่งเสริมการทำกิจกรรมทางกายขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่าง ช่วยลดภาวะจำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพิ่มขึ้นและเป็นวิธีที่ง่าย สะดวก ประหยัด เพราะเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน สามารถปฏิบัติได้ทุกที่ทุกเวลา (Schaller, Exner, Schroeder, S. Kleineke, & Sauzet, 2017)

สรุป

อาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่ไม่ทราบสาเหตุส่วนใหญ่ขึ้นจากพฤติกรรมการใช้ท่าทางที่ไม่ถูกต้องในการใช้ชีวิตประจำวันและการทำงาน ที่ผู้ป่วยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ส่งผลทำให้ร่างกายต้องเคลื่อนไหวในท่าทางที่ผิดธรรมชาติ จนเกิดการบาดเจ็บต่อโครงสร้างหลัง เพราะฉะนั้นการสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นบุคลากรทีมสุขภาพ ผู้นำองค์กรต่าง ๆ และภาคเอกชน แม้แต่ตัวผู้ป่วยและครอบครัวเอง ต้องให้ความร่วมมือกันในการแก้ปัญหา เพื่อการจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่ไม่ทราบสาเหตุ และส่งเสริมปัจจัยที่เอื้อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ก่อนการเข้ารับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่ไม่ทราบสาเหตุ สามารถแบ่งออกเป็น 2 ช่วง เวลา คือ ช่วงที่มีอาการปวด ซึ่งจะเน้นให้ผู้ป่วยหยุดพักลดการเคลื่อนไหวของหลัง การทานยา การรักษาทางกายภาพบำบัด และการแพทย์ทางเลือกต่าง ๆ เพื่อช่วยในการลดอาการปวดให้แก่ผู้ป่วย และช่วงฟื้นฟูสมรรถภาพ ช่วงนี้จะเน้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ความยืดหยุ่น และความอดทน ส่งผลให้โครงสร้างหลังมีความมั่นคงมากขึ้นและช่วยในการควบคุมอาการปวดได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านโครงสร้าง ระบบ และกลไกการบริหารจัดการ ได้แก่

1.1 การสร้างความตระหนักและกระตุ้นให้ชุมชนเล็งเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ร่วมกับการเสริมแรงบันดาลใจและพลังในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ โดยชุมชน

จนเกิดเป็นปฏิกิริยาทางด้านสังคมและกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม และนำไปสู่ความร่วมมือในการพัฒนาอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม

1.2 การให้ข้อมูลข่าวสารและการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องชัดเจนแก่ผู้ป่วยและญาติ

1.3 การสร้างความพร้อมของทุกกลุ่มที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาที่เน้นการมีส่วนร่วม จนนำไปสู่ “ภาคีเครือข่าย” ที่มีความเข้มแข็ง ทั้งภายในและภายนอกของพื้นที่

1.4 การเสริมสร้างพลังอำนาจของภาวะผู้นำ ในระหว่างการพัฒนาและการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน

1.5 การพัฒนาระบบการส่งต่อภายในชุมชนและทีมสหวิชาชีพ รวมไปถึงการเชื่อมโยงกันระหว่างทุกภาคส่วน ทั้งภาคประชาชนและภาครัฐ

2. ด้านบุคลากรและชุมชน เป็นการสร้างความตระหนักในปัญหาและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ผู้ดูแลและชุมชนต้องได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะเฉพาะด้านจะทำให้มีความสามารถในการเชื่อมต่อและประสานความร่วมมือ กับเครือข่ายต่าง ๆ ที่จะเข้ามาสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจากลักษณะบริบทของครอบครัวคนไทย จะมีความรักใคร่ผู้พันซึ่งกันและกัน ทำให้ได้รับการสนับสนุนจากญาติ เครือญาติ และเพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชนต้องมีวิสัยทัศน์และมีความตระหนัก เล็งเห็นความสำคัญในการสนับสนุนทุก ๆ กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังในพื้นที่ ส่วนทีมสุขภาพต้องมีการทำงานร่วมกันอย่างเป็นบูรณาการในทุกสาขาสหวิชาชีพ

3. ด้านการออกแบบกิจกรรมบริการและสิทธิการรักษา ต้องมีการเตรียมความพร้อม สร้างความตระหนักของทุกภาคส่วนในชุมชนก่อน การให้บริการแบบองค์รวม เน้นการตอบสนองและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ มีการประยุกต์องค์ความรู้ และข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจ การจัดการต้องเป็นแบบบูรณาการในแนวราบและแนวตั้งเนื่องจากศูนย์บริการสุขภาพสู่ชุมชน และมีการให้บริการเชิงรุก และการเข้าถึงสิทธิในการรักษา และการรับบริการต้องมีความครอบคลุมทุกระดับของการให้การรักษา ซึ่งในปัจจุบันในการรับบริการผู้ป่วยยังมีสิทธิในการเข้ารับบริการยังไม่ครอบคลุมในการรักษาแบบผสมผสาน จึงมีผลทำให้การดำเนินการไม่เกิดประสิทธิภาพอย่างเต็มที่และขาดความยั่งยืน อย่างไรก็ตาม การผลักดันให้เกิดนโยบายต้องเกิดจากการศึกษาวิจัยเพื่อให้บุคลากรในหน่วยบริการภาครัฐได้รับรู้ถึงปัญหา ความต้องการ และเกิดการจัดทำนโยบายที่เอื้อต่อการพัฒนาระบบบริการ

4. ด้านการจัดการความรู้ การผลักดันและสนับสนุนให้ชุมชนเกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มถ่ายทอดประสบการณ์ซึ่งกันและกันระหว่างชุมชน ผ่านการจัดเวทีประชาคมหมู่บ้านภายในชุมชน โดยการประชุมและสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นบุคลากรทีมสุขภาพ ผู้นำองค์กรต่าง ๆ และภาคเอกชน แม้แต่ตัวผู้ป่วยและครอบครัวเอง ทำให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนับสนุนและผลักดันให้เกิดนวัตกรรมบริการสุขภาพที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะนำมาซึ่งความเข้าใจที่ตรงกันและมีเป้าหมายที่ชัดเจนของชุมชนและองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

5. ด้านทรัพยากร เน้นการสนับสนุนและระดมทุนในการส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมโดยชุมชนเป็นหลักอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง อีกทั้งยังสามารถรับการสนับสนุนจากภาคเอกชนที่จะเข้ามาสนับสนุนได้

6. ด้านแนวคิดการพัฒนา บนพื้นฐานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม สร้างความรู้ความเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วยและความตระหนักในการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง การใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาของชุมชน และทรัพยากรในชุมชนมาใช้ให้เกิดการพัฒนาในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย รวมทั้งการพัฒนาทักษะและความรู้เฉพาะด้านให้แก่ผู้ดูแลและ อสม.

7. ด้านการผลักดันนโยบายและกรอบกฎหมายธรรมนูญชุมชน โดยให้มีการนำกฎหมายคุ้มครองแรงงาน พ.ศ.2541 ในมาตรา 37 มาบังคับใช้อย่างจริงจังทั้งในภาคเอกชนและในชุมชน เพื่อเอื้อต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและการป้องกันไม่ให้เกิดการบาดเจ็บของโครงสร้างหลัง จากการทำงานหรือการใช้ชีวิตประจำวัน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายและข้อบังคับต่าง ๆ

References

- Adams, M. (2005). "The Biomechanics of Back Pain." *Acupuncture in Medicine: Journal of The British Medical Acupuncture Society*, 22, 178–88.
- Airaksinen, O., Brox, J. I., Christine, C., Jan, H., Jennifer, K. M., Francisco K. et al. (2006). "European Guidelines for the Management of Chronic Nonspecific Low Back Pain." *European Spine Journal*, 15(Suppl 2), S192.
- Allen R. L., & Karen, H. (2009). "Chronic Low Back Pain: Evaluation and Management." *American Family Physician*, 79(12), 1067–74.
- Aungsirikul, S., Pakdevon, N. & Binhosen, V. (2016). "Factors Related to Health Promotion Behaviors in Patients with Low Back Pain." *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 24(1), 39–50. (in Thai)
- Bogdan, P., Souraya, T., James, W. G., Gildasio, D. O., Kristine H., Ali, M., et al. (2015). "Smoking Increases Risk of Pain Chronification through Shared Corticostriatal Circuitry." *Human Brain Mapping*, 36(2), 683–94. doi: 10.1002/hbm.22656
- Buatum, N., Roengsanthia, M., Jarukitsakul, S. & Inthanuchit, K. S. (2018). "Thai Massage of Low Back Pain Treatment: A Case Study of Folk Healer in Songkhla Province." *Thaksin. J*, 21(1), 21-29. (in Thai)
- Chaiklieng, S. & Pannak, A. (2017). "Health Risk Assessment of Shoulder Pain among Electronic Workers." *J Public Health*, 47(2), 212–21. (In Thai)
- Dagenais, S., Jaime, C. & Scott, H. (2008). "A Systematic Review of Low Back Pain Cost of Illness Studies in the United States and Internationally." *The Spine Journal: Official Journal of the North American Spine Society*, 8(1), 8-20.
- Foster, N. E. (2011). "Barriers and Progress in the Treatment of Low Back Pain." *BMC Medicine*, 9, 108.
- Glattacker, M., Katja H. & Cornelia M. (2012). "Illness Beliefs, Treatment Beliefs and Information Needs as Starting Points for Patient Information--Evaluation of an Intervention for Patients with Chronic Back Pain." *Patient Education and Counseling*, 86(3), 378–89. doi.org/10.1016/j.pec.2011.05.028
- Heymans, M. W., van Tulder, M W., Esmail R., Bombardier, C. & Koes, B. W. (2005). "Back Schools for Nonspecific Low Back Pain: A Systematic Review within the Framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group." *Spine*, 30(19), 2153–63. doi: 10.1097/01.brs.0000182227.33627.15
- Hoy, Damian, Brooks, P., Blyth, F. & Buchbinder, R. (2010). "The Epidemiology of Low Back Pain." *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 24(6), 769-81.
- Institute of Health Economics. (2017). "Evidence-Informed Primary Care Management of Low Back Pain." Retrieved September 5, 2019 (http://www.topalbertadoctors.org/cpgs/?sid=65&cpg_cats=90 &cpg_info=59).
- Jalali, Z. M., Azadeh F. & Maryam E. V. (2019). "Effect of Cognitive-Behavioral Training on Pain Self-Efficacy, Self-Discovery, and Perception in Patients with Chronic Low-Back Pain: A Quasi-Experimental Study." *Anesthesiology and Pain Medicine*, 9(2), e78905.

- Jiraratphonchai, K. (2011). *Spine Disease Empirical Evidence, Book 1*. (1st edition). Khon Kaen: Khon Kaen University Printing. (in Thai)
- Kasim, K., Sadak, E. L., Haytham, H., Alaa, A. W. & Samy S. (2012). “Prognostic Factors of Short-Term Outcome of Low Back Pain in Patients Attending Health Insurance Clinics in Sharkia Governorate, Egypt.” *ISRN Public Health* 2012.doi:10.5402/2012/294895
- Maher, C., Martin U. & Rachelle, B. (2017). “Non-Specific Low Back Pain.” *The Lancet*, 389(10070), 736–47. doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30970-9
- Ministerial, R. (2004). *Labor Protection Act, B.E. 2541 (1998)*. Published in the Government Gazette, Volume 121, Section 35, Dated June 10, 2004.
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS). (2019). “*Low Back Pain Fact Sheet / National Institute of Neurological Disorders and Stroke*.” Retrieved September 5, 2019 (<https://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver-Education/Fact-Sheets/Low-Back-Pain-Fact-Sheet>).
- Puntumetakul, R. (2006). *Vertical Spinal Creep*. PhD Thesis, University of South Australia.
- Ramond, A., Céline B., Isabelle R., Yves R., Christophe B., Erick L. et. al. (2011). “Psychosocial Risk Factors for Chronic Low Back Pain in Primary Care—a Systematic Review.” *Family Practice*, 28(1), 12–21. doi.org/10.1093/fampra/cmz072
- Rungkan, P., Chanprasit, C. & Kaewthummanukul, T. (2013). “Working Posture and Musculoskeletal Disorders among Rubber Plantation Workers.” *Nursing Journal*, 40(1), 1–10. (in Thai)
- Saiwadee, S. & Amarit, P. (2015). “Clinical Trials of Acupuncture Treatment of Back Pain at Ayutthaya Hospital and Banlat Hospital.” in “*Create and Develop to Advance Towards the ASEAN Community*” 2nd time. Nakhon Ratchasima College, Muang District, Nakhon Ratchasima Province. (In Thai)
- Schaller, A., Exner, A. K., Schroeder, S., Kleineke, V. & Sauzet, O. (2017). *Barriers to Physical Activity in Low Back Pain Patients Following Rehabilitation: A Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial*. BioMed Research International 2017. doi.org/10.1155/2017/6925079
- Shaw, W. S., Paul, C., Candace, C., Nelson, Chris J. M. & Steven, J. L. (2013). Effects of Workplace, Family and Cultural Influences on Low Back Pain: What Opportunities Exist to Address Social Factors in General Consultations?. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 27(5), 637–48.
- Shiri, R., Karppinen, J., Päivi L. A., Solovieva, S. & Eira V. J. (2010). The Association between Obesity and Low Back Pain: A Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology* 171(2), 135–54.
- Sofi, F., Molino, L. R., Nucida, V., Taviani, A., Benvenuti, F., Stuart, M. et. al. (2011). Adaptive Physical Activity and Back Pain: A Non-Randomised Community-Based Intervention Trial. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 47(4), 543–49.
- Steven, J. K., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J. E. M., Ostelo, R. W. J. G., Guzman, J. & van Tulder, M. W. (2015). Multidisciplinary Biopsychosocial Rehabilitation for Chronic Low Back Pain: Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. *BMJ*, 350, h444. doi.org/10.1136/bmj.h444

- Traeger, A., Rachelle, B., Ian, H. & Chris, M. (2017). Diagnosis and Management of Low-Back Pain in Primary Care. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 189(45), 1386-95. doi: 10.1503/cmaj.170527.
- Untimanon, O., Boonmeepong, K., Saipang, T., Sukanun, K., Promrat, A., Julraung, P. et al. (2016). Burden of back pain among working populations. *Department of Disease Control*, 42(2), 119–29. (in Thai)
- Vos, T., Abraham, D. Flaxman, Mohsen, N., Rafael, L., Michaud, C. at al. (2012). Years Lived with Disability (YLDs) for 1160 Sequelae of 289 Diseases and Injuries 1990-2010: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet (London, England)*, 380(9859), 2163–96.
- Wheeler, S. G., Wipf, J. E., Staiger, T. O., Deyo, R. A. & Jarvik, J. G. (2016). *Evaluation of Low Back Pain in Adults*. UpToDate. April 27.
- Wong, A. Y. L., Karppinen, J. & Samartzis, D. (2017). “Low Back Pain in Older Adults: Risk Factors, Management Options and Future Directions.” *Scoliosis and Spinal Disorders*, 12(1), 14.
- Wong-on, C. & Phanmanee, A. (2015). The Effect of a Physiotherapy Teaching Program Based on to Rosenstock’s Health Belief Model on Self-Care and Exercise Behavior of Post Spinal Fusion Surgery Patients. *Journal of Behavioral Science*, 21(1), 23–38. (in Thai)
- Wongwilairat, K. (2011). *Potential Development for Self-Care Low Back Pain People: Ban Nonsaad Moo2, Nonsaad Sub-District, Nonsaad District, Udonthani Province*. Master of Public Health Thesis in Public Health Administration, Graduate school, Khon Kaen University, Khon Kaen. (in Thai)
- Yildirim, Y., Sevtap, G. & Didem, K. (2014). Identifying Factors Associated with Low Back Pain among Employees Working at a Package Producing Industry. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 27(1), 25-32.

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

กองบรรณาธิการ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ขอเชิญสมาชิก และ ผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านการสอน การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์ เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ 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, ซ้าย-ขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และ **รายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า**
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 (หนา) อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุ ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 (หนา) ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรง กับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์ และ e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 1 หน้าต่อบทคัดย่อ **จำนวนคำในบทคัดย่อภาษาไทยไม่เกิน 400 คำ และภาษาอังกฤษไม่เกิน 400 คำ**
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา)
7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อย่อยให้ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดอักษร 15 (หนา)
8. การใช้ตัวเลขคำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning

9. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 3 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวขอละ 0.5 เซนติเมตร และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข เช่น

- 1.
- 1.1
- 1.1.1
- 1.1.1.1
- 1)
- 1.1)
-

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตารางและระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้น ๆ เว้นบรรทัดเหนือชื่อตาราง และเหนือรูปภาพ 1 บรรทัด และเว้นใต้ตาราง และใต้ชื่อภาพ 1 บรรทัด และจัดเรียงตามลำดับหรือหมายเลขที่อ้างถึงในบทความ คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือสีก็ได้ ภาพต้องเป็นภาพที่มีความคมชัด ส่วนภาพเขียนลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาดที่เหมาะสม กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาใต้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย

11. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐานวิจัย (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
 - การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- References

บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
- Population and Sample
- Research Instrument
- Validity and Reliability of the Research Instrument
- Data Collection
- Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- Discussion
- Implication of the Results
- Recommendation for Further Study
- References

12. บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ
- Abstract
- บทนำ
- เนื้อเรื่อง (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่อการนำเสนอตามลำดับ)
- สรุป
- ข้อเสนอแนะ
- References

บทความวิชาการ (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Content (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่อการนำเสนอตามลำดับ)
- Conclusion
- Suggestion
- References

13. 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 ถ้ามามากกว่า 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.” สำหรับบทความหนังสือหรือเอกสาร 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

ให้ส่งทางระบบออนไลน์มาที่ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ผ่านเว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet> หรือ <https://www.tci-thaijo.org/> โดยระบุชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทร ของผู้พิมพ์ (Corresponding) เพื่อวารสารฯ ติดต่อกลับ

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ มีกำหนดออก 3 ฉบับต่อปี คือ ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน) ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม) ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม)

รายการตรวจสอบก่อนส่งบทความ

1. บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. หากเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือปริญญาโทต้องผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย
3. บทความจะต้องพิมพ์ภายใต้รูปแบบตามที่วารสารกำหนดอย่างเคร่งครัด
4. บทความที่ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่จะต้องแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงวุฒิ หรือกองบรรณาธิการก่อนจึงจะถือว่าหนังสือรับรองการตีพิมพ์จะสมบูรณ์ หากไม่แก้ไขจะถือสิทธิ์ว่าไม่สมบูรณ์ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการใด ๆ ทั้งสิ้น

เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ

1. บทความต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ และวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหา บทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 3 ท่านต่อบทความ โดยผู้พิจารณาบทความ (Peer - review) จะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double blind) และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
2. บทความต้องได้รับการยอมรับการตีพิมพ์จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน จึงจะได้รับการตีพิมพ์ หากผู้ทรงคุณวุฒิท่านใดท่านหนึ่งปฏิเสธการตีพิมพ์ (Reject) ถือว่าบทความนั้นปฏิเสธการตีพิมพ์
3. บทความต้องจัดพิมพ์ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด
4. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ด้วยระบบออนไลน์
5. วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสม และความคิดเห็นของผู้เขียน
6. วารสารฯ จะดำเนินการ เก็บค่าตีพิมพ์หลังจากบรรณาธิการวารสารตอบรับการตีพิมพ์ ซึ่งจะมี e-mail แจ้งเตือนการตอบรับ และแจ้งรายละเอียดชำระค่าตีพิมพ์ โดยส่ง e-mail ผ่านเว็บไซต์ Thaijo2 ในบทความที่ท่าน submission มา
7. ผู้เขียนต้องชำระการตีพิมพ์บทความ
 - 7.1 ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน
 - บทความภาษาไทย จำนวน 5,000 บาท
 - บทความภาษาอังกฤษ จำนวน 6,000 บาท
8. อาจารย์ นักศึกษา ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ไม่ต้องชำระค่าตีพิมพ์

2.54 ซม.

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หน้า) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ เช่น
Happiness Organization Development, Personnel (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญ
ภาษาไทย)

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

(enter ขนาด 15)

วัตถุประสงค์วิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

(enter ขนาด 15)

สมมติฐาน (ถ้ามี) (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

(enter ขนาด 15)

กรอบแนวคิดการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

หากมีภาพกรอบแนวคิด ให้ใส่ชื่อภาพไว้กึ่งกลางใต้ภาพ เช่น



ภาพ 1 (หนา)(ชื่อภาพไม่หนา)..... ขนาด 15

(enter ขนาด 15)

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา) หาก
มีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข.....

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข.....

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข.....

การวิเคราะห์ข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข.....

(enter ขนาด 15)

จริยธรรมวิจัย (ขนาด 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

(enter ขนาด 15)

ผลการวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

1. ข้อมูลทั่วไป

(enter ขนาด 15)

ตาราง 1ชื่อตาราง..... (ตาราง 1 ขนาด 15 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 15 ไม่หน้า)
ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หน้า) เนื้อหา (ไม่หน้า)

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
เพศ		
หญิง (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ชาย (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

ที่มา: (ถ้ามี)

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

(enter ขนาด 15)

ตาราง 2ชื่อตาราง..... (ตาราง 1 ขนาด 15 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 15 ไม่หน้า)
ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หน้า) เนื้อหา (ไม่หน้า)

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
สมรรถนะการพยาบาล		
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 15)

อธิบายตาราง (เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

.....

(enter ขนาด 15)

อภิปรายผล (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

.....

(enter ขนาด 15)

การนำผลการวิจัยไปใช้ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

.....

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

.....

(enter ขนาด 15)

References (ขนาด 16 หน้า)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 และถัดไป (1.25 ซม.) และการอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ และการอ้างอิงต้องมีใน references และ บทความ เช่น

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)

สามารถศึกษาการอ้างอิงได้ตามรายละเอียดข้างต้น

2.54 ซม.

(enter ขนาด 15)

References (ขนาด 16 หน้า)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 (1.25 ซม.) และการอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ มี
ใน references และ บทความ เช่น

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)

สามารถศึกษาการอ้างอิงได้ตามรายละเอียดข้างต้น



ใบชำระค่าตีพิมพ์บทความ
วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

ประเภท ☐ บุคคล ☐ หน่วยงาน
ออกใบเสร็จในนาม

ชื่อ-นามสกุล.....
ที่อยู่จัดส่งเอกสาร.....
เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....

มีความประสงค์จะ

- ☐ ค่าธรรมเนียมตีพิมพ์บทความ (ผู้ทรงฯ 3 ท่าน)
- ☐ สำหรับบุคคลภายนอก (บทความภาษาไทย) เป็นเงิน 5,000 บาท (ห้าพันบาทถ้วน)
- ☐ สำหรับบุคคลภายนอก (บทความภาษาอังกฤษ) เป็นเงิน 6,000 บาท (หกพันบาทถ้วน)

ชื่อบทความ

ชื่อผู้เขียนทั้งหมด.....

โดยได้ชำระเป็น

- ☐ เงินสด
- ☐ เช็ค/ตัวแลกเงิน/ดราฟ ส่งจ่ายในนาม “วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา”

ลงนามผู้สมัคร

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: 1) หากท่านชำระเงินแล้ว ให้ส่งหลักฐานมายัง e-mail: sc.net.journal@gmail.com
2) ส่ง เช็ค/ตัวแลกเงิน/ดราฟ มายังที่อยู่ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา 64 ถ.รามวิถี ต.บ่อทราย อ.เมือง จ.สงขลา 90000

ติดต่อสอบถาม: โทร. 098-016-9474 , 074-311-890 ต่อ 623 หรือ e-mail: sc.net.journal@gmail.com

สำหรับเจ้าหน้าที่

บทความปีที่.....ฉบับที่.....รหัสบทความ.....

ใบเสร็จเลขที่.....เล่มที่.....วันที่ออกใบเสร็จ.....เจ้าหน้าที่การเงิน.....