

กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล

ประจำปี พ.ศ. 2563 – 2564

ที่ปรึกษาภายในสถาบันพระบรมราชชนก

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1. อ.ดร.พรฤดี นิธิรัตน์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา |
| 2. อ.ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา จังหวัดนนทบุรี |
| 3. อ.ดร.ทัศนีย์ เกริกกุลธร | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สระบุรี |
| 4. อ.ศุภิสรา สุวรรณชาติ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา |
| 5. อ.ดร.วิไลพร รังควัต | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา |
| 6. อ.ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สุรินทร์ |
| 7. อ.ดร.พัชรวิภา ใจการุณ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สรรพสิทธิ์ประสงค์ |

บรรณาธิการ

อ.ดร.ปรารภทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

อ.ดร.สุหทัย โตสังวาลย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

กองบรรณาธิการบุคคลภายใน

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. อ.ดร.อดิพร สำราญบัว | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก |
| 2. อ.ดร.จิรณัฐ สมโชค ไวกว | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก |
| 3. อ.ดร.วิภากรัตน์ สุวรรณไวพัฒนา | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก |

กองบรรณาธิการบุคคลภายนอก

- | | |
|--|---|
| 1. รศ.ดร.รัชนี สุจิตจันทร์รัตน์ | มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 2. รศ.ดร.ศิริพันธุ์ ศรีพันธุ์ | มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ |
| 3. รศ.ดร.จันทร์ทิรา เขียวฉิม | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 4. ผศ.ดร.สุรีย์ ขรรหมิกบวร | มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| 5. ผศ.ดร.จิตาภา ผูกพันธ์ | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 6. ผศ.ดร.หทัยชนก บัวเจริญ | มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 7. ผศ.ดร. มะลิ โพธิ์พิมพ์ | มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 8. อ.ดร.สุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบรมันน์ | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 9. อ.ดร.วิไลวรรณ ปะธิเก | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (องครักษ์) |
| 10. อ.ดร.สรินทิพย์ ทวีเดช | มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| 11. อ.ดร.ปณิศา ครอบงำ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร อุบลราชธานี |
| 12. อ.ดร.รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ | มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 13. พว.ดร.เพ็ญศรี รักษ์วงศ์ | โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา |
| 14. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ้นพรมมี | ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา |
| 15. พว.ดร.เกษราภรณ์ เกนบุปผา | โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำกองบรรณาธิการ

- | | |
|---------------------------|---------------------------------------|
| 1. ผศ.ธนวัฒน์ ธิติชนานนท์ | มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา (สถิต) |
| 2. Mr. Kent Hamilton | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ภาษาอังกฤษ) |

**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้พิจารณาและกลั่นกรองผลงานวิชาการ
บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล
ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม- ธันวาคม) 2563
ได้ผ่านการพิจารณาและกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิเรื่องละ 2 – 3 ท่าน**

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกสถาบันพระบรมราชชนก

- | | |
|--|---|
| 1. อ.ดร.กุลระวี วิวัฒน์ชีวิน | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 2. พว.ดร.เกษราภรณ์ เคนบุปผา | โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| 3. อ.ดร.ชนิษฐา วิเศษภู์เจริญ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 4. ผศ.ดร.จิตาภา ผูกพันธ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 5. ผศ.ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 6. พว.ทิพวรรณ บัวทอง | โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ |
| 7. รศ.ดร.ประไพศรี สิริจักรวาล | สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 8. รศ.ดร.รัชนี สุจินทรรัตน์ | ฝ่ายแผนและพัฒนา มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 9. รศ.ดร.รัตน์ศิริ ทาโต | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 10. ผศ.ดร.วันทนา ถิ่นกาญจน์ | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 11. ผศ.ดร.วรรณวดี ฌัก | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 12. อ.ดร.วิไลวรรณ ปะธิเก | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 13. อ.ดร.สุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โปร้แมนน์ | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 14. อ.ดร.สรินทิพย์ ทวีเดช | คณะบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| 15. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี | ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา |
| 16. อ.ดร.สุดาพร สถิตยยุทธการ | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 17. พว.ดร.สุพัตรา สุขาวห | โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| 18. ผศ.ดร.หทัยชนก บัวเจริญ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิภายในสถาบันพระบรมราชชนก

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. อ.ดร.กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์ | วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี |
| 2. อ.ดร.กมลพรรณ วัฒนากร | วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี |
| 3. อ.ดร.กัลยารัตน์ อนนทร์รัตน์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ |
| 4. อ.ดร.ณัฐ ทอลเตอร์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง |
| 5. อ.ดร.ปัฐยาวัชร ปรางภูผล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท |
| 6. ภก.ไพสิฐ จิรรัตนโสภ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา |
| 7. อ.ดร.ยุพาวดี ชันทบัลลัง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี |
| 8. อ.ดร.วิไลพร รังควัต | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา |
| 9. อ.ดร.สายชล จันทร์วิจิตร | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช |

10. อ.ดร.สุชีวา วิชัยกุล
11. อ.ดร.สุริดา อินทรเพชร
12. อ.ดร.อดิพร สำราญบัว
13. อ.ดร.อรัญญา นามวงศ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

สารบัญ

เรื่อง

หน้า

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

การเรียนรู้การสอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในนักศึกษาพยาบาลไทย: 7-22

การทบทวนขอบเขตวรรณกรรม

วิริยา โพธิ์ขวาง, วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ, ชุติพร หิโตอักษร, ไสริศรีย์ แพน้อย,
และจิตติพร ศรียะเกตุ

ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 23-36

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

นภวรรณ ปาณาราช, และจิตรภินันท์ ศรีจักรโคตร

ปัจจัยทำนายสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาล 37-52

บรมราชชนนี นครราชสีมา

อติพร สำราญบัว, และเบญจมาศ ทำเจริญตระกูล

รูปแบบและปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารพร้อมรับประทานที่ซื้อจากร้านสะดวกซื้อ 53-65

ของนักศึกษาพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

รสสุคนธ์ พิไชยแพทย์, วรรณ ชนานุภาพไพศาล, สุชาภา คล้ายมณี, ผกาทิพย์ สิงห์คำ,
ศรีสุพรรณ นันทไพบุลย์, และอุษณัฏฐ์วรรณ เคล้ากระโทก

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฝากครรภ์ต่อความตระหนักรู้และความตั้งใจในการ 66-81

มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ในเขตอำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี

จินตนา ใจมั่น, พรทิพย์ ปัญญาสิทธิ, พรฤดี นิธิรัตน์, สายใจ จารุจิตร, และนิจวรรณ วีรวัฒน์โนดม

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก 82-97

โรงพยาบาลตราง

อศรัย พิชัยรัตน์, เบญจวรรณ ช่วยแก้ว, และจันทร์เพ็ญ เลิศนวนวัฒนา

การพัฒนาแบบแผนการจัดการโครงการมุ่งประสิทธิผลในการป้องกันและแก้ไขปัญหานามัย 98-111

เจริญพันธุ์ในกลุ่มเยาวชน จังหวัดแพร่

ปริยรัตน์ จิระพงษ์สุวรรณ

เรื่อง

หน้า

- ผลการใช้สื่อวีดิทัศน์สองภาษาต่อความรู้และทักษะการทำอาหารทางสายสำหรับผู้ป่วย
ที่ใส่สายให้อาหาร โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก 112-125
ณัฐฐครันธุ์ วงศ์เตชะ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, และวิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ
- ความรู้ทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 126-140
ในอำเภอนิคมน้ำอุ่น จังหวัดสงขลา
*วิชุดา แสงเพชร, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, ฝนทิพา โคตรนาลา, ปฐมาวดี ดวงกันยา,
และชนกันันท์ แสนสุนนท์*
- การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหารโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับ 141-160
กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
กาญจนา พรหมทอง, อาภรณ์ทิพย์ บัวเพชร, และปิยะนุช จิตตุนนท์
- ฉากชีวิตการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานภายใต้บริบทชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 161-174
ประเทศไทย
*เบญจยามาศ พิลายนต์, เจริญชัย หมั่นห่อ, เนาวรัตน์ เสนาไชย, สงกรานต์ นัคนุญ,
และสุขมาพร พึ่งผาสุก*
- ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ใน 175-188
สถานสงเคราะห์คนชรา จังหวัดนครราชสีมา
สุหทัย ไตสังวาลย์
- บทความวิชาการ**
- การเรียนรู้การสอนแบบออนไลน์ในการศึกษาพยาบาลภายใต้สถานการณ์การระบาด 189-202
ของโรค COVID-19
พิเชษฐ แซ่โซว, ชุศักดิ์ ยืนนาน, และนริญา เพียรสูงเนิน
- ทวารเทียม: บทบาทพยาบาลและประเด็นสำคัญในการดูแล 203-213
ศุภิสรา สุวรรณชาติ, ศาสดี สายทอง แฮมิลตัน, พิชญาณ์ภูงษ์ แก้วอำไพ, และสุวิมล มณีโชติ
- กลยุทธ์การส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน 214-225
กฤตกร หมั่นสระเกษ, ณิชกานต์ วงษ์ประกอบ, ไร่ไพ หมั่นสระเกษ, และสุกัญญา จุลละสุวรรณ
- การเจริญสติเป็นฐานในผู้ติดสุรา: การประยุกต์ใช้ในการพยาบาล 226-237
ทยาวิรุ จันทรวิวัฒน์, นุปผา ใจมั่น, และสุนทีย บัญเกิด

บทบรรณาธิการ

เรียน ท่านผู้อ่านและสมาชิกวารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล

วารสารฉบับนี้ เป็นปีที่ 26 ฉบับที่ 2 ซึ่งเป็นฉบับที่สองที่เผยแพร่ในรูปวารสารออนไลน์เพียงอย่างเดียว ดิฉันและกองบรรณาธิการจึงขอขอบคุณผู้แต่งและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการผลิตบทความที่มีคุณภาพเหล่านี้ ในฉบับนี้กองบรรณาธิการได้ดำเนินการคัดกรองบทความในระบบของ ThaiJo มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนบทความทั้งหมด และมีแผนจะดำเนินการในระบบให้ครบทุกเรื่องในฉบับต่อไป รวมทั้งการพัฒนาทีมงานเพื่อให้สามารถออนไลน์บทความแบบเรียลไทม์ (On-line real time articles) ในอนาคต

ในวารสารฉบับนี้กองบรรณาธิการได้เลือกบทความตีพิมพ์ที่มีสาระครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพและการศึกษาพยาบาลดังเจตนารมณ์ของวารสารเหมือนเช่นเคย โดยบทความด้านการศึกษาพยาบาลเป็นรายงานการทบทวนขอบเขตวรรณกรรม เรื่องการเรียนการสอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในนักศึกษาพยาบาลไทย การศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงในหอผู้ป่วย และปัจจัยทำนายสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ส่วนบทความด้านสุขภาพนั้นมีครอบคลุมทุกสาขาหลัก เช่น ด้านการพยาบาลมารดาและทารก ได้แก่ รายงานวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฝากครรภ์ต่อความรู้ ความตระหนักและความตั้งใจในการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ด้านการพยาบาลเด็ก คือ เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ป่วยเด็ก ด้านการพยาบาลศัลยกรรม ได้แก่ บทความวิชาการเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลและประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทวารเทียม ด้านการพยาบาลอายุรกรรมได้มุ่งเน้นไปยังกลุ่มผู้ที่มีภาวะเบาหวาน เช่น รายงานวิจัย เรื่องความฉลาดทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน และบทความวิชาการ เรื่องการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน เป็นต้น ด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน ได้แก่ การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหารโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ได้แก่ รายงานผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา

นอกจากนี้ยังมีบทความวิชาการเกี่ยวกับการเรียนการสอนแบบออนไลน์ในการศึกษาพยาบาลภายใต้สถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อเป็นแนวทางสำหรับอาจารย์พยาบาลทุกท่าน ทั้งนี้บรรณาธิการหวังว่าบทความเหล่านี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง

อ.ดร.ปรังทิพย์ ทาสนาะ เอลเทอร์

บรรณาธิการ

การเรียนรู้การสอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในนักศึกษาพยาบาลไทย: การทบทวนขอบเขตวรรณกรรม

วิริยา โพธิ์ขวาง, Ph.D.¹

วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ, Ph.D.²

ชลีพร หิตอักษร, M.N.S.¹

โสทรศรีย์ เพ็ญน้อย, M.Ed.³

จิตติพร ศรียะเกตุ, M.N.S.⁴

(วันที่ส่งบทความ: 7 กุมภาพันธ์ 2562; วันที่แก้ไข: 10 เมษายน 2562; วันที่ตอบรับ: 19 กรกฎาคม 2562)

บทคัดย่อ

หลักสูตรและการฝึกอบรมเพื่อการเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองยังมีน้อย และไม่มีรายงานวิจัยที่ทบทวนขอบเขตหรือสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้ในนักศึกษาพยาบาลไทย งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนขอบเขตวรรณกรรมที่เกี่ยวกับงานวิจัยและหลักสูตรการเรียนการสอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในนักศึกษาพยาบาลไทย ที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 - 2562 ในฐานข้อมูลงานวิจัยไทย (ThaiLIS) ฐานข้อมูลของมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ฐานข้อมูลวารสารไทย (ThaiJO) เว็บไซต์ขององค์กรที่เกี่ยวข้องด้านการศึกษายพยาบาลและ Google Scholar รวมถึงงานวิจัยและหลักสูตรที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ ผลการทบทวนขอบเขตวรรณกรรมพบว่าม้งานวิจัย 5 ชื่อเรื่องที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การทบทวนโดยแบ่งเป็นการเรียนการสอนแบบเสริมหลักสูตร 3 ชื่อเรื่อง แบบรายวิชา 1 ชื่อเรื่อง และรูปแบบการเรียนรู้ 1 ชื่อเรื่อง รูปแบบการเรียนการสอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นแบบบรรยาย ร่วมกับการฝึกประสบการณ์เสมือนจริง และประสบการณ์จริง ทฤษฎีที่ใช้ในการจัดการเรียนการสอนคือ ทฤษฎีการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง และทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ ประเมินประสิทธิผลและผลลัพธ์การเรียนรู้ของการเรียนการสอนด้วยการประเมินความรู้ เจตคติ และทักษะการปฏิบัติ ตลอดจนประเมินผลลัพธ์เฉพาะต่อแนวคิดหรือทฤษฎีที่ใช้ในการเรียนการสอน ผลพบว่าการเรียนการสอนในการศึกษาดังกล่าวเพิ่มสมรรถนะผู้เรียนด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ดังนั้นผู้บริหารการศึกษายพยาบาล และผู้ที่เกี่ยวข้องด้านการจัดการศึกษายพยาบาลสามารถนำผลการศึกษาค้นคว้าไปเป็นแนวทางการปรับปรุงหลักสูตรยพยาบาลศาสตรบัณฑิตด้วยการเพิ่มรายวิชาการยพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองเข้าไปในหลักสูตร

คำสำคัญ: นักศึกษาพยาบาลไทย, การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง, การเรียนการสอน

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญบุรีธานี สถาบันพระบรมราชชนก

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญบุรีธานี สถาบันพระบรมราชชนก

⁴พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

¹Corresponding author: วิริยา โพธิ์ขวาง, E-mail: wiriya@bcnsurat.ac.th

Palliative Care Education in Thai Nursing Students: A Scoping Review

Wiriya Phokhwang, Ph.D.¹

Wiparat Suwanwaiphatthana, Ph.D.²

Chuleeporn Heetakson, M.N.S.¹

Soratree Phaenoi, M.Ed.³

Jittiporn Srisaket, M.N.S.⁴

(Received: February 7th, 2019; Revised: April 10th, 2019; Accepted: July 19th, 2019)

Abstract

There are limited training courses designed to prepare registered nursing students for providing palliative care. Prior to this research, no study had been conducted to review or synthesize research studies regarding palliative care education among Thai nursing students. This study aimed to conduct a scoping review of the studies and extra-curriculum course development on palliative care among Thai nursing students. The reviewed studies and courses which had been done from 2007 until 2019 and includes those which were either published or unpublished and found in Thai research databases (ThaiLIS), university databases, Thai journal databases (ThaiJO), websites of academic nursing organizations, or Google Scholar. The scoping review revealed that there were five studies or courses: three extra-curriculum courses, one regular course among the other courses within the normal baccalaureate nursing degree coursework, and one learning model of palliative care education related to Thai nursing students. Teaching strategies for palliative care education included both didactic and experiential strategies, using simulation based learning and clinical practice. Transformative and experiential theories were applied in the education. The effectiveness and learning outcomes of the education and training were assessed based on the students' palliative care knowledge, attitudes, and practice, as well as specific outcomes outlined by the concepts and theories of the courses and modules. Education and training in the studies showed an improvement in the Thai nursing students' competencies in palliative care. Therefore, the administrative nursing educators and nursing education-involved parties can utilize the results of this study to improve the curriculum for undergraduate nursing education with the inclusion of palliative care courses into the programs of study.

Keywords: Thai nursing students, palliative care, education

¹Registered Nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Surattani, Praboromarajchanok Institute

²Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima, Praboromarajchanok Institute

³Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Surattani, Praboromarajchanok Institute

⁴Registered Nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj, Praboromarajchanok Institute

¹Corresponding author: Wiriya Phokhwang, E-mail: wiriya@bcsurat.ac.th

บทนำ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การเจ็บป่วยระยะวิกฤต เรื้อรัง รวมถึงการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตจนถึงระยะสุดท้ายและใกล้ตาย ดังนั้นพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นการบริการสุขภาพหนึ่งใน 18 บริการของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ปี พ.ศ. 2560 - 2564 (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2559) นอกจากนี้การที่โลกรวมทั้งประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทำให้รูปแบบการเจ็บป่วยเปลี่ยนไปจากการป่วยด้วยโรคติดเชื้อเป็นการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จึงส่งผลให้เกิดความต้องการการดูแลแบบระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นด้วย (Paul, Renu, & Thampi, 2019) อย่างไรก็ตาม พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลยังมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในระดับต่ำถึงปานกลาง (ดราวารรณ รองเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์, และเพ็ญศรี ทองเพชร, 2561; วิริยา โพธิ์ขวาง-ยุสท์, เพ็ญศรี ทองเพชร, อติญาณ์ ศรีเกษตริน, และลินดา คล้ายปักมัย, 2560) ซึ่งงานวิจัยของดราวารรณ รองเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์, และเพ็ญศรี ทองเพชร (2561) ในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในเขตบริการสุขภาพที่ 11 จำนวน 349 คน พบว่าส่วนใหญ่พยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในระดับปานกลางร้อยละ 54 และมีความสามารถในการปฏิบัติการดูแลในระดับปานกลางร้อยละ 82 ส่วน วิริยา โพธิ์ขวาง-ยุสท์ และคณะ (2560) ได้วิจัยนักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาในวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ชั้นปีที่ 3 และ 4 พบว่านักศึกษาพยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในระดับต่ำ นักศึกษาที่ผ่านการศึกษาดูแลผู้ป่วยเรื่องนี้มีความรู้มากกว่านักศึกษาที่ไม่เคยมีประสบการณ์การศึกษาดูแลผู้ป่วย

การค่อยๆ สมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของนักศึกษาพยาบาลอาจจะเกิดจากนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ยังได้รับการศึกษาดูแลผู้ป่วยน้อยหรือไม่เคยได้รับการศึกษาดูแลผู้ป่วยในหลักสูตรเฉพาะเรื่องนี้ ในการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรศาสตรบัณฑิต มีเพียงการสอดแทรกในเนื้อหาการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในบางหัวข้อ เช่น การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (เพ็ญศรี ทองเพชร, อติญาณ์ ศรีเกษตริน, วิริยา โพธิ์ขวาง, 2562) ซึ่งแตกต่างกับการจัดการศึกษาดูแลผู้ป่วยเพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลที่จะเห็นว่าในรอบ 10 ปีที่ผ่านมาได้มีการศึกษาดูแลผู้ป่วยเรื่องนี้ในพยาบาลมากขึ้น เช่น หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง (หลังปริญญาตรี) ด้านการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่จัดโดยสภาการพยาบาลและคณะพยาบาลศาสตร์ในมหาวิทยาลัยต่าง ๆ เช่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น สภากาชาดไทย และมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การที่จะเพิ่มสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง นักศึกษาพยาบาลควรได้รับการจัดการศึกษา การอบรมด้านการดูแลด้วยหลักสูตรที่มีมาตรฐาน และผ่านการวิจัยพัฒนา ซึ่งใน 2 ถึง 3 ปีที่ผ่านมาพบว่า มีงานวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินผลหลักสูตรและวิธีการศึกษาดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแบบประคับประคองสำหรับนักศึกษาพยาบาลไทย (กุลพิชญ์ เวชราชต์พิมล และสุดารัตน์ สุวาริ, 2560; เพ็ญศรี ทองเพชร และคณะ, 2562; สุวิริยา สุวรรณ

โคตร และนืออน พิณประดิษฐ์, 2556; บุญทิวา สุวิทย์, สุนี พนาสกุลการ, ขจี พงศธรวิบูลย์, และนิรมนต์ เหลาสุภาพ, 2561; เบญญาภา มุกสิริทิพานัน, 2560) แต่อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีงานวิจัยที่รวบรวมหรือสังเคราะห์เนื้อหา วิธีการ และผลลัพธ์ของการจัดการศึกษาอบรมเกี่ยวกับเรื่องนี้ในประเทศไทย แต่มีงานวิจัยในต่างประเทศที่สังเคราะห์งานวิจัยด้านการจัดการศึกษา อบรมด้านการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในนักศึกษาพยาบาลทั่วโลก (Bassah, Seymour, & Cox, 2014)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อทบทวนขอบเขตเกี่ยวกับการจัดการศึกษาหลักสูตร การศึกษาอบรม ในด้านการออกแบบหลักสูตรหรือรายวิชา เนื้อหาหลักสูตร การเรียนการสอน การศึกษาอบรม ระยะเวลาทฤษฎีที่ใช้ วิธีการสอน การวัดและการประเมินผล ประสิทธิภาพของหลักสูตร ผลการใช้หลักสูตร และการเรียนการสอน

คำจำกัดความ

นักศึกษาพยาบาล หมายถึง นักศึกษาที่ศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในประเทศไทย

การเรียนการสอน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง หมายถึง วิธีการจัดการเรียนการสอน การศึกษาอบรม หลักสูตร ที่เฉพาะเจาะจงด้านการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

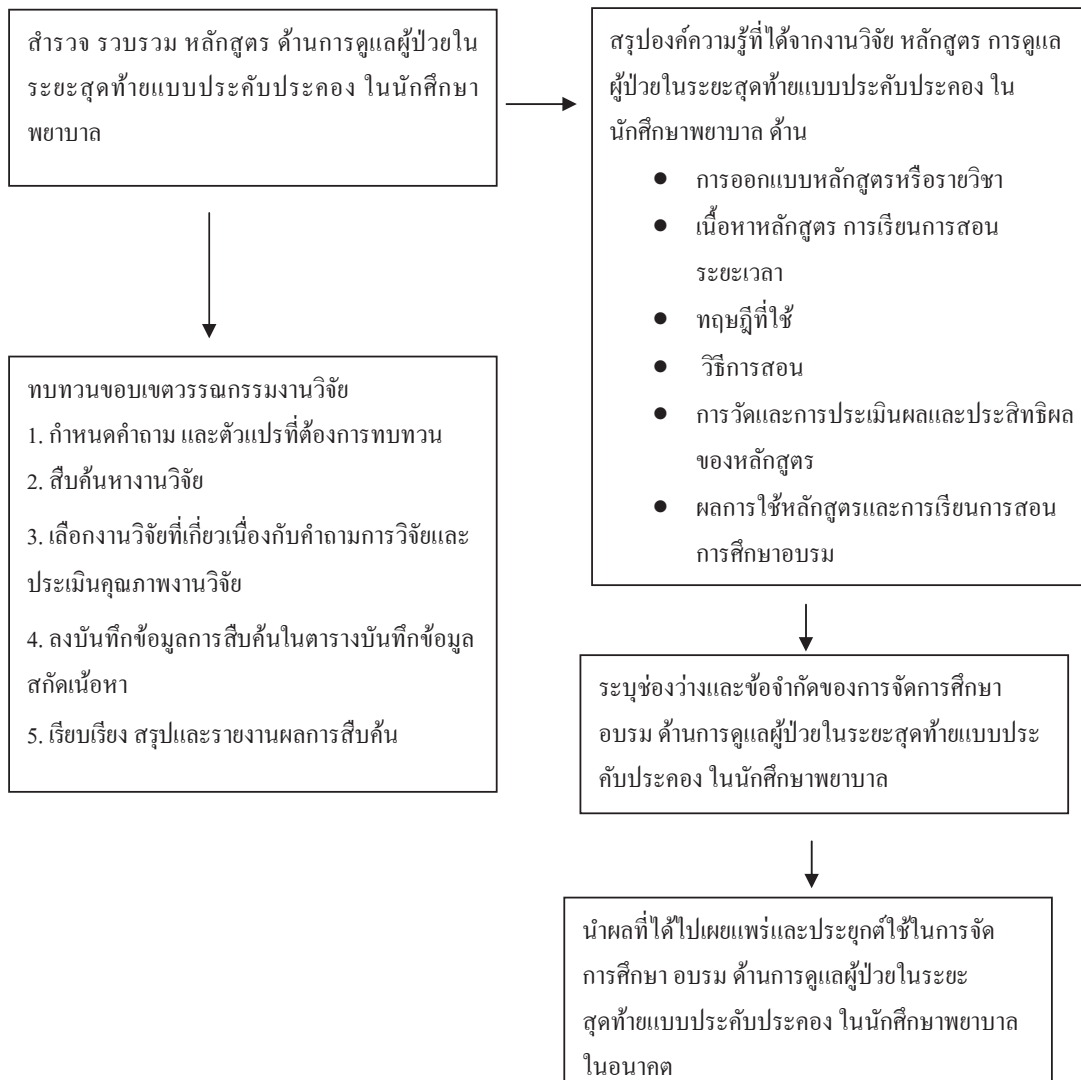
การทบทวนขอบเขตวรรณกรรม หมายถึง การศึกษาเนื้อหางานวิจัยหรือหลักสูตรการเรียนการสอนด้านการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอย่างกว้าง ๆ ในประเด็นเนื้อหา วิธีการ และผลลัพธ์ของการจัดการศึกษาอบรม และมีการบรรยายการค้นพบจากงานวิจัย หลักสูตรที่ทบทวนมา งานวิจัยนี้จะใช้หลักการทบทวนขอบเขตวรรณกรรมของ Arksey and Malley (2005) แต่จะไม่มีมีการประเมินระดับคุณภาพงานวิจัย ตามกรอบแนวคิดข้างล่างนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในงานวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย ที่ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนซึ่งใช้หลักการทบทวนขอบเขตวรรณกรรมของ Arksey and Malley (2005) ที่ประกอบด้วย

- 1) กำหนดคำถามในการวิจัยสิ่งที่ต้องการหาคำตอบ (Identify the research question)
- 2) สืบค้นหางานวิจัยหรือวรรณกรรม โดยใช้วิธีการค้นหาทางระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ รายการอ้างอิงทำบทความ เว็บไซต์ขององค์กรต่าง ๆ รายงานการประชุมวิชาการ (Conference proceeding) รวมทั้งการสืบค้นด้วยมือ (Identify relevant studies)
- 3) เลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเนื่องกับคำถามการวิจัยและประเมินคุณภาพงานวิจัย (Study selection)
- 4) ลงบันทึกข้อมูลการสืบค้นในตารางบันทึกข้อมูล สกัดเนื้อหา (Charting the data)
- 5) เรียบเรียง สรุปและรายงานผลการสืบค้น (Collecting, summarizing, and reporting the results)

ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1. กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-Sectional descriptive research) โดยการทบทวนขอบเขตวรรณกรรม (Scoping review)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ งานวิจัยหรือหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่ทำในนักศึกษาพยาบาลไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 – 2562 ที่ได้รับการตีพิมพ์ในฐานข้อมูลงานวิจัยไทย (Thai Library Integrated System [ThaiLIS]) ฐานข้อมูลของมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ฐานข้อมูลวารสารไทย (Thai Journals Online [ThaiJO]) เว็บไซต์ขององค์กรที่เกี่ยวข้องด้านการศึกษาพยาบาล และ Google Scholar รวมถึงงานวิจัยและหลักสูตรที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ผู้วิจัยเข้าถึงได้

กลุ่มตัวอย่าง คือ งานวิจัยหรือหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่ทำในนักศึกษาพยาบาลไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 – 2562 ที่ได้รับการตีพิมพ์ใน ThaiLIS ฐานข้อมูลของมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ThaiJO เว็บไซต์ขององค์กรที่เกี่ยวข้องด้านการศึกษาพยาบาล และ Google Scholar รวมถึงงานวิจัยและหลักสูตรที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ผู้วิจัยทราบและเข้าถึงได้ งานวิจัยได้รับการคัดเลือกโดยใช้ คำสำคัญ ในการสืบค้นฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ คือ หลักสูตรการศึกษาการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การพยาบาลแบบประคับประคอง การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง การพยาบาลในระยะสุดท้าย การพยาบาล การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย/ใกล้เสียชีวิต นักศึกษาพยาบาล Training course, Nursing education, Palliative care, End of life care, Death and dying, Nursing students, และ Thai, Thailand

การคัดเลือกและคัดออกกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ใช้วิธีการการคัดเลือกและคัดออกกลุ่มตัวอย่างตามวิธีการในการทบทวนขอบเขตวรรณกรรมของ Moher, Liberati, Tetzlaff, and Altman (2009) โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังแผนภาพที่ 2

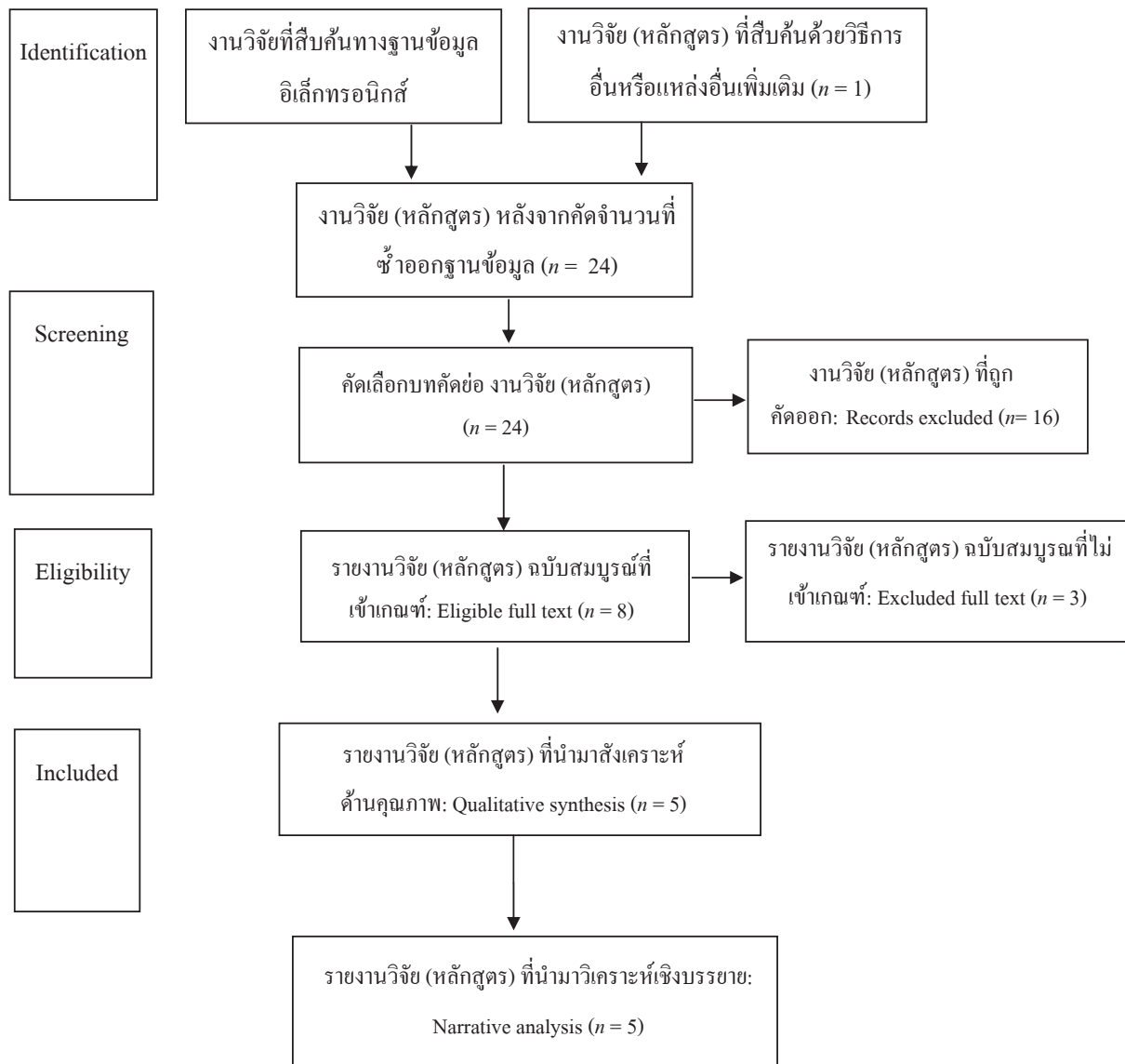
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการยกเว้นไม่ต้องขอรับการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี เนื่องจากไม่ได้ใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นมนุษย์จึงไม่ต้องมีการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และงานวิจัยกลุ่มตัวอย่างที่นำมาพิจารณาเป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์หรือพิมพ์เผยแพร่แล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยนี้เป็นตารางสกัดข้อมูลงานวิจัย (Data extraction form) ที่ประกอบไปด้วย ชื่อเรื่อง ผู้แต่ง สถานที่ และปีที่ศึกษา ลักษณะของผู้เข้าร่วมวิจัย วัตถุประสงค์ของหลักสูตรของงานวิจัย การออกแบบหลักสูตรหรือรายวิชา เนื้อหาหลักสูตร การเรียนการสอน ระยะเวลาทฤษฎีที่ใช้วิธีการสอน การวัดและการประเมินผล ประสิทธิภาพของหลักสูตร ผลการใช้หลักสูตร และการเรียนการสอนการอบรม โดยผู้วิจัยสร้างตารางสกัดข้อมูลงานวิจัย จากการทบทวนงานวิจัยของ Bassah et al. (2014) ที่ทบทวนขอบเขต

วรรณกรรมด้านการจัดการศึกษาอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในนักศึกษาพยาบาลทั่วโลกในตัวแปรและประเด็นที่ทบทวนใกล้เคียงกัน



ภาพที่ 2. แสดงการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยอย่างน้อยสองคน สกัดข้อมูลจากงานวิจัยที่เป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่างทุกงานวิจัยที่ตีพิมพ์ฉบับสมบูรณ์หรือมีเนื้อหาหลักสูตรฉบับสมบูรณ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และจากงานวิจัยและหลักสูตรที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 - 2562 โดยใช้เครื่องมือสกัดข้อมูลวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีผู้เก็บข้อมูลอย่างน้อย 2 ท่าน และนำผลการสกัดข้อมูลมาตรวจสอบความเที่ยงตรงของข้อมูล ถ้ามีข้อแตกต่าง มีการอภิปรายถึงความถูกต้องของข้อมูลร่วมกัน และมีผู้ร่วมวิจัยคนที่สามอ่านตรวจสอบการเขียนสรุปผลการศึกษาวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลในตารางสกัดข้อมูลวิจัย
2. วิเคราะห์ข้อมูลด้านขอบเขตวรรณกรรมของงานวิจัยและหลักสูตรการเรียนการสอนการพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในด้านสถานที่และปีที่ศึกษา ลักษณะของผู้เข้าร่วมวิจัย วัตถุประสงค์ของหลักสูตรของงานวิจัย การออกแบบหลักสูตรหรือรายวิชา เนื้อหาหลักสูตรการเรียนการสอน ระยะเวลาทฤษฎีที่ใช้ วิธีการสอนการวัดและการประเมินผล ประสิทธิภาพของหลักสูตร และผลการใช้หลักสูตรการเรียนการสอน มีการวิเคราะห์ถึงจำนวนและการบรรยายลักษณะ
3. การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาของงานวิจัยและหลักสูตรการเรียนการสอนการพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

ผลการวิจัย

จากการสืบค้นงานวิจัยทางฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในเบื้องต้นได้งานวิจัยเกี่ยวกับหลักสูตรการเรียนการสอน การอบรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในนักศึกษาพยาบาล จำนวน 28 เรื่อง และการสืบค้นด้วยวิธีการอื่นหรือแหล่งอื่นเพิ่มเติม จำนวน 1 เรื่อง ในจำนวนนี้มีงานวิจัยที่ซ้ำกัน จำนวน 4 ชื่อเรื่อง เหลืองานวิจัยที่นำมาคัดเลือกรวบรวม จำนวน 24 ชื่อเรื่อง และในจำนวนนี้ได้ถูกคัดออกไปจำนวน 16 ชื่อเรื่อง เนื่องจากเป็นงานวิจัยที่ไม่ได้มีการจัดการศึกษา อบรม หรือการพัฒนาหลักสูตร มีเพียงการประเมินสมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเหลือรายงานวิจัย(หลักสูตร)ฉบับสมบูรณ์ที่เข้าเกณฑ์จำนวน 8 ชื่อเรื่องและถูกคัดออกไปอีก 3 ชื่อเรื่องเนื่องจากเป็นรายงานวิจัย(หลักสูตร)ฉบับสมบูรณ์ที่ไม่เข้าเกณฑ์ เนื่องจากไม่ระบุรายละเอียดที่ชัดเจนถึงการออกแบบหลักสูตรหรือรายวิชา เนื้อหาหลักสูตร วิธีการจัดการเรียนการสอน การประเมินผล สุดท้ายเหลือรายงานวิจัย (หลักสูตร) ที่นำมาสังเคราะห์ด้านคุณภาพและวิเคราะห์เชิงบรรยาย จำนวน 5 ชื่อเรื่อง (ภาพที่ 2) ในจำนวน 5 ชื่อเรื่องนี้เป็นการพัฒนาหลักสูตร 3 ชื่อเรื่อง และการประเมินผลหลักสูตร 2 ชื่อเรื่อง ซึ่งทั้ง 5 ชื่อเรื่องทำในระดับวิทยาลัยพยาบาลดังนี้

การพัฒนาหลักสูตร

1. การพัฒนาหลักสูตรส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณและคุณค่าความเป็นมนุษย์ตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาสำหรับนักศึกษาพยาบาล (สุวิริยา สุวรรณโคตร และ นีออน พิณประดิษฐ์, 2556)

2. ประสิทธิภาพของการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ (กุลพิชญ์ เวชรัชต์พิมล และสุภารัตน์ สุวารี, 2560)

3. พัฒนาหลักสูตรเสริมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองสำหรับนักศึกษาพยาบาล (เพ็ญศรี ทองเพชร และคณะ, 2562)

การประเมินผลหลักสูตร

1. ผลของการใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นองค์รวมของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช (บุญทิwa สุวิทย์ และคณะ, 2561)

2. ปัจจัยทำนายสมรรถนะตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา รายวิชาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช (เบญญาภา มุกสิริทิพานัน, 2560)

การเรียนการสอนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต การออกแบบหลักสูตรหรือรายวิชา

ในการพัฒนาหลักสูตรใช้หลักการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอน โดยเริ่มจากระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ระยะที่ 2 พัฒนาหลักสูตร ตรวจสอบคุณภาพของหลักสูตร ระยะที่ 3 การใช้และการศึกษาผลของหลักสูตร (สุวิริยา สุวรรณโคตร และนื้อน พิญประดิษฐ์, 2556; กุลพิชญ์ เวชรัชต์พิมล และสุภารัตน์ สุวารี, 2560; เพ็ญศรี ทองเพชร และคณะ, 2562) โดยมีการทดลองใช้หลักสูตรในนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 มีการเปรียบเทียบผลการใช้หลักสูตรระหว่างกลุ่มทดลอง 8 คนและกลุ่มควบคุม 8 คน (สุวิริยา สุวรรณโคตร และนื้อน พิญประดิษฐ์, 2556) และการใช้กลุ่มทดลองหนึ่งกลุ่มวัดผลการใช้หลักสูตรก่อนและหลังทดลอง จำนวน 30 คน (กุลพิชญ์ เวชรัชต์พิมล และสุภารัตน์ สุวารี, 2560; เพ็ญศรี ทองเพชร และคณะ, 2562) ส่วนในการประเมินผลการเรียนรู้ในรายวิชา (เบญญาภา มุกสิริทิพานัน, 2560) และรูปแบบการเรียนการสอนการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (บุญทิwa สุวิทย์ และคณะ, 2561) มีกลุ่มตัวอย่าง 191 คน และ 35 คน ตามลำดับ

เนื้อหาหลักสูตร การเรียนการสอน และระยะเวลา

เนื้อหามีความครอบคลุมถึงการพยาบาลทางกาย จิตสังคมและวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวที่ประกอบไปด้วย 4-6 หน่วยการเรียนรู้ เช่น 1) การพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต 2) การสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติในระยะสุดท้าย 3) การบริหารและการจัดการความปวดและอาการรบกวนในระยะสุดท้าย 4) การให้บริการการพยาบาลผู้ป่วยและญาติในระยะสุดท้าย ด้วยหลักจริยธรรม/กฎหมาย โดยคำนึงถึงความแตกต่างด้านวัฒนธรรม และคุณค่าทางจิตวิญญาณ 5) การพยาบาลต่อ การสูญเสีย การโศกเศร้า และเสียใจ และ 6) การเตรียมการ และการดูแลในช่วงสุดท้าย (เพ็ญศรี ทองเพชร และคณะ, 2562) และการเรียนรู้เฉพาะประเด็นของการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น หลักสูตรส่งเสริมความสามารถ

ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณและคุณค่าความเป็นมนุษย์ตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา (สุวิริยา สุวรรณโคตร และนီออน พิญประดิษฐ์, 2556) การใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นองค์รวมของนักศึกษาพยาบาล (บุญทิวา สุวิทย์ และคณะ, 2561) เวลาที่ใช้ถ้าเป็นหลักสูตรคือ 2 วัน ถ้าเป็นรายวิชาคือ ทฤษฎี 1 หน่วยกิต ปฏิบัติ 1 หน่วยกิต โดยมีการฝึกปฏิบัติงาน 3 สัปดาห์ (เบญญาภา มุกสิริทิพานัน, 2560)

ทฤษฎีที่ใช้

ในการพัฒนาหลักสูตร วิธีการเรียนการสอนใช้ทฤษฎีการเรียนการสอน ได้แก่ 1) ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom) นั่นคือการเรียนการสอนมุ่งที่จะให้ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมและผลลัพธ์การเรียนรู้ใน 3 ด้านคือ พุทธิพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัย ซึ่งผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เป็นผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้านทั้งด้านตัวผู้เรียน ผู้สอน กิจกรรมการเรียนการสอน สภาพแวดล้อมในสถานศึกษา (เบญญาภา มุกสิริทิพานัน, 2560) 2) การเรียนรู้จากประสบการณ์ของคอลลี การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์เสมือนจริง (กุลพิชญ์ วรรณรัชต์พิมล และสุภารัตน์ สุวารี, 2560; เพ็ญศรี ทองเพชร และคณะ, 2562) 3) ใช้แนวคิดเฉพาะมาประยุกต์ใช้และเป็นกรอบในการออกแบบเนื้อหาของหลักสูตร เช่น การใช้แนวคิดจิตตปัญญาเพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณและคุณค่าความเป็นมนุษย์ (สุวิริยา สุวรรณโคตร และนီออน พิญประดิษฐ์, 2556) 4) การใช้หลักการพยาบาลแบบองค์รวมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (บุญทิวา สุวิทย์ และคณะ, 2561) และ 5) การใช้กรอบมาตรฐานคุณวุฒิการศึกษามำกำหนดสมรรถนะการเรียนรู้ในรายวิชาการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (เบญญาภา มุกสิริทิพานัน, 2560)

วิธีการสอน

วิธีการสอนมีหลากหลาย ได้แก่ การเขียนบันทึกเรื่องเล่า เขียนอนุทิน การสะท้อนคิด เมื่อมีการฝึกประสบการณ์ภาคปฏิบัติ (สุวิริยา สุวรรณโคตร และนီออน พิญประดิษฐ์, 2556) การบรรยาย การใช้สถานการณ์เสมือนจริง Simulation Based Learning (เพ็ญศรี ทองเพชร และคณะ, 2562) กรณีศึกษา การใช้ภาพยนตร์สั้นจาก YouTube “การอยู่เคียงข้างกัน...จนวันตาย” และการฝึกประสบการณ์ตรง พร้อมการสะท้อนคิด (บุญทิวา สุวิทย์ และคณะ, 2561) ผู้สอนประกอบไปด้วยอาจารย์พยาบาล พยาบาล และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (เพ็ญศรี ทองเพชร และคณะ, 2562)

การวัดและประเมินผล และประสิทธิผลของหลักสูตร

การวัดและการประเมินผล และประสิทธิผลของการพัฒนาหลักสูตรส่วนใหญ่มีการวัดคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่ระยะก่อนและหลังใช้หลักสูตร และความพึงพอใจของผู้ใช้หลักสูตร ที่ใช้การทดสอบทางสถิติด้วยค่า t-test (สุวิริยา สุวรรณโคตร และนီออน พิญประดิษฐ์, 2556; กุลพิชญ์ วรรณรัชต์พิมล และสุภารัตน์ สุวารี, 2560; เพ็ญศรี ทองเพชร และคณะ, 2562) รวมทั้งมีการประเมินเฉพาะด้านที่การอบรมมุ่งเน้นต้องการให้ผู้เรียนเกิด เช่น การมีคุณค่าความเป็นมนุษย์ (สุวิริยา สุวรรณโคตร และนီออน พิญประดิษฐ์, 2556) ความสามารถในการให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับ

ประกอบแบบองค์รวม (บุญทิวา สุวิทย์ และคณะ, 2561) โดยมีการกำหนดการผ่านเกณฑ์การประเมินการเรียนรู้ และประสิทธิผลของหลักสูตรที่ร้อยละ 70 (สุวิริยา สุวรรณโคตร และนီออน พิญประดิษฐ์, 2556; เพ็ญศรี ทองเพชร และคณะ, 2562) และร้อยละ 80 (กุลพิชญ์ เวชรัชต์พิมล และสุภารัตน์ สุวารี, 2560)

ผลการใช้หลักสูตรและการเรียนการสอน

งานวิจัยทุกชิ้นรายงานถึงผลการใช้หลักสูตรและการเรียนการสอนในทางบวกตามเกณฑ์ที่กำหนดในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทั้งในระดับร้อยละของคะแนนผลต่างทางด้านสถิติ ระดับคะแนน และวิธีการนำความรู้ที่ได้รับการอบรมไปใช้ ดังนี้

จากงานวิจัยการพัฒนาหลักสูตรของ เพ็ญศรี ทองเพชร และคณะ (2562) แสดงให้เห็นว่า หลังการอบรม นักศึกษา มีความรู้ สูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีคะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 ทุกคนเช่นเดียวกันกับรายงานวิจัยของ สุวิริยา สุวรรณโคตร และนီออน พิญประดิษฐ์ (2556) ที่รายงานว่าหลังการอบรม กลุ่มทดลองมีความรู้และเจตคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ และมีคุณค่าความเป็นมนุษย์ สูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 ทุกคน และกลุ่มทดลองมีคะแนนคุณค่าความเป็นมนุษย์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

กุลพิชญ์ เวชรัชต์พิมล และสุภารัตน์ สุวารี (2560) รายงานว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยวัดความรู้สูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 26.738, p = 0.0001$) แต่ไม่แตกต่างจากเกณฑ์ที่กำหนดคือ ร้อยละ 80 และค่าคะแนนการทำกิจกรรมระหว่างอบรม และเจตคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลหลังการทดลองมีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง และผ่านเกณฑ์ที่กำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.830; p = .0001$) เช่นเดียวกับบุญทิวา สุวิทย์ และคณะ (2561) ที่รายงานว่านักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นองค์รวม ก่อนการใช้รูปแบบการเรียนรู้ อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการใช้รูปแบบการเรียนรู้ อยู่ในระดับมากที่สุด และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นองค์รวมได้มากกว่าก่อนได้รับการจัดการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.705; p = .000$) และนักศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงความเข้าใจการให้การดูแลอย่างเป็นองค์รวมมากขึ้น ให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองตรงตามความต้องการของผู้ป่วย สามารถนำประสบการณ์การเรียนรู้ไปสู่ความสุขในชีวิตและวิชาชีพ

ผลการประเมินรายวิชาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของ เบญญาภา มุกสิริทิพานัน (2560) พบว่านักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมรายวิชาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระดับน้อย มีพฤติกรรมการเรียนรู้ อยู่ในระดับปานกลาง และมีสมรรถนะตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษารายวิชาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง อยู่ในระดับดี คะแนนรายวิชาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษารายวิชาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทั้งนี้พฤติกรรมการเรียนรู้ และสภาพแวดล้อมทางการเรียนสามารถทำนายสมรรถนะตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษารายวิชาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ ร้อยละ 26.3 (เบญญาภา มุกสิริทิพานัน, 2560)

อภิปรายผลการวิจัย

การจัดการเรียนการสอนและหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับนักศึกษาพยาบาลไทยยังมีน้อยจากการทบทวนขอบเขตวรรณกรรมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 - 2562 พบว่ามีรายงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาและการนำหลักสูตรไปใช้ 3 เรื่อง และการประเมินผลรายวิชาและรูปแบบการเรียนการสอน 2 เรื่อง รูปแบบการจัดการเรียนการสอนมีความสอดคล้องกับรายงานการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของ Bassah, Seymour, and Cox (2014) ที่ได้ทบทวนงานวิจัยด้านการจัดการเรียนการสอนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในนักศึกษาพยาบาลทั่วโลกจำนวน 17 ชื่อเรื่อง ซึ่งพบว่าการเรียนการสอนมีทั้งแบบแยกเป็นหลักสูตรเสริม รายวิชา และการผสมผสานในวิชาการพยาบาล ใช้การเรียนการสอนแบบบรรยายและการฝึกประสบการณ์ผู้สอน ประกอบไปด้วยอาจารย์พยาบาล พยาบาล และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทฤษฎีที่ใช้ในการจัดการเรียนการสอนคือ การเรียนรู้จากประสบการณ์ของคอลลี การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์เสมือนจริง (Transformative and Experiential Learning Theories) ที่มีผลต่อการส่งเสริมการเรียนรู้และทัศนคติของผู้เรียน ซึ่งการจัดการเรียนการสอนมีความเหมาะสมแต่การเรียนการสอนด้านนี้ควรเน้นด้านการฝึกประสบการณ์จริงเพราะการฝึกประสบการณ์จริงจะสามารถเพิ่มความรู้ ทักษะ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยเฉพาะด้านทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต (Paul et al., 2019)

ในการทบทวนขอบเขตวรรณกรรมนี้ทำให้ทราบการออกแบบหลักสูตรและการประเมินหลักสูตรที่เป็นประโยชน์ ซึ่งหลักสูตรและรูปแบบการเรียนการสอนทำให้เกิดผลทางบวกด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแก่นักศึกษาพยาบาล ลักษณะหลักสูตร การเรียนการสอนมีตั้งแต่เป็นรายวิชาเฉพาะ 2 หน่วยกิต และหลักสูตรเสริมเน้นใช้เวลา 2 วัน กิจกรรมการเรียนการสอนในหลักสูตรมีการบรรยาย อภิปรายกลุ่ม การสะท้อนคิด กรณีศึกษา และฝึกการปฏิบัติในสถานการณ์เสมือนจริง ผลการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรทำให้นักศึกษามีความรู้เจตคติสูงขึ้น และการปฏิบัติในสถานการณ์เสมือนจริงได้ (เพ็ญศรี ทองเพชร และคณะ, 2562) แต่อย่างไรก็ตามคะแนนการเรียนรู้ในรายวิชาการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะตามกรอบมาตรฐานการศึกษา และสมรรถนะในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจริงนั้นยังไม่มีดี ซึ่งเห็นได้จากการรายงานวิจัยที่ระบุว่า การเรียนทฤษฎี 1 หน่วยกิต และปฏิบัติ 1 หน่วยกิต ยังเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาไม่เพียงพอที่จะไปปฏิบัติงานและการปฏิบัติงานต้องอาศัยประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยและญาติพอสมควรเพราะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต้องอาศัยเนื้อหาความรู้ และทักษะเฉพาะทางการดูแล (เบญญาภา มุกสิริทิพานัน, 2560) นอกจากนี้การประเมินผลการจัดการเรียนการสอนควรมีการประเมินถึงผู้รับบัณฑิตคือ พยาบาลที่ทำงานร่วมกับนักศึกษาที่ผ่านการฝึกอบรมมา และผู้รับบริการจากนักศึกษานั้นคือ ผู้ป่วยญาติ นอกเหนือจากการประเมินผลการเรียนรู้ตามแนวคิดของ Bloom Taxonomy ที่เน้นด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งในด้านความรู้ หรือพุทธิพิสัย ตามแนวคิด Bloom Taxonomy (Armstrong, 2020) จำแนกออกเป็น ในด้าน ฐึ จำ (Remember) เข้าใจ (Understand) นำไปใช้ (Apply) วิเคราะห์ (Analyze)

ประมาณค่า (Evaluate) สร้างสรรค์ผลงานได้ (Create) แต่การวัดประเมินผลการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับนักศึกษาพยาบาลนั้นยังไม่ถึงขั้นวิเคราะห์ (Analyze) ประมาณค่า (Evaluate) และสร้างสรรค์ผลงานได้ รวมทั้งการจัดการศึกษาหลักสูตรที่เน้นการปฏิบัติในสถานการณ์จริงด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีน้อยหรือจัดเวลาให้ฝึกปฏิบัติไม่เพียงพอ (เบญญาภา มุกสิริทิพานัน, 2560)

ดังนั้นการออกแบบหลักสูตร และการจัดการเรียนการสอนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ควรมีเป้าหมายให้นักศึกษามีทักษะขั้นต้นในการดูแลแบบประคับประคอง และเตรียมนักศึกษา เพื่อความพร้อมในการจะได้รับการอบรมในระดับต่อไป (ละเอียด แจ่มจันทร์ และสายสมร เหลลยกิตติ, 2560) และควรให้ครอบคลุมเนื้อหาและส่งเสริมด้านความรู้ ทักษะ และทักษะการดูแล ที่พยาบาลจบใหม่ส่วนใหญ่ยังควรได้รับการเติมเต็ม ดังมีในรายงานวิจัยของ เตชทัต อัครนารักษ์, วราภรณ์ คงสุวรรณ, และเยาวรัตน์ มัชฌิม (2557) ที่พบว่าพยาบาลที่จบใหม่ภายใน 6 เดือน ถึง 1 ปี ที่ทำงานในเขตภาคใต้จำนวน 112 ราย มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=70.31$, $SD=10.18$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านการติดต่อสื่อสาร และด้านความรู้ทั่วไป และจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านข้อสรุปเกี่ยวกับการตายและภาวะเศร้าโศก และด้านการจัดการกับความปวดอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับด้านการจัดการกับอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อย

นอกจากนี้งานวิจัยเชิงคุณภาพที่สัมภาษณ์เชิงลึกด้วยแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างถึงการรับรู้ และการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในพยาบาลผู้ให้ข้อมูล 20 คน พบว่าผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายการดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ 2 ลักษณะ คือ 1) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ 2) การดูแลตั้งแต่เริ่มการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้าย ส่วนการปฏิบัติในการดูแลแบบประคับประคองมี 5 ด้าน ได้แก่ 1) ดูแลสุขอนามัยของร่างกาย 2) ดูแลด้านจิตใจเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย 3) ดูแลด้านจิตวิญญาณ เน้นการปฏิบัติตามพิธีกรรมทางศาสนา 4) ดูแลจัดการอาการ และ 5) ให้ข้อมูลการดำเนินโรค และภาวะสุขภาพ ส่วนในเรื่องปัจจัยส่งเสริมในการดูแลแบบประคับประคองมี 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) สมรรถนะของพยาบาลที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง 2) บุคลิกลักษณะของพยาบาลผู้ให้การดูแลแบบประคับประคอง 3) การสนับสนุนด้านความรู้และการอบรมการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นระบบ และ 4) ประสิทธิภาพในการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนอุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) พยาบาลมีสมรรถนะไม่เพียงพอในการดูแล 2) ขาดแคลนพยาบาลที่ให้การดูแลแบบประคับประคองและภาระงานมาก 3) การสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและญาติไม่มีประสิทธิภาพ และ 4) ขาดการสนับสนุนระบบการดูแลแบบประคับประคองเชิงนโยบาย (ปัทิตตา นิกเว็น, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, และธีรภรณ์ จันทร์คำ, 2559)

ดังนั้นเนื้อหาในหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอนการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองควรมีการออกแบบรายวิชา การพยาบาลแบบประคับประคอง (Palliative care) หรือการพยาบาลระยะสุดท้าย

(End of life care) ให้เป็นไปตามนิยามขององค์การอนามัยโลกที่มีสาระเนื้อหาครอบคลุมการเริ่มดูแลเมื่อเริ่มเจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต ร่วมกับการบำบัดรักษาเพื่อให้มีชีวิตยืนยาว ได้แก่ เคมีบำบัด รังสีรักษา ตลอดจนการตรวจวิเคราะห์และวินิจฉัยเพื่อจัดการอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ การช่วยบรรเทาอาการปวด และทุกข์ทรมานทางกาย การดูแลทั้งสังคม จิตวิทยา และจิตวิญญาณ มีการจัดระบบดูแลแบบประคับประคองให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ปกติสุขเท่าที่จะทำได้จนกว่าจะจากไป และการดูแลให้ครอบครัวผ่านความโศกเศร้าขณะที่เผชิญความเจ็บป่วยและเมื่อผู้ป่วยจากไปแล้ว การดูแลเป็นทีมสหวิชาชีพ เพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวการให้คำปรึกษาเมื่อจำเป็น (ละเอียด แจ่มจันทร์ และสายสมร เกลยกิตติ, 2560)

ข้อจำกัดการวิจัย

งานวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยที่เป็นหลักสูตร การศึกษา การจัดอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองสำหรับนักศึกษาพยาบาลไทยจำนวนน้อย และงานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยที่ทบทวนขอบเขตวรรณกรรมของงานวิจัยที่ได้รับการคัดเลือกมาทำการทบทวนขอบเขตไม่ใช่งานวิจัยแบบทบทวนวรรณกรรมเป็นระบบหรือการวิเคราะห์ห่อหุ้ม ความรู้ใหม่ที่ได้จึงมาจากการวิเคราะห์เชิงบรรยาย ลักษณะของเนื้อหา (Content analysis) ซึ่งมีความน่าเชื่อถือน้อยกว่าจากการอ้างอิงเชิงสถิติ (Referential statistics) ในการวิจัยแบบการวิเคราะห์ห่อหุ้ม และนอกจากนี้งานวิจัยนี้ไม่มีการประเมินคุณภาพด้านระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ประเมินถึงความรัดกุมของระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์ของการวิจัย แต่อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ทำให้ทราบขอบเขตของงานวิจัยที่ทำด้าน หลักสูตร การศึกษา การจัดอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองสำหรับนักศึกษาพยาบาลไทย เพื่อประโยชน์ด้านการจัดการศึกษาและการวิจัยในด้านนี้ต่อไป

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการทบทวนขอบเขตวรรณกรรมหลักสูตรและการฝึกอบรมเพื่อการเตรียมความพร้อมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตไทย ที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 - 2562 พบว่า จากการทบทวนงานวิจัยและหลักสูตรทั้ง 5 เรื่องนั้นมีการใช้การเรียนการสอนแบบบรรยายการฝึกประสบการณ์เสมือนจริง และการฝึกประสบการณ์จริง ทฤษฎีที่ใช้ในการจัดการเรียนการสอนคือ ทฤษฎีการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง และทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ มีการประเมินผลและประสิทธิภาพของการเรียนการสอน ในด้านสมรรถนะผู้เรียนที่เกี่ยวข้องกับ ด้านความรู้ เจตคติ และทักษะการปฏิบัติ รวมทั้งเฉพาะเรื่องที่ต้องการประเมินตามแนวคิดหรือทฤษฎีที่ใช้ในการเรียนการสอนด้านการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองในนักศึกษาพยาบาลไทย เช่น การพยาบาลแบบองค์รวม ความเอื้ออาทร การใช้จิตตปัญญาในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ ซึ่งการเรียนการสอนมีประสิทธิภาพในการเพิ่มสมรรถนะผู้เรียนด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เนื่องจากการเรียนการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตไทยที่เป็นหลักสูตรเสริมและการเรียนการสอน

ที่เป็นรายวิชามีน้อย การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้บริหารการศึกษาพยาบาล อาจารย์พยาบาล และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาพยาบาลสามารถนำผลที่ได้ไปปรับปรุงเปลี่ยนแปลงหลักสูตรการพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้มีรายวิชาการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นอีกหนึ่งรายวิชาในหลักสูตร และนักศึกษาทุกคนควรได้รับการเรียนการสอนการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เป็นรูปแบบเฉพาะ อาจจะเป็นหลักสูตรเสริมหรือรายวิชาเฉพาะ ที่นอกเหนือจากการเรียนในเนื้อหาที่มีการสอดแทรกในรายวิชาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพ หรือการพยาบาลผู้สูงอายุ ที่มีในปัจจุบัน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสมาคมศิษย์เก่ากระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

- กุลพิชญ์ เวชราชต์พิมล, และสุภารัตน์ สุวารี. (2560). ประสิทธิภาพของการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(2), 83-90.
- ดาราวรรณ รองเมือง, จันทนา นาคฉัตรีย์, และเพ็ญศรี ทองเพชร. (2561) สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ของพยาบาลวิชาชีพในเขตสุขภาพที่ 11. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19, 412-422.
- เดชพัทธ์ อัครชนารักษ์, วราภรณ์ คงสุวรรณ, และเยาวรัตน์ มัชฌิม. (2557). ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 34(2), 103-116.
- เพ็ญศรี ทองเพชร, อดิญา ศรีเกษตริน, และวิริยา โพธิ์จาง. (2562). การพัฒนาหลักสูตรเสริมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองสำหรับ นักศึกษาพยาบาล. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(2), 214-228.
- บุญทิวา สุวัญ, สุนิ พนาสกุลการ, ขจี พงศธรวิบูลย์, และนิรมนต์ เหลาสุภาพ. (2561). ผลของการใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นองค์รวมของนักศึกษาพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(1), 210-220.
- เบญญาภา มุกสิริทิพานัน. (2560). ปัจจัยทำนายสมรรถนะตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษารายวิชาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(2), 149-158.
- ปัทมดา นีกะวัน, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, ธีราภรณ์ จันทร์ดา. (2559). การรับรู้และการปฏิบัติของพยาบาลต่อการดูแลแบบประคับประคอง. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก* 27(1), 128-141.

- ละเอียด แจ่มจันทร์, และสายสมร เกลยภิตติ. (2560). แนวโน้มการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(1), 22-28.
- วิริยา โพธิ์ขาง-ยุสท์, เพ็ญศรี ทองเพชร, อติญาณ์ ศรีเกษตริน, และลินดา คล้ายปักยี่. (2560). ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานวิจัย 100 หน้า.
- สุวิริยา สุวรรณโคตร, และนีออน พิณประดิษฐ์. (2556). การพัฒนาหลักสูตรส่งเสริมความสามารถ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณและคุณค่าความเป็นมนุษย์ตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาสำหรับนักศึกษาพยาบาล. *วารสารศึกษาศาสตร์ฉบับวิจัยบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 7(1), 227-235.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข. (2559). *แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ.2560- 2564*. สืบค้นจาก www.pi.ac.th/news/file/532
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology: Theory & Practice*, 8(1), 19-32.
- Armstrong, P. (2020). *Bloom's Taxonomy*. Retrieved from <https://cft.vanderbilt.edu/guides-sub-pages/blooms-taxonomy/>
- Bassah, N., Seymour, J., & Cox, K. (2014). A modified systematic review of research evidence about education for pre-registration nurses in palliative care. *BMC Palliative Care*, 13(56), 1-10.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G., (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses. *Annals of internal medicine*, 151(4). 264-269. doi:10.1371/journal.pmed.1000097
- Paul, S. S, Renu, G., & Thampi, P. T. (2019). Creating a positive attitude toward dying patients among nursing students: Is the current curriculum adequate? (2019). *Indian Journal of Palliative Care*, 25(1), 142–146. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_148_18

ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

นภวรรณ ปาณาราช, พย.ม.¹
จิตรภินันท์ ศรีจักรโคตร, ประ.ด.²

(วันที่ส่งบทความ: 25 กุมภาพันธ์ 2563; วันที่แก้ไข: 31 กรกฎาคม 2563; วันที่ตอบรับ: 31 กรกฎาคม 2563)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้แก่ พยาบาลพี่เลี้ยง 19 คน และพยาบาลจบใหม่ 13 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินประสิทธิผลของการทดลองใช้รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยง ประกอบด้วยการประเมิน 4 ด้าน คือ ด้านความรู้ ด้านทัศนคติ ด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาลและด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยง มีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .80 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84, .90, .94 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิลคอกชัน ผลการวิจัยพบว่าหลังการพัฒนาในรูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยง พยาบาลพี่เลี้ยงมีความรู้ ($Z = -3.84, p < .001$) ทัศนคติ ($Z = -3.15, p = .002$) และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ($Z = -2.99, p = .003$) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและพยาบาลจบใหม่มีความรู้ ($Z = -3.20, p = .001$) ทัศนคติ ($Z = -2.56, p = .011$) และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ($Z = -3.06, p = .002$) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน โดยทั้ง 2 กลุ่มมีความพึงพอใจในรูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงที่พัฒนาขึ้นในระดับมากที่สุด ($M = 4.68, SD = .25$) ทำให้สรุปได้ว่ารูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงนี้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลและเป็นแนวทางในการนำไปใช้กับหน่วยงานอื่นได้

คำสำคัญ: พยาบาลพี่เลี้ยง, พยาบาลจบใหม่, หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

¹นักศึกษาลัทธิพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹Corresponding author: จิตรภินันท์ ศรีจักรโคตร, E-mail: jonsri@kku.ac.th

The Effectiveness of the Nursing Preceptorship Model at the Intensive Care Unit of Maharat Nakhonratchasima Hospital

Napawan Panarach, M.N.S.¹

Jitpinan Srijakkot, Ph.D.²

(Received: February 25th, 2020; Revised: July 31st, 2020; Accepted: July 31st, 2020)

Abstract

This is was quasi-experimental research with asinglegroup pre-posttest design. The purpose of the study was to evaluatethe effectiveness of implementing a nurse preceptorship model in the medical intensive care unit of Maharat Nakhon Ratchasima hospital. Purposive sampling was used to select the participants, which consisted of 19 nurse preceptors and 13 newly graduated nurses. The experimental instrument wasthe Nursing Preceptorship Model at the Intensive Care Unit (the NP model) which was developed by the researcher. Data were collected using an evaluation form to investigate four aspects of the NP model's effectiveness, including: knowledge, attitude, nursing practice skills, and satisfaction toward the NP model. The content validity of the evaluation form was .80 and the reliability values for the scales related to the four aspects investigated were .84, .90, .94, and .80, respectively. Data were analyzed using the Wilcoxon Signed rank test. The results revealed that after implementing the NP model, nurse preceptors' knowledge ($Z = -3.84, p < .001$), attitude ($Z = -3.15, p = .002$), and nursing practice skills ($Z = -2.99, p = .003$) were statistically significantly higher than before. The newly graduated nurses' knowledge ($Z = -3.20, p = .001$), attitude ($Z = -2.56, p = .011$), and nursing practice skills ($Z = -3.06, p = .002$) were also statistically significantly higher than before as well. Both groups were satisfied the developed NP program at a very good level ($M = 4.68, SD = .25$). This leads to the conclusion that this NP program can increase the efficiency of nursing and can be used as a guideline for other agencies.

Keywords: preceptorship, newly graduated nurse, medicine intensive care unit

¹Student of Master of Nursing Science Program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, KhonKaen University

²Assistant Professor, Faculty of Nursing, KhonKaen University

¹Corresponding author: Jitpinan Srijakkot, E-mail: jonsri@kku.ac.th

บทนำ

จากสภาพปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ทั่วโลกทั้งในด้านปริมาณกำลังคน และทักษะที่จำเป็นต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนการขาดแคลนพยาบาลไม่ได้เป็นเพียงปัญหาภายในวิชาชีพหรือภายในองค์กรทางด้านการพยาบาลเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพโดยรวมด้วย การสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่าการขาดแคลนพยาบาลที่เกิดขึ้นในหลายประเทศเป็นอุปสรรคต่อการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนจนไม่สามารถบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable development goals) การประชุม High level commission on health employment and economic growth ขององค์การสหประชาชาติ เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2559 จึงเรียกร้องให้รัฐบาลของทุกประเทศให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลอย่างจริงจังและเร่งด่วนโดยเฉพาะการเพิ่มการจ้างงานและการทำให้นุคลากรด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนดำรงอยู่ในวิชาชีพให้นานที่สุด ซึ่งจะเป็นผลดีต่อระดับการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศด้วย (World Health Organization, 2016)

องค์การอนามัยโลกให้คำแนะนำว่าควรมีการผลิตพยาบาลให้ได้อย่างน้อย 6 ล้านคน ภายในปี ค.ศ. 2030 เพื่อรองรับการขาดแคลนพยาบาลที่เกิดจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 ซึ่งวิชาชีพพยาบาลเป็นกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีสัดส่วนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 59 ของวิชาชีพด้านการแพทย์ ขณะที่ทั่วโลกมีพยาบาลวิชาชีพอยู่ราว 28 ล้านคน ซึ่งในระยะช่วง 10 ปีข้างหน้า ความต้องการพยาบาลจะเพิ่มขึ้นจากเดิมอีกประมาณ 5.9 ล้านคน อย่างไรก็ตามองค์การอนามัยโลกแนะนำว่าประเทศที่กำลังประสบปัญหาการขาดแคลนพยาบาลควรมีการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 8 ต่อปี ตลอดจนหาแนวทางในการสร้างวิชาชีพของพยาบาลฉบับใหม่ให้มากที่สุด (Consumer News and Business Channel, 2020) ปัจจุบันการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยไม่ได้มีสาเหตุจากการผลิตที่ไม่เพียงพอแต่เป็นผลจากการที่ไม่สามารถรักษารักษาผู้ที่มิมีทักษะและประสบการณ์ไว้ได้ (กฤษฎา แสงวงดี, 2560) เนื่องจากค่าตอบแทนไม่เหมาะสมกับภาระงานที่หนักรวมทั้งสวัสดิการที่ไม่เพียงพอกับภาระของครอบครัวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงานและบรรยากาศในองค์กร การมีภาระครอบครัวมากและบรรยากาศองค์กรทำให้เกิดการลาออกของพยาบาล การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลอย่างเป็นระบบให้พยาบาลฉบับใหม่มีความพร้อมให้การบริการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพจึงเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาการลาออกของพยาบาลฉบับใหม่ได้ (นันทวัน ดาวอุดม, สมฤดี ธัญปาลิต, อัจฉรา สุขมาก, สายสมร เฉลยจิตติ, และธมนพัชร สิมากร, 2559)

ผลกระทบของการขาดแคลนพยาบาลทำให้ผู้รับบริการไม่ได้รับบริการการดูแลรักษาสุขภาพอย่างทันท่วงที และอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรงต่อชีวิต พิกัดหรือเสียชีวิตได้ จำนวนพยาบาลที่คงอยู่ต้องรับภาระงานที่มากขึ้น ต้องปฏิบัติงานล่วงเวลาเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ผลกระทบต่อองค์กร ก่อให้เกิดภาพลักษณ์ที่ไม่ดีต่อองค์กร ผู้รับบริการไม่ได้รับบริการที่มีคุณภาพ เสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาล ทำให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น และอาจเกิดข้อร้องเรียนขององค์กรตามมาได้ (ศิริเพ็ญ วีระจิตต์, บุญทิพย์ สิริขันธ์ศรี, และรัชนี้ นามจันทร์, 2559)

การแก้ไขปัญหาคาดแคลนพยาบาล คือการเพิ่มค่าตอบแทนของวิชาชีพ ลดภาระงานพยาบาล สร้างความปลอดภัยในองค์กร ส่งเสริมบรรยากาศในการปฏิบัติงานที่ดี การส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพที่คงอยู่มีความรู้ความสามารถที่ทันสมัยกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการทำงานและการสร้างสรรค์ความผูกพันองค์กร ส่งผลให้การคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มมากขึ้น วิธีการที่ช่วยให้พยาบาลจบใหม่รับมือกับสถานการณ์ความวิตกกังวล ความเครียด การเผชิญหน้ากับสถานการณ์ใหม่ สิ่งแวดล้อมใหม่ นั่นก็คือการปฏิบัติงานควบคู่กับพยาบาลพี่เลี้ยง (บงกชพร ตั้งฉัตรชัย, บุญทิพย์ สิริรังศรี, สุพิมพ์ ศรีพันธุ์รสกุล, และวิไลพร รังควัต, 2554) ซึ่งมีการศึกษาวิจัยสนับสนุนว่าพยาบาลพี่เลี้ยงมีความสำคัญต่อการเพิ่มอัตราการคงอยู่ของพยาบาลจบใหม่รวมทั้งเป็นการพัฒนาพยาบาลจบใหม่ให้มีศักยภาพและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน (อรุณรัตน์ คันทรา, 2557) รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงมีความจำเป็นสำหรับโรงพยาบาล สามารถพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้ความชำนาญ ความสามารถ และทัศนคติที่ดีแก่พยาบาลจบใหม่และพยาบาลพี่เลี้ยง เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลพี่เลี้ยงได้ พร้อมนำความรู้ที่ได้รับไปสู่การปฏิบัติงานจริงจนส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อองค์กรได้ (จิตภา รอดโพธิ์ทอง, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, และนวลชนินฐ์ ลิขิตลือชา, 2559)

จากการสำรวจเบื้องต้นจากหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาในประเด็นรูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมพบว่า ยังไม่มีรูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงที่ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกัน พยาบาลพี่เลี้ยงที่ผ่านการอบรมครูพี่เลี้ยงจากสภาการพยาบาลยังมีจำนวนไม่เพียงพอในการสอนงานแก่พยาบาลจบใหม่ ระบบการจัดเวรยังไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลพี่เลี้ยงในการฝึกสอนการปฏิบัติงานของพยาบาลจบใหม่ เช่น การจัดเวรให้พยาบาลพี่เลี้ยงปฏิบัติงานเวรเช้า ในขณะที่พยาบาลจบใหม่ปฏิบัติงานเวรบ่ายคึก นอกจากนี้ยังไม่มีระบบประเมินติดตามการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลพี่เลี้ยง ซึ่งส่งผลให้พยาบาลจบใหม่เกิดความสับสน วิตกกังวล เกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อวิชาชีพ ไม่มีความสุขในการปฏิบัติกรพยาบาล จึงเกิดการลาออกจากการปฏิบัติงานตามมาได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนารูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม และประเมินผลการใช้รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเพื่อให้มีแนวทางการปฏิบัติพยาบาลพี่เลี้ยงอย่างชัดเจน มีมาตรฐาน เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพการณ์ปัจจุบันต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบแผนการวิจัยเป็นการศึกษากลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-posttest design) โดยเก็บข้อมูลระหว่าง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมจาก 4 หอผู้ป่วย ประกอบด้วยพยาบาลที่เลี้ยงคือพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุงานมากกว่า 3 ปี และผ่านการอบรมหลักสูตรครูที่เลี้ยงจากสภาการพยาบาล จำนวน 13 คน และพยาบาลจบใหม่ซึ่งมีอายุงานไม่เกิน 2 ปี จำนวน 13 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE622170 และผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เลขที่ 078/2019 และผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัย โดยรักษาความลับของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ รูปแบบพยาบาลที่เลี้ยงในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมที่พัฒนาขึ้น และแบบประเมินประสิทธิผลของรูปแบบพยาบาลที่เลี้ยง ซึ่งปรับปรุงมาจากบุญรวม ปรีบูรณ์ (2555)

1. รูปแบบพยาบาลที่เลี้ยงในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

สร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรมจากตำราเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวกับความหมาย แนวคิด การจัดรูปแบบพยาบาลที่เลี้ยง บทบาทพยาบาลที่เลี้ยงและทักษะการปฏิบัติบทบาทพยาบาลที่เลี้ยง ตลอดจนศึกษาปัญหาและอุปสรรค ปัจจัยสนับสนุนในการใช้รูปแบบพยาบาลที่เลี้ยง กำหนดเนื้อหาในการบรรยายการใช้รูปแบบพยาบาลที่เลี้ยง การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหาตามกระบวนการพยาบาล การประเมินการสอน โดยพยาบาลที่เลี้ยงและพยาบาลจบใหม่มีส่วนร่วมในการประเมินและสรุปเป็นรูปแบบพยาบาลที่เลี้ยงในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม และร่วมกันพัฒนาคู่มือพยาบาลที่เลี้ยงในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติบทบาทของพยาบาลที่เลี้ยง กิจกรรมการสอน ระยะเวลาที่เหมาะสมในการใช้รูปแบบพยาบาลที่เลี้ยงในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

2. แบบประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบพยาบาลที่เลี้ยง มี 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความรู้ของพยาบาลที่เลี้ยงและพยาบาลจบใหม่เกี่ยวกับรูปแบบพยาบาลที่เลี้ยงมีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามและการตอบเป็นแบบถูก-ผิด ข้อที่ตอบถูกได้ 1 คะแนน ส่วนข้อที่ตอบผิดได้ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคือ 0 - 7 คะแนน หมายถึง ระดับความรู้ต่ำ, 8 - 14 คะแนน หมายถึง ระดับความรู้ปานกลาง และ 15 - 20 คะแนน หมายถึง ระดับความรู้สูง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินทัศนคติต่อรูปแบบพยาบาลที่เลี้ยง จำนวน 30 ข้อ โดยแบ่งเป็นทัศนคติทางบวก จำนวน 22 ข้อ และทัศนคติเชิงลบจำนวน 8 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนทัศนคติทางบวก คือ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 4 หมายถึง เห็นด้วย, 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ, 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย และ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

อย่างยิ่ง ส่วนทัศนคติเชิงลบมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 5 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 4 หมายถึง ไม่เห็นด้วย, 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ, 2 หมายถึง เห็นด้วย, และ 1 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทักษะการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงจำนวน 40 ข้อ ครอบคลุม 7 บทบาท ได้แก่ บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล 5 ข้อ บทบาทครู 6 ข้อ บทบาทผู้ให้คำปรึกษา 6 ข้อ บทบาทผู้สนับสนุน 5 ข้อ บทบาทผู้แนะนำ 7 ข้อ บทบาทนักวิจัย 5 ข้อ และบทบาทเพื่อนผู้ใกล้ชิด 5 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 5 หมายถึง มีทักษะการปฏิบัติบทบาทนั้นมากที่สุด, 4 หมายถึง มีทักษะการปฏิบัติบทบาทนั้นเป็นส่วนมาก, 3 หมายถึง มีทักษะการปฏิบัติบทบาทนั้นเป็นบางส่วน, 2 หมายถึง มีทักษะการปฏิบัติบทบาทนั้นเป็นส่วนน้อย และ 1 หมายถึง มีทักษะการปฏิบัติบทบาทนั้นน้อยที่สุดหรือไม่พึงพอใจเลย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินผลความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงจำนวน 6 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 5 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุดหรือดีมาก, 4 หมายถึง มีความพึงพอใจมากหรือดี, 3 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลางหรือพอใช้, 2 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยหรือต่ำกว่ามาตรฐาน, และ 1 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุดหรือต้องปรับปรุง

แบบประเมินส่วนที่ 2-4 มีเกณฑ์การแปลผลตามระดับคะแนน ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับดังนี้ 4.50-5.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด, 3.50-4.49 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก, 2.50-3.49 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง, 1.50-2.49 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย และ 1.00-1.49 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2550)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยทั้งสองชุด ได้รับตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม 1 ท่าน หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ท่าน อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน และอาจารย์สาขาการบริหารการพยาบาล 2 ท่าน โดยมีผลการตรวจสอบคุณภาพดังนี้

1. รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมได้ตรวจสอบคุณภาพโดยนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขเนื้อหา และให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุม ความชัดเจน ความถูกต้องเหมาะสม ตลอดจนข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ผลการตรวจพบว่าผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน เห็นชอบที่จะให้นำรูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงที่สร้างขึ้นสามารถนำไปทดลองใช้จริงได้ ส่วนคู่มือพยาบาลพี่เลี้ยง ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เห็นชอบที่จะให้นำคู่มือไปใช้และเสนอแนะให้ปรับเนื้อหาให้กระชับ จัดรูปแบบให้อ่าน ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาทำการแก้ไขปรับปรุงคู่มือให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปทดลองใช้จริง

2. แบบประเมินประสิทธิผลของรูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยง ได้นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขเนื้อหาเบื้องต้น และให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง และความเหมาะสมของภาษา

ที่ใช้ จากนั้นนำมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .80 ซึ่งอยู่ในระดับดี หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงทั้ง 4 ส่วนที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มพยาบาลหน่วยอื่น ๆ ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ซึ่งได้ค่าเท่ากับ .84, .90, .94, และ .80 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลตามขนาดกลุ่มตัวอย่างและแจ้งระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2563

2. เมื่อได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ และกระบวนการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ จากนั้นประเมินความรู้ทัศนคติ ทักษะการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงของพยาบาลพี่เลี้ยงและพยาบาลจบใหม่

3. นำรูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงที่พัฒนาขึ้นไปใช้ทดลองปฏิบัติเป็นระยะเวลา 2 เดือน (มกราคม - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563) ตามโปรแกรมการพัฒนาพยาบาลพี่เลี้ยงที่พัฒนาขึ้น โดยจัดให้มีพยาบาลพี่เลี้ยง 1 คนต่อพยาบาลจบใหม่ 1-2 คน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลพี่เลี้ยงและพยาบาลจบใหม่ เช่น การกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง สอนงานทางคลินิกทั่วไป

สัปดาห์ที่ 2-3 ปฏิบัติงานเวรเช้า มีการสอนการปฏิบัติงานระหว่างพยาบาลพี่เลี้ยงและพยาบาลจบใหม่ ตามที่ได้รับมอบหมายงานและมีการอธิบายลักษณะการปฏิบัติงานเวรเช้า ทั้งด้านเอกสารและวิชาการ ตลอดจนการปฏิบัติงานทางคลินิก

สัปดาห์ที่ 4-5 สอนการปฏิบัติงานเวรบ่าย ลักษณะงานเวรบ่าย รวมทั้งสอนงานวิชาการแก่พยาบาลจบใหม่

สัปดาห์ที่ 6-7 สอนปฏิบัติงานเวรดึกตามที่ได้รับมอบหมาย และเปิดโอกาสให้พยาบาลจบใหม่สอบถามข้อสงสัยหรือสิ่งที่ปฏิบัติไม่ได้ สัปดาห์ที่ 8 เป็นการยุติความสัมพันธ์ภาพ มีการสอบถามความรู้สึก ความพึงพอใจในบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง และทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อยุติสัมพันธภาพ เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4

สัปดาห์ที่ 8 มีการสนทนากลุ่มเป็นระยะเวลา 1 ชั่วโมง โดยพยาบาลพี่เลี้ยงและพยาบาลจบใหม่เพื่อร่วมกันเสนอปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานและร่วมกันแก้ไขปัญหาที่พบ

1. นำรูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงผู้วิจัยได้ประเมินความรู้ ทัศนคติ ทักษะการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงของพยาบาลพี่เลี้ยงและพยาบาลจบใหม่ รวมทั้งประเมินผลความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ได้ตรวจสอบความสมบูรณ์แล้วไปจัดเตรียมแฟ้มข้อมูล บันทึกข้อมูลแล้วจึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความรู้ ทักษะและทักษะการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลที่เลี้ยงก่อนและหลังพัฒนารูปแบบพยาบาลที่เลี้ยงในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับมาจากกลุ่มพยาบาลที่เลี้ยง 19 ชุด (ร้อยละ 100) โดยพบว่าพยาบาลที่เลี้ยงมีอายุเฉลี่ย 45 ปี ($SD = 6.09$) ประสบการณ์การทำงานในหน่วยงานปัจจุบันเฉลี่ย 18 ปี ($SD = 7.28$) พยาบาลที่เลี้ยงทุกคน (ร้อยละ 100) มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี และเคยได้รับการอบรมพยาบาลที่เลี้ยงส่วนมาก ผ่านการอบรมเฉพาะทางวิกฤต (ร้อยละ 84) และมีสถานภาพโสด (ร้อยละ 68)

ผลการเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ ทักษะการปฏิบัติบทบาทพยาบาลที่เลี้ยงของพยาบาลที่เลี้ยงก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบพยาบาลที่เลี้ยงโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 พบว่า

ความรู้ก่อนและหลังการได้รับการพัฒนารูปแบบพยาบาลที่เลี้ยงของพยาบาลที่เลี้ยง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.84, p < .001$) โดยพยาบาลที่เลี้ยงทั้งหมด 19 คน มีความรู้หลังจากการได้รับการพัฒนารูปแบบพยาบาลพยาบาลที่เลี้ยงดีกว่าก่อนได้รับการพัฒนารูปแบบพยาบาลที่เลี้ยง

ทัศนคติก่อนและหลังการได้รับการพัฒนารูปแบบพยาบาลที่เลี้ยงของพยาบาลที่เลี้ยง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.15, p = .002$) โดยพยาบาลที่เลี้ยงจำนวน 13 คน (ร้อยละ 68.42) มีทัศนคติดีกว่าก่อนได้รับการพัฒนารูปแบบพยาบาลที่เลี้ยง

ทักษะการปฏิบัติบทบาทพยาบาลที่เลี้ยงก่อนและหลังการได้รับการพัฒนารูปแบบพยาบาลที่เลี้ยงของพยาบาลที่เลี้ยง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.99, p = .003$) โดยพยาบาลที่เลี้ยงจำนวน 15 คน (ร้อยละ 78.95) มีทักษะการปฏิบัติบทบาทพยาบาลที่เลี้ยงเพิ่มขึ้นดีกว่าก่อนได้รับการพัฒนารูปแบบพยาบาลที่เลี้ยง (ดังรายละเอียดในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความรู้ ทักษะคติ ทักษะการปฏิบัติบทบาทพยาบาลที่เลี้ยงของพยาบาลที่เลี้ยง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบพยาบาลที่เลี้ยง

ความรู้	คะแนนลดลง	0	.00	-3.84 ^b	<.001
	คะแนนเพิ่มขึ้น	19	10.00		
ทัศนคติ	คะแนนลดลง	4	2.50	-3.15 ^b	.002
	คะแนนเพิ่มขึ้น	13	11.00		
	คะแนนเท่าเดิม	2			
ทักษะการปฏิบัติ บทบาทพยาบาลที่ เลี้ยง	คะแนนลดลง	3	5.67	-2.99 ^b	.003
	คะแนนเพิ่มขึ้น	15	10.27		
	คะแนนเท่าเดิม	1			

a. Based on negative ranks

b. Based on positive ranks

n. จำนวนพยาบาลที่เลี้ยง = 19 คน

ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับมาจากกลุ่มพยาบาลจบใหม่จำนวน 13 ชุด (ร้อยละ 100) โดยพยาบาลจบใหม่มีอายุเฉลี่ย 24 ปี ($SD = .87$) มีประสบการณ์การทำงานในหน่วยงาน เฉลี่ย 9 เดือน ($SD = 3.03$) ทุกคน (ร้อยละ 100) มีสถานภาพโสด มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และไม่ผ่านการอบรม เฉพาะทางวิกฤต

ผลการเปรียบเทียบความรู้ ทักษะคติ ทักษะการปฏิบัติบทบาทพยาบาลที่เลี้ยงของพยาบาลจบใหม่ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบพยาบาลที่เลี้ยงโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 พบว่า

ความรู้ก่อนและหลังการได้รับการพัฒนารูปแบบพยาบาลที่เลี้ยงของพยาบาลจบใหม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.20, p = .001$) โดยพยาบาลจบใหม่ทั้งหมด 13 คน มีความรู้หลังการ ได้รับการพัฒนารูปแบบพยาบาลที่เลี้ยงดีกว่าก่อนได้รับการพัฒนารูปแบบพยาบาลที่เลี้ยง

ทัศนคติก่อนและหลังการได้รับการพัฒนารูปแบบพยาบาลที่เลี้ยงของพยาบาลจบใหม่ แตกต่าง กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.56, p = .011$) โดยพยาบาลจบใหม่จำนวน 10 คน (ร้อยละ 76.92) มีทัศนคติที่ดีกว่าก่อนได้รับการพัฒนารูปแบบพยาบาลที่เลี้ยง

ทักษะการปฏิบัติบทบาทพยาบาลที่เลี้ยง ก่อนและหลังการได้รับการพัฒนารูปแบบพยาบาลที่ เลี้ยงของพยาบาลจบใหม่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.06, p = .002$) โดยพยาบาลจบ ใหม่จำนวน 12 คน (ร้อยละ 92.31) มีทักษะการปฏิบัติบทบาทพยาบาลที่เลี้ยงเพิ่มขึ้นดีกว่าก่อนได้รับการ พัฒนารูปแบบพยาบาลที่เลี้ยง (ดังรายละเอียดในตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ ทักษะการปฏิบัติบทบาทพยาบาลที่เลี้ยงของพยาบาลจบใหม่ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบพยาบาลที่เลี้ยง

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา – หลังการพัฒนา	n	Mean Rank	Z	p-value
ความรู้	คะแนนลดลง	0	0.00	-3.20 ^b	.001
	คะแนนเพิ่มขึ้น	13	7.00		
ทัศนคติ	คะแนนลดลง	3	3.00	-2.56 ^b	.011
	คะแนนเพิ่มขึ้น	10	8.20		
ทักษะการปฏิบัติ บทบาทพยาบาลที่ เลี้ยง	คะแนนลดลง	0	0.00	-3.06 ^b	.002
	คะแนนเพิ่มขึ้น	12	6.50		
	คะแนนเท่าเดิม	1			

a. Based on negative ranks

b. Based on positive ranks

n. จำนวนพยาบาลจบใหม่ = 13 คน

ผลความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบพยาบาลที่เลี้ยงพบว่าก่อนการพัฒนาารูปแบบพยาบาลที่เลี้ยงผู้ประเมินที่เป็นพยาบาลที่เลี้ยง พยาบาลจบใหม่ และหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความพึงพอใจในารูปแบบพยาบาลที่เลี้ยงอยู่ในระดับดี และมีคะแนนความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 4.38$, $SD = .27$) เช่นกัน และหลังจากพัฒนารูปแบบพยาบาลที่เลี้ยงในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา แล้ว พบว่าคะแนนความพึงพอใจโดยรวมเพิ่มสูงขึ้นจากระดับดี เป็นระดับมาก ($M = 4.68$, $SD = .25$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สรุปค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบพยาบาลที่เลี้ยง ของพยาบาลที่เลี้ยง พยาบาลจบใหม่ และหัวหน้าหอผู้ป่วย

ผู้ประเมิน	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
พยาบาลที่เลี้ยง	4.34	.27	ดี	4.66	.24	ดีมาก
พยาบาลจบใหม่	4.45	.29	ดี	4.73	.25	ดีมาก
หัวหน้าหอผู้ป่วย	4.35	.26	ดี	4.67	.27	ดีมาก
ค่าเฉลี่ยรวม	4.38	.27	ดี	4.68	.25	ดีมาก

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยเรื่องประสิทธิผลของการใช้รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

ประสิทธิผลด้านความรู้พบว่า พยาบาลพี่เลี้ยงและพยาบาลจบใหม่มีคะแนนความรู้ในเรื่องรูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงเพิ่มสูงมากยิ่งขึ้นหลังการพัฒนา รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการพัฒนารูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงในครั้งนี้ มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ทั้งพยาบาลพี่เลี้ยงและพยาบาลจบใหม่ โดยมีวิธีการอบรมคือการให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงโดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ และการเข้ากลุ่มเล่นเกม เพื่อเชื่อมสัมพันธ์ภาพที่ดี ละลายพฤติกรรม เพิ่มความคุ้นเคย ความรัก ความสามัคคีระหว่างพยาบาลพี่เลี้ยงและพยาบาลจบใหม่ ตลอดจนมีการนำคู่มือพยาบาลพี่เลี้ยงไปใช้ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ทำให้ความรู้หลังการพัฒนา รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงเพิ่มขึ้น ผู้ที่เข้าร่วมโครงการ มีความรู้ความเข้าใจมากยิ่งขึ้น รวมทั้งเกิดความสัมพันธ์ที่ดีซึ่งกันและกัน ซึ่งส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลพี่เลี้ยงและพยาบาลจบใหม่เพิ่มมากยิ่งขึ้น

ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับ งานวิจัยของจิตาภา รอดโพธิ์ทอง และคณะ (2559) ที่ศึกษาการพัฒนา รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับพยาบาลวิชาชีพใหม่ โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี พบว่า การพัฒนารูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงด้วยการจัดกิจกรรมอบรมร่วมกันระหว่างพยาบาลพี่เลี้ยงและพยาบาลวิชาชีพใหม่ ด้วยกิจกรรมเรียนรู้ที่หลากหลาย ส่งผลต่อความรู้ ความเข้าใจ และความสัมพันธ์ที่ดี การที่พยาบาลวิชาชีพใหม่ได้รับการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ทั้งจากวิทยากรที่เชี่ยวชาญหรือจากพยาบาลพี่เลี้ยงทำให้พยาบาลวิชาชีพใหม่มีความรู้ และความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น และพยาบาลพี่เลี้ยงก็มีความรู้สึกว่าการพัฒนาตนสู่บทบาทการเป็นพี่เลี้ยงจะต้องมีการพัฒนาความรู้ มีทักษะทางวิชาชีพที่จะสอนน้อง ถือเป็นความก้าวหน้าทางวิชาชีพ เห็นควรนำรูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงมาใช้ เพื่อสร้างความรู้สึกละเป็นครอบครัวเดียวกันในองค์กรโดยพัฒนาความรู้ให้ทันสมัยทุกปี

ประสิทธิผลด้านทัศนคติต่อบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง พบว่า พยาบาลพี่เลี้ยงและพยาบาลจบใหม่ มีทัศนคติที่ดีเพิ่มมากยิ่งขึ้นหลังการพัฒนา รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเมื่อพยาบาลพี่เลี้ยงและพยาบาลจบใหม่ได้รับความรู้และการบรรยายบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง คุณค่าและประโยชน์ของพยาบาลพี่เลี้ยง ทำให้พยาบาลพี่เลี้ยงมีความพร้อมและความมั่นใจเพิ่มขึ้น ประกอบกับทั้งสองกลุ่มได้ร่วมเสนอจัดทำคู่มือรูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ก่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อรูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงที่มีการร่วมกันพัฒนา สอดคล้องกับงานวิจัยของ กัญญารัตน์ จุงพิริยะพงษ์ (2558) ที่ศึกษาการพัฒนา รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงเพื่อเตรียมพยาบาลใหม่ โดยพบว่า การนำรูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงไปใช้เพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลใหม่ ช่วยให้เห็นคุณค่าของพยาบาลใหม่ที่มีต่อพยาบาลพี่เลี้ยงดียิ่งขึ้น ส่งผลต่อความสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกัน และทัศนคติของพยาบาลพี่เลี้ยงที่ต้องการเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่พยาบาลใหม่ ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานเพิ่มสูงมากยิ่งขึ้น

ในส่วนทัศนคติด้านลบพบว่ามีพยาบาลพี่เลี้ยง 4 คน มีทัศนคติด้านลบหลังการพัฒนา รูปแบบ อภิปรายว่า พยาบาลพี่เลี้ยงบางรายรู้สึกมีความรับผิดชอบและภาระงานมากขึ้น ต้องถูกจัดเวรปฏิบัติงาน

คู่กับพยาบาลจบใหม่ตลอด ไม่สามารถเปลี่ยนเวรไปทำธุระส่วนตัวได้ และรู้สึกทำให้เวลาในการสอนงานน้อยไป เกิดความรู้สึกกังวล ส่งผลให้ทัศนคติด้านลบเพิ่มขึ้น ส่วนพยาบาลจบใหม่มีทัศนคติด้านลบ 3 คน อภิปรายได้ว่า อาจเกิดจากบางหอผู้ป่วยที่มีพยาบาลพี่เลี้ยง 2 คน ในการดูแลพยาบาลจบใหม่ 1 คน ทำให้พยาบาลจบใหม่เกิดความสับสนและไม่มั่นใจว่าปฏิบัติงานถูกต้อง เนื่องจากการสอนงานของพยาบาลพี่เลี้ยงไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทำให้คะแนนทัศนคติของพยาบาลจบใหม่บางรายลดลง

ประสิทธิผลด้านทักษะการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงพบว่า พยาบาลพี่เลี้ยงและพยาบาลจบใหม่มีทักษะการปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น หลังการพัฒนาารูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาบาลพี่เลี้ยง มีประสบการณ์การสอนงานพยาบาลจบใหม่และเคยผ่านการอบรมครูพี่เลี้ยงมาแล้ว จึงทำให้มีทักษะการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงที่ดี ส่วนหลังการพัฒนาารูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยง มีพยาบาลพี่เลี้ยง 3 คน มีคะแนนทักษะการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงลดลง เนื่องจากพยาบาลพี่เลี้ยงต้องทบทวนความรู้ของตนเองและนำงานวิจัยมาใช้ในงานพยาบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรมเพิ่มขึ้น ซึ่งพี่เลี้ยงบางรายยังไม่มั่นใจในการสอนงาน บางรายไม่เคยอบรมเฉพาะทางพยาบาลวิกฤต มีความต้องการการนำองค์ความรู้ใหม่จากงานวิจัยมาใช้ในการสอนงานพยาบาลจบใหม่และเป็นการเพิ่มภาระงานให้พยาบาลพี่เลี้ยงทำให้ทักษะการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงมีคะแนนลดลง

ส่วนพยาบาลจบใหม่มีคะแนนทักษะการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงเพิ่มขึ้น เนื่องจากพยาบาลจบใหม่ประเมินว่า พยาบาลพี่เลี้ยงที่มาช่วยสอนงานมีทักษะการปฏิบัติพยาบาลพี่เลี้ยงที่ดีอยู่แล้วในทุกด้าน สอดคล้องกับงานวิจัยของ นันทวัน ดาวอุดม และคณะ (2559) ที่ศึกษาการนำงานวิจัยมาใช้ในการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้ ความสามารถและทัศนคติที่ดีจะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลพี่เลี้ยงที่ดีส่งผลลัพธ์ที่ดีขึ้นต่อองค์กรได้ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ กุทอง วรธมนินวงศ์ (2557) ที่ศึกษาการพัฒนาตนเองของพยาบาลพี่เลี้ยง พบว่าการมีประสบการณ์ เป็นปัจจัยช่วยควบคุมพฤติกรรม ส่งผลให้พยาบาลพี่เลี้ยง ปฏิบัติงานด้วยความตั้งใจ เต็มใจและภูมิใจในการให้บริการทางการพยาบาล มีทักษะในการปฏิบัติงานที่ดี และเพิ่มประสิทธิผลการเป็นพี่เลี้ยงทางการพยาบาล

ความพึงพอใจในรูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงของพยาบาลพี่เลี้ยงและพยาบาลจบใหม่พบว่า การประเมินจากพยาบาลพี่เลี้ยงและพยาบาลจบใหม่ ให้คะแนนโดยรวมของพยาบาลพี่เลี้ยงก่อนการพัฒนาารูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงอยู่ในระดับดี และหลังการพัฒนาารูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงอยู่ในระดับดีมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนาารูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยง พยาบาลพี่เลี้ยงมีความมั่นใจในตนเองด้านวิชาชีพมากยิ่งขึ้น เนื่องจากตนเองสามารถนำความรู้ และประสบการณ์ของตนเองถ่ายทอดให้แก่ผู้อื่นได้ ส่วนพยาบาลจบใหม่ถึงแม้ว่าจะอาจจะมีความรู้ทางวิชาชีพครบถ้วนสมบูรณ์อยู่แล้ว แต่ยังคงขาดซึ่งประสบการณ์ ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เพราะงานด้านการพยาบาลเป็นงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบต่อชีวิตของผู้ป่วย จึงสร้างความกดดันอย่างสูง และส่งผลให้พยาบาลจบใหม่เกิดความเครียด แต่เมื่อมีการใช้รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงเข้ามาช่วย ส่งผลให้พยาบาลจบใหม่เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น ตลอดจนรูปแบบพี่เลี้ยงนี้ก่อให้เกิดมิตรภาพ และเกิดบรรยากาศที่ดีในการทำงาน อันจะส่งผลให้คุณภาพ

ชีวิตในการทำงานของพยาบาลดียิ่งขึ้น พยาบาลมีความสุข มีทัศนคติที่ดี มีความรักและความผูกพันกับองค์กร และสามารถปฏิบัติหน้าที่ร่วมกันทั้งพยาบาลพี่เลี้ยงและพยาบาลจบใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีอัตราการจ้างอยู่ในวิชาชีพยาวนานเพิ่มขึ้น

ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ อัญญา พลดเปลื้อง (2559) ที่พบว่าพยาบาลพี่เลี้ยงต้องมีคุณลักษณะทางวิชาชีพพยาบาลที่เหมาะสม สามารถทำหน้าที่ผู้สอน สนับสนุน ให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลแก่พยาบาลจบใหม่ เป็นแบบอย่างที่ดี เป็นผู้ประสานความรู้ ให้การสนับสนุนด้านการฝึกปฏิบัติงาน และเป็นผู้ประเมินผลการปฏิบัติงานที่ดี ส่งผลให้การปฏิบัติงานของพยาบาลจบใหม่มีคุณภาพและเกิดความพึงพอใจในงานพยาบาลตามมาได้ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริเพ็ญ วีระจิตต์ และคณะ (2559) ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยพบว่าการนำรูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงไปใช้ในหอผู้ป่วยที่มีพยาบาลจบใหม่ ผลในภาพรวมมีระดับความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงมีคะแนนความพึงพอใจมากที่สุด โดยรูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงที่พัฒนาขึ้นมีเนื้อหาเหมาะสมกับการเรียนรู้ พยาบาลพี่เลี้ยงและพยาบาลวิชาชีพจบใหม่มีการปรับตัวเข้าหากันได้เร็วขึ้น มีสัมพันธภาพที่ดี มีความเข้าใจกัน ทำให้การปฏิบัติงานระหว่างพยาบาลพี่เลี้ยงและพยาบาลวิชาชีพจบใหม่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากยิ่งขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

พยาบาลพี่เลี้ยงมีความรู้ ทักษะ และทักษะการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพยาบาลจบใหม่มีความรู้ ทักษะ และทักษะการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทั้ง 2 กลุ่มมีความรู้ ทักษะ และทักษะการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงเพิ่มขึ้นหลังการพัฒนาารูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงและมีความพึงพอใจในารูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงที่พัฒนาขึ้นในระดับพึงพอใจมากที่สุด รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลและเป็นแนวทางในการนำไปใช้ให้กับหน่วยงานอื่นได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ 1) ควรมีการนำรูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงในหอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาที่ได้พัฒนาขึ้นนี้ ไปประยุกต์ใช้ให้ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาในหน่วยงานที่มีพยาบาลจบใหม่ 2) ในแผนยุทธศาสตร์ฝ่ายการพยาบาลควรกำหนดให้มีการพัฒนาารูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงอย่างเป็นระบบ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลจบใหม่

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไปควรมีการศึกษารูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงตามลักษณะของแต่ละหน่วยงานเพื่อการเสริมทักษะการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงตามความต้องการ

เอกสารอ้างอิง

- กฤษฎา แสงวงดี. (2560). วิถีชีวิตและคนพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: ข้อเสนอเชิงนโยบาย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(2), 456-468.
- กัญญารัตน์ จุงพิริยะพงษ์. (2558). *การพัฒนารูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงเพื่อเตรียมพยาบาลวิชาชีพเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเอกชน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- จิตาภา รอดโพธิ์ทอง, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, และนวลขนิษฐา ลิขิตลือชา. (2559). การพัฒนาแบบพยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับพยาบาลวิชาชีพใหม่โรงพยาบาลปากเกร็ดจังหวัดนนทบุรี. *วารสารกองการพยาบาล*, 43(2), 66-82.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2550). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 10). นนทบุรี: ไทยเนรมิต กิจอินเตอร์โปรเกรสซิฟ.
- นันทวัน ดาวอุดม, สมฤดี ชันยาลิต, อัจฉรา สุขมาก, สายสมร เฉลยกิตติ, และธมนพัชร สิมากร. (2559). การพัฒนาแบบพยาบาลพี่เลี้ยงโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 17(3), 197-206.
- บงกชพร ตั้งฉัตรชัย, บุญทิพย์ สิริรังศรี, สุพิมพ์ ศรีพันธ์วรสกุล, และวิไลพร รังควัต. (2554). ปัจจัยทำนายการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(4), 43-54.
- บุญร่วม ปรีบุญณะ. (2555). *การพัฒนาระบบพยาบาลพี่เลี้ยงในแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลนครพนม*. (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ภูทอง วรรณนิวงคำ. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานบทบาทพี่เลี้ยงของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลแหล่งฝึกหลักของวิทยาลัยวิทยาศาสตร์สุขภาพสาธารณสุขราชภัฏวชิรเวศน์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ศิริเพ็ญ วีระจิตต์, บุญทิพย์ สิริรังศรี, และรัชนี้ นามจันทร์. (2559). การพัฒนาแบบพยาบาลพี่เลี้ยงโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 8(2), 138-150.
- อรุณรัตน์ คันทา. (2557). ผลกระทบและทางออกของการขาดแคลนกำลังทางการพยาบาลในประเทศไทย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 32(1), 81-90.
- อัญญา ปลอดเปลื้อง. (2559). สมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยง Competencies of preceptor. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 8(3), 168-174.
- Consumer News and Business Channel. (2020). *6 million people to support the coco-19*. Retrieved from <https://www.pptvhd36.com/news/123050>
- World Health Organization. (2016). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. Geneva: World Health Organization.

ปัจจัยทำนายสมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

อติพร สํารามย์บัว, Ph.D.¹

เบญจมาศ ทำเจริญตระกูล, พย.ม.²

(วันที่ส่งบทความ: 23 มิถุนายน 2563; วันที่แก้ไข: 16 สิงหาคม 2563; วันที่ตอบรับ: 3 กันยายน 2563)

บทคัดย่อ

สภาการพยาบาลพัฒนาหลักสูตรการให้ยาเพื่อให้ศึกษามีสมรรถนะการให้ยาเพิ่มมากขึ้นการศึกษาเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการสอนส่งเสริมความรู้ รูปแบบการสอนส่งเสริมเจตคติ รูปแบบการสอนส่งเสริมทักษะ สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ ทักษะการสืบค้น กับสมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล 2) ศึกษาปัจจัยทำนายสมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2-4 ปี จำนวน 324 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล 1) แบบประเมินรูปแบบการสอนส่งเสริมความรู้ 2) แบบประเมินรูปแบบการสอนส่งเสริมเจตคติ 3) แบบประเมินรูปแบบการสอนส่งเสริมทักษะ 4) แบบประเมินสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ 5) แบบประเมินทักษะการสืบค้น และ 6) แบบประเมินสมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุผลในระดับดี ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสมรรถนะการให้ยาของนักศึกษาพยาบาลคือ รูปแบบการสอนส่งเสริมความรู้ ($r = .369, p < .01$) รูปแบบการสอนส่งเสริมเจตคติ ($r = .478, p < .01$) รูปแบบการสอนส่งเสริมทักษะ ($r = .374, p < .01$) สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ ($r = .410, p < .01$) ทักษะการสืบค้น ($r = .494, p < .01$) และตัวแปรทุกตัวยกเว้นรูปแบบการสอนส่งเสริมเจตคติ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะการให้ยาได้ร้อยละ 38.2 ($p < .000$) ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการสอนการใช้อย่างสมเหตุผลในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: การใช้อย่างสมเหตุผล, สมรรถนะการให้ยา, นักศึกษาพยาบาล

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

¹Corresponding author: อติพร สํารามย์บัว, E-mail: atiporn@knc.ac.th

Factors Predicting Rational Drug Use Among Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima

Atiporn Samranbua, Ph.D.¹

Benjamas Thamcharoentrakul, M.N.S.²

(Received: June 23rd, 2020; Revised: August 16th, 2020; Accepted: September 3rd, 2020)

Abstract

The Thailand Nursing and Midwifery Council developed drug use guidelines to improve rational drug use competency among nursing students. The purposes of this survey study were to: 1) determine the relationships between teaching style for knowledge promotion, teaching style for attitude promotion, teaching style for skill promotion, learning facilitation, information retrieval skills, and rational drug use (RDU) competencies among nursing students, and 2) investigate factors predicting RDU among nursing students at the Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima. The sample was 324 second to fourth year nursing students. The instruments of this study were 1) the teaching style for knowledge promotion questionnaire, 2) the teaching style for attitude promotion questionnaire, 3) the teaching style for skill promotion questionnaire, 4) learning facilitation questionnaire, 5) the questionnaire of Information Retrieval Skills, and 6) the questionnaire of RDU competencies for nursing students. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regressions. The research results showed that the students' RDU competencies were at good level. There were positive correlations between the teaching styles for knowledge promotion, attitude promotion, skill promotion, learning facilitation, information retrieval skills, and RDU competencies ($r = .369$, $r = .478$, $r = .374$, $r = .410$, $r = .494$ at $p < .01$ respectively). All of the factors except teaching style for attitude promotion can explain 38.2 percent ($p < .05$) of the variance in RDU competencies. The study results can be used as base data for RDU teaching development among nursing students.

Keywords: rational drug use, competency, nursing student

¹Registered Nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Prabormarajchanok Institute

²Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Prabormarajchanok Institute

¹Corresponding author: Atiporn Samranbua, E-mail: atiporn@knc.ac.th

บทนำ

นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 มีเป้าประสงค์เพื่อให้ประชาชนได้รับการป้องกันและแก้ไขปัญหายาสุขภาพอย่างมีมาตรฐาน โดยการประกันคุณภาพ ความปลอดภัยและประสิทธิผลของยา การสร้างเสริมระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผล การส่งเสริมการเข้าถึงยาจำเป็นให้เป็นไปอย่างเสมอภาค ยั่งยืนทันการณ์ การสร้างกลไกการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ และอุตสาหกรรมยาที่มีการพัฒนาจนประเทศสามารถพึ่งตนเองได้ นอกจากนี้ในแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติยังได้กำหนดยุทธศาสตร์ไว้ 4 ด้าน ซึ่งในยุทธศาสตร์ด้านที่ 2 ระบุถึงการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เน้นส่งเสริมการใช้ยาของบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนให้เป็นไปอย่างเหมาะสม ถูกต้อง และคุ้มค่า และมีการกำหนดยุทธศาสตร์ย่อยไว้ 7 ประการ ในยุทธศาสตร์ย่อยข้อที่ 2 เน้นการพัฒนาระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ, 2559)

คณะทำงานขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลได้เริ่มการสำรวจการเรียนรู้การสอนของวิชาชีพด้านสุขภาพ สร้างความร่วมมือในการพัฒนาบุคลากร พัฒนาเนื้อหาที่จำเป็นในการเรียนรู้ และเริ่มนำไปใช้ในทุกระดับวิชาชีพในปีการศึกษา 2558 และมีการติดตามประเมินผล สำนักงานอาหารและยา (2558) พบว่า หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมีการบรรจุเนื้อหาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลประมาณร้อยละ 28 เนื้อหาครอบคลุมความรู้ (Knowledge หรือ Cognitive domain) และทักษะ (Skills หรือ Psychomotor domain) มากกว่าการเน้นด้านเจตคติ (Attitudes หรือ Affective domain) สภาการพยาบาลได้ดำเนินการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อดำเนินงานพัฒนาระบบยาแห่งชาติของสภาการพยาบาลและแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อดูแลเกี่ยวกับหลักสูตรการใช้ยาสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตและปรับรายละเอียดบางส่วนมาใช้ระบบสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาล เพื่อให้มีความสอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติการพยาบาลมากยิ่งขึ้น สมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาลจึงประกอบด้วย 2 ด้านหลัก คือ 1.การร่วมปรึกษาหารือ (Consultation) ก่อนใช้ยาประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 6 ด้าน ได้แก่ 1) สามารถประเมินปัญหาผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาหรือมีความจำเป็นต้องใช้ยาในการรักษา (Assess the patient) 2) สามารถร่วมพิจารณาการเลือกใช้ยาได้อย่างเหมาะสมตามความจำเป็น (Consider the options) 3) สามารถสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมตัดสินใจในการใช้ยาโดยพิจารณาจากข้อมูลทางเลือกที่ถูกต้องเหมาะสมกับบริบทและเคารพในมุมมองของผู้ป่วย (Reach a shared decision) 4) บริหารยาตามการสั่งใช้ยาได้อย่างถูกต้อง 5) สามารถให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการใช้ยาได้อย่างเพียงพอ (Provide information) และ 6) สามารถติดตามผลการรักษาและรายงานผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาได้ (Monitor and review) และ 2. การดูแลให้เกิดการใช้ยาที่ได้อย่างสมเหตุผล (Prescribing governance) ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 4 ด้านคือ 7) สามารถใช้ยาได้อย่างปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วยและไม่เกิดผลกระทบต่อสังคมโดยรวม (Prescribe safely) 8) สามารถใช้ยาได้อย่างเหมาะสมตามความรู้ความสามารถทางวิชาชีพและเป็นไปตามหลักเวชจริยศาสตร์ (Prescribe professionally) 9) สามารถพัฒนาความรู้ความสามารถในการใช้ยาได้อย่างต่อเนื่อง (Improve prescribing practice) และ 10) สามารถทำงาน

ร่วมกับบุคลากรอื่นแบบสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Prescribe as part of a team; คณะทำงานขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล, 2560; สภาการพยาบาล, 2560)

สถานศึกษาพยาบาลหลายแห่งจึงมุ่งเน้นการผลิตและพัฒนาระบบผลิตพยาบาลให้มีสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับยาของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ รวมถึงสาขาการพยาบาล ยังอยู่ในระดับปานกลาง และควรได้รับการพัฒนาความรู้และการปฏิบัติตัวในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้มากขึ้น (ปริยดา ไชยสุรย์พิศาลกุล และฉัตรวดี กฤษณพันธ์, 2557) และควรมีการส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ในการใช้ยาอย่างถูกต้อง ความรู้เกี่ยวกับยาจะช่วยส่งเสริมให้เกิดความตระหนักในการใช้ยาและนำไปสู่การใช้ยาอย่างถูกต้อง (กานนท์ อังคณาวิสัย และคณะ, 2555) เมื่อนักศึกษาพยาบาลมีความรู้การใช้ยาเพิ่มมากขึ้น นักศึกษาก็จะมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพิ่มขึ้นเช่นกัน ($r = .534$; สรัญญ์รักษ์ บุญมุสิก, รุ่งนภา จันทรา, และชุลีพร หิตอักษร, 2562) ในกลุ่มผู้รับบริการที่มารับยาปฏิชีวนะ เมื่อได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม ก็จะช่วยให้ผู้รับบริการมีพฤติกรรมการใช้ยาได้อย่างสมเหตุสมผลเช่นกัน (สุวัฒน์ ปรีสุทธีวิมลพร และมณฑนา เหมชะญาติ, 2557)

นอกจากความรู้เกี่ยวกับยาแล้ว การส่งเสริมให้เกิดเจตคติที่ดีต่อการใช้ยาอย่างถูกต้อง จะทำให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมในการใช้ยา เช่น การรณรงค์ให้เกิดเจตคติที่ดีต่อการใช้ยาอย่างเหมาะสมผ่านสื่อให้กลุ่มนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ พบว่านักศึกษาเกิดความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาให้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น (กานนท์ อังคณาวิสัย และคณะ, 2555) ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล เมื่อเกิดเจตคติที่ดีต่อการใช้ยาอย่างถูกต้องจะทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (สรัญญ์รักษ์ บุญมุสิก และคณะ, 2562) นอกจากกลุ่มนักศึกษาแล้วความรู้และเจตคติการใช้ยาอย่างเหมาะสมของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลและปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เช่นกัน (วิรัตน์ แก้วภูมิแห่, 2560)

การส่งเสริมทักษะต่าง ๆ เกี่ยวกับการใช้ยาจะช่วยพัฒนาสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เช่น ทักษะการบริหารยาให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างปลอดภัย โดยใช้หลัก 10 R ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การตัดสินใจทางคลินิก การคำนวณยา เป็นต้น (ประณีต จงพินิจมิตร, 2561) การพัฒนาทักษะจึงมีความจำเป็นต่อการพัฒนาสมรรถนะการใช้ยาเพื่อให้เข้าใจบริบทจริงในเชิงงานบริการ ผ่านการเรียนรู้ เช่น การเรียนจากกรณีศึกษาที่ถูกผนวกเข้ากับวิธีการเรียนการสอนทางการพยาบาล (กาญจนา เลิศถาวรธรรม, กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ, และอรพิน สว่างวัฒนเศรษฐ์, 2557)

สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จในการศึกษาทางการพยาบาล โดยเฉพาะการพัฒนาทักษะในภาคปฏิบัติ อุปกรณ์ควรมีจำนวนที่เพียงพอในการฝึกปฏิบัติ หากแหล่งฝึกแต่ละที่มีอุปกรณ์ที่แตกต่างกันจะเป็นอุปสรรคของนักศึกษาพยาบาลที่จะได้รับประสบการณ์ที่แตกต่างกัน (รวมพร มินานนท์, จินตนาพร สัมฤทธิ์โชค, จิราพัชร ปัญญาดี, อัญพัชญ์ วิวัฒน์กมลชัย, และชญานิศา เขมทัสน์, 2556) ด้านสื่อการเรียนการสอน หนังสือ ตำรามีส่วนสำคัญต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและคุณสมบัติตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ สาขาพยาบาลศาสตร์ (Thailand

Qualifications Framework [TQF]) สถานศึกษาควรจัดสถานที่เหมาะสมในการเรียนรู้ (กาญจนา เลิศถาวรธรรม และคณะ, 2557) หรือสนับสนุนแหล่งเรียนรู้ออนไลน์สำหรับนักศึกษาในรุ่น generation z จะช่วยดึงดูดความสนใจให้คนวัยนี้หันมาสนใจเนื้อหาในบทเรียนมากยิ่งขึ้นและสื่อมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนกลุ่มนี้เช่นกัน (ชัชวาล วงศ์สารี, 2558; ศศิกัญจน์ สกุลปัญญวัฒน์ และอิมรอน มะลูลีม, 2557)

นอกจากนี้ ทักษะการสืบค้นข้อมูล จะช่วยผู้เรียนหาข้อมูลที่ดี จากหลากหลายแหล่งที่ต้องการ นำเชื่อถือได้ ทันสมัย สามารถสืบค้นแหล่งข้อมูลและบริการสุขภาพด้านการใช้อย่างสมเหตุสมผล และช่วยพัฒนาความรู้ความสามารถในการใช้ได้อย่างต่อเนื่อง (กองสุศึกษา, 2562) ส่งผลให้ผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ดีขึ้นหลังจากผู้เรียนได้รับการพัฒนาทักษะการสืบค้นโดยเฉพาะการสืบค้นทางอินเทอร์เน็ต (กัลยารัตน์ สูงดวงค์, อารีย์ ชื่นวัฒนา, และพวา พันธุ์เมฆา, 2554) ซึ่งกระบวนการพัฒนาทักษะการสืบค้นเริ่มด้วยการกระตุ้นความสนใจแล้วให้ความรู้ลองลงมือฝึกปฏิบัติและสร้างความรู้ การพัฒนาทักษะสืบค้นในรูปแบบนี้จะช่วยให้ผู้เรียนมีการพัฒนาทักษะการสืบค้นข้อมูล และทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเรียนเพิ่มขึ้น (พัชร ปิยภัณฑ, 2558)

ดังนั้น งานวิจัยครั้งนี้จึงได้ศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับรูปแบบการสอนส่งเสริมความรู้ รูปแบบการสอนส่งเสริมเจตคติ รูปแบบการสอนส่งเสริมทักษะ สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ และทักษะการสืบค้น ที่มีผลต่อสมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุสมผลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สำหรับเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการสอนสำหรับส่งเสริมสมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุสมผลของนักศึกษาพยาบาล

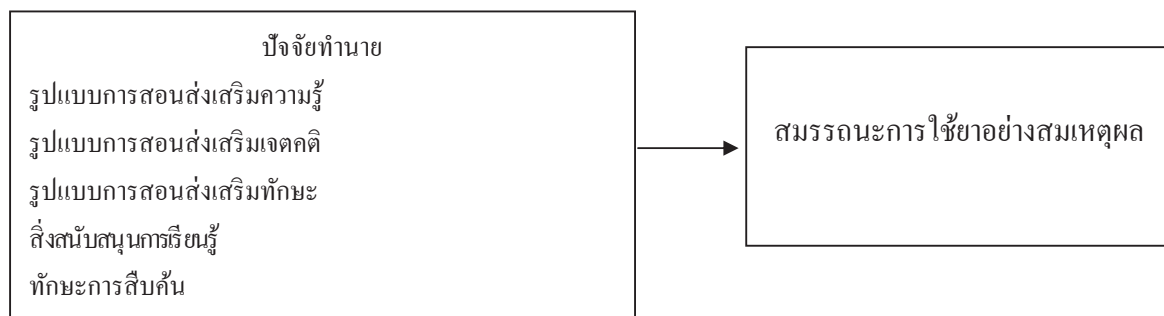
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการสอนส่งเสริมความรู้ รูปแบบการสอนส่งเสริมเจตคติ รูปแบบการสอนส่งเสริมทักษะ สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ และทักษะการสืบค้น กับสมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุสมผลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

2) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายสมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุสมผลของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ได้นำสมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุสมผลของนักศึกษาพยาบาลที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้ มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุสมผล ซึ่งพบปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุสมผลได้ทำการคัดสรรปัจจัยที่มีผลต่อการใช้อย่างสมเหตุสมผล จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ ปัจจัยทางด้านรูปแบบการสอนส่งเสริมความรู้ รูปแบบการสอนส่งเสริมเจตคติ รูปแบบการสอนส่งเสริมทักษะ สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ และทักษะการสืบค้น มาเป็นตัวแปรในการทำนายสมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุสมผลในการศึกษารุ่นนี้ ตามกรอบแนวคิดต่อไปนี้



ภาพที่ 1. กรอบแนวคิดงานวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 - 4 ของปีการศึกษา 2561 นักศึกษาชั้นปีที่ 2 จำนวน 148 คน นักศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน 184 คน และนักศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 169 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 501 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2-4 ในปีการศึกษา 2561 จำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณ โดยใช้สูตรของ Thorndike (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) $n = 10k + 50$ เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง k = จำนวนตัวแปรอิสระที่ต้องการศึกษาคำนวณโดย $(10 \times 5) + 50 = 100$ คน กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ มีทั้งหมด 324 คน จำแนกตามชั้นปี ดังนี้ ชั้นปีที่ 2 มี 123 คน ชั้นปีที่ 3 มี 129 คน ชั้นปีที่ 4 มี 72 คน กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกเข้างานวิจัยโดยความสมัครใจในการเข้ามาตอบแบบสอบถามออนไลน์ และผ่านคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 2) ผ่านการเรียนวิชาเภสัชวิทยา 3) มีประสบการณ์การดูแลหรือให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการใช้ยา

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยได้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมาพิจารณาความเหมาะสมของการดำเนินงานวิจัยและได้ออกใบอนุญาต COA No.012/2562 (14 กุมภาพันธ์ 2562 – 24 กุมภาพันธ์ 2563) ให้เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ถึง 4 ปีการศึกษา 2561 กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจโดยผู้วิจัยทำการแจ้งวัตถุประสงค์และการดำเนินงานวิจัยให้นักศึกษาทราบ ผู้ที่สนใจสามารถเข้าร่วมงานวิจัยด้วยการไปตอบแบบสอบถามออนไลน์ตามความสมัครใจ โดยไม่ต้องระบุข้อมูลใดที่แสดงตัวตนนักศึกษาและผู้ที่มีส่วนร่วมในงานวิจัยสามารถถอนตัวจากงานวิจัยได้ตลอดการศึกษาและไม่มีผลต่อผลการเรียน ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ เมื่อครบระยะเวลา 5 ปี ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและได้พัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเพศ อายุ ระดับชั้น ปีการศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และระดับความพึงพอใจในเนื้อหาของวิชาเภสัชวิทยา

2) แบบประเมินรูปแบบการสอนส่งเสริมความรู้เป็นแบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อรูปแบบการสอนสำหรับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เน้นการสอนเพื่อเพิ่มความรู้ ใช้วิธีแบบบรรยาย เรียนรู้จากอ่านหนังสือตำรา สื่อวิดีโอ อินเทอร์เน็ต และการปรึกษาในกลุ่มย่อยแบบประเมินมีทั้งหมด 5 ข้อ ประเมินคะแนนมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ประกอบด้วย 4 คือ มากที่สุด, 3 คือ มาก, 2 คือ น้อย, และ 1 คือ น้อยที่สุด คะแนนรวมสูงสุด 20 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 5 คะแนน ความพึงพอใจต่อวิธีการสอนนี้ ระดับคะแนนเฉลี่ย 16.26-20.00 คือ พึงพอใจมากที่สุด ระดับคะแนนเฉลี่ย 12.51-16.25 คือ พึงพอใจมาก ระดับคะแนนเฉลี่ย 8.76 -12.50 คือ พึงพอใจน้อย และระดับคะแนนเฉลี่ย 5.00-8.75 คือ พึงพอใจน้อยที่สุด

3) แบบประเมินรูปแบบการสอนส่งเสริมเจตคติเป็นการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อรูปแบบการสอนสำหรับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เน้นการสอนเพื่อส่งเสริมเจตคติ รูปแบบการสอนเป็นแบบส่งเสริมผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม เรียนรู้จากบทบาทสมมติ ฐานจากแหล่งฝึก และร่วมกันอภิปรายแบบประเมินมีทั้งหมด 5 ข้อ ประเมินคะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วย 4 คือ มากที่สุด, 3 คือ มาก, 2 คือ น้อย, และ 1 คือ น้อยที่สุด คะแนนรวมสูงสุด 20 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 5 คะแนน ความพึงพอใจต่อวิธีการสอนนี้ระดับคะแนนเฉลี่ย 16.26-20.00 คือ พึงพอใจมากที่สุด ระดับคะแนนเฉลี่ย 12.51-16.25 คือ พึงพอใจมาก ระดับคะแนนเฉลี่ย 8.76 -12.50 คือ พึงพอใจน้อย และระดับคะแนนเฉลี่ย 5.00-8.75 คือ พึงพอใจน้อยที่สุด

4) แบบประเมินรูปแบบการสอนส่งเสริมทักษะการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการสอนที่เน้นทักษะการปฏิบัติ โดยลักษณะรูปแบบการสอนนี้แบบสาธิตชี้แนะแนวทางปฏิบัติฝึกปฏิบัติงาน แบบประเมินมีทั้งหมด 4 ข้อ การประเมินเป็นคะแนนมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วย 4 คือ มากที่สุด, 3 คือ มาก, 2 คือ น้อย, และ 1 คือ น้อยที่สุด คะแนนรวมสูงสุด 16 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 4 คะแนน ความพึงพอใจต่อวิธีการสอนนี้ระดับคะแนนเฉลี่ย 13.01 -16.00 คือ พึงพอใจมากที่สุด ระดับคะแนนเฉลี่ย 10.01-13.00 คือ พึงพอใจมาก ระดับคะแนนเฉลี่ย 7.01 -10.00 คือ พึงพอใจน้อย และระดับคะแนนเฉลี่ย 4.00 -7.00 คือ พึงพอใจน้อยที่สุด

5) แบบประเมินสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้เป็นการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อความเพียงพอของทรัพยากรที่เอื้อต่อการเรียนรู้เกี่ยวกับใช้ยาอย่างสมเหตุผล และความเหมาะสมในการจัดสรรเวลาสำหรับพัฒนาสมรรถนะการใช้ยาสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยมีจำนวนข้อทั้งหมด 6 ข้อ แต่ละข้อประเมินด้วยคะแนนที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วย 4 คือ มากที่สุด, 3 คือ มาก, 2 คือ น้อย, และ 1 คือ น้อยที่สุด คะแนนรวมสูงสุด 24 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 6 คะแนน ระดับความ

พึงพอใจในสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ ระดับคะแนนเฉลี่ย 19.51 -24.00 พึงพอใจมากที่สุด ระดับคะแนนเฉลี่ย 15.01 -19.50 คือ พึงพอใจมาก ระดับคะแนนเฉลี่ย 10.51-15.00 คือ พึงพอใจน้อย และระดับคะแนนเฉลี่ย 6.00 -10.50 คือ พึงพอใจน้อยที่สุด

6) แบบประเมินทักษะการสืบค้น ใช้ประเมินลักษณะพฤติกรรมการสืบค้นการใช้ยาอย่างสมเหตุผล แบบประเมินมีทั้งหมด 8 ข้อ ประเมินด้วยคะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วย 4 คือ ดีมาก, 3 คือ ดี, 2 คือ ปานกลาง, และ 1 คือ ควรพัฒนา คะแนนรวมสูงสุด 32 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 8 คะแนน ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการสืบค้น ระหว่าง 26.01 -32.00 คือ ดีมาก คะแนนเฉลี่ย 20.01-26.00 คือ ดี คะแนนเฉลี่ย 14.01 -20.00 คือ ปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 8.00 -14.00 คือ ควรพัฒนา

7) แบบประเมินสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นการประเมินการรับรู้สมรรถนะการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวนทั้งหมด 48 ข้อ โดยกำหนดคะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ในการประมาณค่าสมรรถนะในแต่ละข้อ ประกอบด้วย 5 ระดับ ระดับ 4 คือ ดีมาก, 3 คือ ดี, 2 คือ น้อย, และ 1 คือ น้อยที่สุด, 0 คือ ปรับปรุง คะแนนรวมสูงสุด 192 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน ระดับสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ระดับคะแนนเฉลี่ย 154.01-192.00 คือ ดีมาก, ระดับคะแนนเฉลี่ย 115.51-154.00 คือ ดี, ระดับคะแนนเฉลี่ย 77.01 -115.50 คือ ปานกลาง, ระดับคะแนนเฉลี่ย 38.51 -77.00 คือ น้อย, และระดับคะแนนเฉลี่ย 0.00 -38.50 คือ น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือในงานวิจัยครั้งนี้นำไปหาความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน อาจารย์เภสัชกร จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน ทำการตรวจสอบเครื่องมือ เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-objective congruence index [IOC]) ของแบบสอบถามทั้งหมดได้ .75 โดยค่า IOC ของแบบประเมินรูปแบบการสอนส่งเสริมความรู้ รูปแบบการสอนส่งเสริมเจตคติ รูปแบบการสอนส่งเสริมทักษะ สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ พฤติกรรมการสืบค้น และสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุ เท่ากับ .72, .68, .64, .76, .70, และ .77 ตามลำดับ

ค่าความเที่ยง แบบสอบถามทุกชุด ผู้วิจัยจะนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) กับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา จำนวน 30 คน ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือพบว่า แบบประเมินรูปแบบการสอนส่งเสริมความรู้ รูปแบบการสอนส่งเสริมเจตคติ รูปแบบการสอนส่งเสริมทักษะ สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ พฤติกรรมการสืบค้น และสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .73, .73, .75, .78, .77, และ .97 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รายละเอียดดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. เมื่อได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการวิจัยพหุศาสตร์ในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรม

ราชชนนี นครราชสีมาแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบนักศึกษาแต่ละชั้นปี เพื่อชี้แจง รายละเอียดถึงวัตถุประสงค์งานวิจัย รายละเอียดการตอบแบบสอบถาม การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ตอบแบบสอบถาม โดยนักศึกษาสามารถตอบแบบสอบถามออนไลน์ ผ่าน Google form ได้อย่างสะดวก ไม่มีข้อมูลใดที่ระบุตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถาม การตอบแบบสอบถามสามารถทำนอกชั้นเรียนหลังได้รับการชี้แจงจากผู้วิจัย

2. ผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ส่ง Link ของ Google form และกำหนดช่วงวันเวลาทำแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) และศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวแปรพยากรณ์สมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยใช้ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ในงานวิจัยครั้งนี้ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน คือ ตัวแปรอิสระในงานวิจัยครั้งนี้มีระดับการวัดเป็น Interval scale มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม และตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันอยู่ระหว่าง .24 - .54 ($< .7$) ส่วนตัวแปรตามมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมี 324 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 92) อายุอยู่ในช่วง 21-25 ปี (ร้อยละ 68.8) กำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 37.6 ชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 39.4 และชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 22 โดยส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจต่อเนื้อหาวิชาเภสัชวิทยา อยู่ในระดับพึงพอใจมาก (ร้อยละ 55.7) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในช่วง 2.00 - 3.00 (ร้อยละ 58.4) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการสอนเพื่อส่งเสริมด้านความรู้ ($M = 14.88$, $SD = 2.26$) ด้านเจตคติ ($M = 14.74$, $SD = 2.76$) ด้านทักษะอยู่ในระดับมาก ($M = 12.89$, $SD = 2.18$) ความพึงพอใจในสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้คะแนนในระดับมาก ($M = 17.18$, $SD = 2.66$) สำหรับทักษะการสืบค้นของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ($M = 25.26$, $SD = 3.16$) และสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับดี ($M = 145.10$, $SD = 21.43$) ข้อมูลตามตารางที่ 1

**ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุดและสูงสุดของรูปแบบการสอนฯ
สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ พฤติกรรมการสืบค้น สมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุผล**

รูปแบบการสอน	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min-Max	ระดับ
รูปแบบการสอนส่งเสริมความรู้	14.88	2.26	5-20	พึงพอใจมาก
รูปแบบการสอนส่งเสริมเจตคติ	14.74	2.76	5-20	พึงพอใจมาก
รูปแบบการสอนส่งเสริมทักษะ	12.89	2.18	4-16	พึงพอใจมาก
สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้	17.18	2.66	8-24	พึงพอใจมาก
ทักษะการสืบค้น	25.26	3.16	8-32	ดี
สมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุผล	145.10	21.43	25-192	ดี

$n = 324$

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุผลของกลุ่มตัวอย่าง คือ รูปแบบการสอนส่งเสริมความรู้ ($r = .369, p < .001$) รูปแบบการสอนส่งเสริมทัศนคติ ($r = .478, p < .001$) รูปแบบการสอนส่งเสริมทักษะ ($r = .374, p < .001$) สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ ($r = .410, p < .001$) และทักษะการสืบค้น ($r = .494, p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการศึกษากับสมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุผล

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1 สมรรถนะการใ้ยา	1.000					
2 รูปแบบการสอนส่งเสริมความรู้	.369*	1.000				
3 รูปแบบการสอนส่งเสริมเจตคติ	.478*	.548*	1.000			
4 รูปแบบการสอนส่งเสริมทักษะ	.374*	.264*	.604*	1.000		
5 สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้	.410*	.211*	.225*	.244*	1.000	
6 ทักษะการสืบค้น	.494*	.201*	.326*	.337*	.150	1.000

* $p < .001, n = 324$

เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise เพื่อทำนายสมรรถนะการใ้ยาของกลุ่มตัวอย่างพบว่ารูปแบบการสอนส่งเสริมความรู้ รูปแบบการสอนส่งเสริมทักษะ สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ ทักษะการสืบค้นร่วมอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 38.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.608, 3.200, 3.176, 5.798$; $p < .000$) ดังนั้นสมการทำนายสมรรถนะการใ้ยาของนักศึกษาพยาบาลใช้คะแนนมาตรฐาน (Standardized score) คือ $22.15 + .291Z$ (ทักษะการสืบค้น)

$+ .242Z$ (รูปแบบการสอนส่งเสริมความรู้) $+ .162Z$ (รูปแบบการสอนส่งเสริมทักษะ) $+ .153Z$ (สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณของปัจจัยทำนายกับสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยวิธี Stepwise

ปัจจัยทำนาย	<i>b</i>	<i>SE</i>	Beta(β)	<i>t</i>	<i>p</i>
รูปแบบการสอนส่งเสริมความรู้	2.296	.498	.242	4.608	.001
รูปแบบการสอนส่งเสริมทักษะ	1.593	.498	.162	3.200	.001
สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้	1.232	.388	.153	3.176	.001
ทักษะการสืบค้น	3.005	.518	.291	5.798	.001

Constant (a) = 22.15, Multiple $R = .618$, $R^2 = 38.2$, $R^2 \text{ adj} = .374$, $SEE = 16.952$ $F(4, 319) = 49.334$, $p < .001$

$n = 324$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ารูปแบบการสอนส่งเสริมความรู้ รูปแบบการสอนส่งเสริมเจตคติ รูปแบบการสอนส่งเสริมทักษะ สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ และทักษะการสืบค้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล และรูปแบบการสอนส่งเสริมความรู้ รูปแบบการสอนส่งเสริมทักษะ สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ และทักษะการสืบค้น ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 38.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า รูปแบบการสอนส่งเสริมความรู้ส่วนใหญ่เป็นลักษณะการสอนแบบบรรยาย เรียนรู้จากการอ่าน หรือการอภิปรายร่วมกันระหว่างผู้สอนและผู้เรียน ลักษณะการเรียนรู้แบบนี้จะช่วยส่งเสริมให้มีความรู้และเข้าใจการออกฤทธิ์ของยา ขนาดของยาที่ควรได้รับ ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและการบริหารยา ผู้เรียนควรมีความรู้พื้นฐานจากหลายสาขาวิชา เช่น พยาธิวิทยา เกสัชวิทยา สรีรวิทยา เพื่อเข้าใจยานั้นๆ การเรียนรู้ผ่านการอ่านหนังสือ การฟังบรรยาย หรือเรียนรู้จากสื่อวิดีโอทัศน์ต่าง ๆ จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลได้รับความรู้และความเข้าใจที่ดี วิธีการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับผู้เรียนและเนื้อหา ทำให้ผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาดีขึ้น (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2557) ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่เหมาะสม การใช้ยาอย่างสมเหตุผลผลการตรวจประเมินอาการที่ไม่พึงประสงค์ของยาและติดตามการใช้ยาไม่เหมาะสมควร

ทำควบคู่ไปกับการให้ความรู้การใช้ยา จะทำให้การใช้ยามีประสิทธิภาพมากขึ้น (Holloway, 2011; อติญาณ์ ศรีเกษตริณ และคณะ, 2562)

รูปแบบการสอนส่งเสริมทักษะ จัดเป็นวิธีการสอนที่มุ่งเน้นเชิงปฏิบัติ เช่น การฝึกงาน หรือฝึกอบรมขณะทำงานไปด้วย การสาธิตที่ทำให้ผู้เรียนเห็นเนื้อหาสาระที่เป็นรูปธรรม ซึ่งเหมาะกับเนื้อหาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพราะการออกฤทธิ์ของยา ผลข้างเคียง ความเสี่ยง บางครั้งไม่สามารถอธิบายได้ด้วยคำพูดหรือตัวหนังสือ แต่การได้ลงมือปฏิบัติ เช่น การผสมยาด้วยตนเอง การให้คำแนะนำเรื่องยากับผู้ป่วยจะทำให้เข้าใจในการปฏิบัติ ดังนั้น รูปแบบการสอนส่งเสริมทักษะจึงมีส่วนสำคัญที่เสริมสมรรถนะที่ 4 ความสามารถในการบริหารยาอย่างถูกต้อง ต้องอาศัยทักษะ ประสบการณ์ในการให้ยาอย่างถูกต้อง คำนวณยาอย่างถูกต้อง สมรรถนะที่ 6 ติดตามผลการรักษา และผลข้างเคียงของยา ซึ่งต้องอาศัยทักษะ ประสบการณ์ในการประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารวมถึงการปรับแผนบริหารยาให้ตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วย การเรียนรู้ผ่านการฝึกปฏิบัติจะทำให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติงานได้ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Andrajati, Tilaqza, and Supardi (2017) แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างการให้ยาอย่างสมเหตุผลกับระยะเวลาการฝึกที่มากพอจะทำให้การสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะมีความสมเหตุผลมากขึ้น ส่วนการจัดการเรียนการสอนทางพยาบาลในภาคปฏิบัติวิชานามัชยชุมชนร่วมกับกระบวนการถอดบทเรียนทำให้การเรียนรู้ และคะแนนภาคปฏิบัติสูงกว่าการเรียนปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (วัลยา คูพานิช, อุบล ศรุตชนาเจริญ, และสมใจ วินิจกุล, 2559) ดังนั้น รูปแบบการสอนส่งเสริมความรู้และทักษะจะช่วยเพิ่มสมรรถนะที่ 1 ความสามารถในการประเมินปัญหาและความจำเป็นของผู้ป่วยในการใช้ยา สมรรถนะที่ 2 ความสามารถในการพิจารณาเลือกจ่ายยาได้อย่างเหมาะสมตามความจำเป็น และสมรรถนะที่ 4 สามารถบริหารยาได้อย่างถูกต้องเข้าถึงโอกาสเสี่ยงในการใช้ยา มีความรู้ เข้าใจในการเก็บรักษาคุณภาพของยาได้ ทักษะการสืบค้นที่ีจะช่วยให้ผู้เรียนสามารถสืบค้นข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เช่น หนังสือ ตำรา วารสารทางวิชาการ E-journals และ Website เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ โดยผ่านการคัดกรอง วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล และประเมินความน่าเชื่อถือ ความถูกต้องของข้อมูลที่สืบค้นมาได้ (สุทธิพงศ์ บุญผดุง, 2558) หรือให้การพยาบาลบนองค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เป็นองค์ความรู้ได้จากการศึกษาค้นคว้าวิจัย ความเชี่ยวชาญผู้ให้บริการ นำมาให้การพยาบาลตามความต้องการของผู้รับบริการ (ทัศนีย์ เกริกกุลธร, ประกิต รัชวัตร, และวิภาศิริ นราพงษ์, 2556) นอกจากนี้ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการทำงานจะช่วยส่งเสริมการพยาบาลที่มีคุณภาพแก่ผู้รับบริการ (Eliopoulos, 2014) ดังนั้นทักษะการสืบค้นจึงมีความสำคัญต่อการส่งเสริมสมรรถนะการใช้ยาอย่างมาก เนื่องจากยามีการพัฒนา ปรับปรุง ส่วนประกอบของยาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การรักษาโรคประสบผลสำเร็จและโอกาสเกิดผลข้างเคียงของยาให้น้อยลง ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากขึ้น สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ทั้งเอกสาร ตำราเรียน ฐานข้อมูลบทความ วิชาการ หรือผลงานวิจัย สื่ออุปกรณ์การเรียนและบรรยากาศที่ส่งเสริมการเรียนรู้ต่าง ๆ ที่สถานศึกษาเอื้ออำนวยจะเป็นแหล่งความรู้เรื่องยาที่สำคัญ การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ส่งผลต่อการเรียนที่ดีขึ้น การจัดปัจจัยเกื้อหนุนสำหรับการเรียนรู้ทำให้นักศึกษามีความสุขกับการเรียนและให้ความสำคัญกับผู้เรียน จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดความรู้ด้วยตนเอง นำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้มากขึ้น และยังส่งผล

ให้ผู้เรียนเรียนรู้อย่างมีความสุข (ศิริพร แสงศรีจันทร์, พยาม การดี, กันยา นันตะแก้ว, และรัตนา ทาสีทิ, 2556) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สมใจ วินิจกุล และวัลยา ตูพานิช (2557) ที่พบว่า สภาพแวดล้อมทางการเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับอุดมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ .529

รูปแบบการสอนส่งเสริมเจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับสมรรถนะการใช้จ่ายของนักศึกษาพยาบาล แต่ไม่ถูกนำเข้าสมการเพื่อทำนายสมรรถนะการใช้จ่ายของนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากรูปแบบการสอนส่งเสริมเจตคติมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการสอนส่งเสริมความรู้และทักษะในงานวิจัยที่ผ่านมา ความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการใช้จ่ายเช่นกัน (วิรัตน์ แก้วภูมิแห่, 2560) เมื่อตัวแปรต้นไม่มีความเป็นอิสระต่อกันและเมื่อนำไปเป็นตัวแปรพยากรณ์เข้าสมการแล้วไม่ทำให้ค่า R^2 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำให้ตัวแปรทำนายตัวนั้นถูกตัดออกจากสมการ (ประยูรศรี บุตรแสนคม, 2555)

สรุปและข้อเสนอแนะ

นักศึกษาพยาบาลในการศึกษาคั้งนี้มีสมรรถนะการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลในระดับดี โดยตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสมรรถนะการใช้จ่ายของนักศึกษา คือ รูปแบบการสอนส่งเสริมความรู้ รูปแบบการสอนส่งเสริมเจตคติ รูปแบบการสอนส่งเสริมทักษะ สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ ทักษะการสืบค้น และตัวแปรทุกตัวยกเว้นรูปแบบการสอนส่งเสริมเจตคติสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะการใช้จ่ายได้ร้อยละ 38.2 ผลการศึกษาคั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาทักษะการสืบค้น ข้อมูลการใช้จ่ายอย่างถูกต้องเหมาะสม รวมถึงส่งเสริมความรู้ในการใช้จ่ายให้มากขึ้น ผู้เรียนสามารถนำความรู้ไปใช้ในภาคปฏิบัติได้จริง ในขณะที่เดียวกันสถานศึกษาควรจัดสื่อการเรียนการสอนให้พร้อมและเพียงพอต่อความต้องการของผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนเกิดสมรรถนะการใช้จ่ายอย่างเหมาะสมอย่างเป็นรูปธรรม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี และขอขอบคุณทางผู้บริหารของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ที่เอื้ออำนวยความสะดวกให้งานวิจัยคั้งนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กองสุศึกษา. (2562). *โปรแกรมสุศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ: การใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลผลสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนกลุ่มวัยทำงาน*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
กาญจนา เลิศดาวรรณ, กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ, และอรพิน สว่างวัฒนเศรษฐ์. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพล

ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 7(4), 13-24.

กานนท์ อังคนาวิสัย, พศวัต พึ่งเกียรติไพโรจน์, นวลนิตย์ แปงดี, สกนรัช ทองคำคุณ, กัลยรัตน์ วิไลวงศ์เสถียร, พิรญาณ์ เพียรกลิ่นธรรม, ...วิญญู ธรรมลิขิตกุล. (2555). ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2554. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 6(3), 374-381.

กัลยรัตน์ สูงติวงศ์, อารีย์ ชื่นวัฒนา, และพวา พันธุ์เมฆา. (2553). เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในการสืบค้นสารสนเทศจากอินเทอร์เน็ตของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ที่ได้ศึกษาจากคู่มือการสืบค้นที่จัดทำขึ้นกับนักเรียนที่ได้รับการฝึกอบรมด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์. *วารสารบรรณศาสตร์ มศว*, 3, 116-124.

คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. (2559). *นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

คณะทำงานขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. (2560). *คู่มือการจัดการเรียนการสอนเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากระทรวงสาธารณสุข.

ชัชวาล วงศ์สารี. (2558). การสอนบนคลินิกในรายวิชาการปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่สำหรับนิสิต Generation Z. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรี*, 31(2), 130-40.

ทัศนีย์ เกริกกุลธร, ประกริต รัชวัตร, และวิภาศิริ นราพงษ์. (2556). การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์กับการเรียนรู้สู่อัตลักษณ์บัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลราชชนนีนครบุรี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย*, 7(2), 108-119.

บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: ยูเออนด์ไออินเตอร์ มีเดีย.

ปริญดา ไชสุรย์พิศาลกุล, และฉัตรวดี กฤษณพันธุ์ (2557). การสำรวจความรู้ด้านยาและการปฏิบัติตัวในการใช้ยาต้านตนเองของนิสิตชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 10(1), 42-55.

ประณีต จงพินชนมิตร. (2561). การบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 29(1), 204-214.

ประยูรศรี บุตรแสนคม. (2555). การคัดเลือกตัวแปรพยากรณ์เข้าในสมการถดถอยพหุคูณ. *วารสารการวัดผลการศึกษา*, 17(1), 47-60.

พัชรีย์ ปิยภักดิ์. (2558). กระบวนการพัฒนาทักษะการสืบค้นข้อมูล และตั้งโจทย์วิจัยของนักศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี*, 9(1), 40-51.

- มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 321-330.
- รวมพร มินานนท์, จินตนาพร สัมฤทธิ์โชค, จิราพัชร ปัญญาดี, อัญพัชญ์ วิวัฒน์กมลชัย, และชญาณิศา เขมทัสน์. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการเรียนการสอนในกระบวนวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาลภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่. *พยาบาลสาร*, 40(4), 126-138.
- วิรัตน์ แก้วภูมิแห่. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัยของอาสาสมัครสาธารณสุข. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 31(1), 61-71.
- วัลยา ตูพานิช, อุบล ศรุตธนาเจริญ, และสมใจ วินิจกุล. (2559). ประสิทธิภาพของการใช้กระบวนการเรียนรู้จากการถอดบทเรียนหลังการปฏิบัติในการฝึกปฏิบัติงานวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 17(1), 17-25.
- ศศิกาญจน์ สกุลปัญญวัฒน์, และอิมรอน มะลูลีม. (2557). การพัฒนารูปแบบการจัดสภาพแวดล้อมการศึกษาเพื่อผลิตบัณฑิตที่มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับอุดมศึกษา แห่งชาติ สาขาพยาบาลศาสตร์ (TQF) พ.ศ.2552. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย*, 4(1), 185-192.
- ศิริพร แสงศรีจันทร์, พยาม การดี, กันยา นันตะแก้ว, และรัตนา ทาสีทธิ. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านนิสิต กระบวนการเรียนการสอน ปัจจัยเกี่ยวพัน กับความสุขของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยพะเยา. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา*, 1(2), 35-46.
- สมใจ วินิจกุล, และวัลยา ตูพานิช. (2557). ปัจจัยทำนายสมรรถนะตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา รายวิชาสุขภาพคนเมืองและการส่งเสริมสุขภาพ ของนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช. *วารสารเกื้อการุณย์*, 21(2), 51-65.
- สร้อยรัญรักษ์ บุญมุสิก, รุ่งภา จันทรา, และชลีพร หิตอักษร. (2562). ความรู้เจตคติและพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(1), 25-36.
- สุทธิพงศ์ บุญผดุง. (2558). การพัฒนาทักษะการสืบค้นข้อมูลอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาครูมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทาโดยใช้รูปแบบการจูงใจ ARCS. *วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 17(3), 10-20.
- สุวัฒน์ ปรีสุทธีวิฑูร, และมณฑนาเหมชะญาดี. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาลจุฬ จังหวัดจันทบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 31(2), 114-127.

- สำนักงานอาหารและยา. (2558). *ทิศทางการพัฒนากำลังคนการให้ยาสมเหตุผล*. สืบค้นจาก <http://www.fda.moph.go.th/sites/drug/download/1ทิศทางการพัฒนากำลังคนการให้ยาสมเหตุผล.pdf>
- อติญาณ์ ศรีเกษตริณ, นงนภัทร รุ่งเนย, นิตยา ทองมา, รัชชนก กลิ่นชาติ, เบญจพร รัชตารมย์, และพรฤดี นิธิรัตน์. (2562). ปัจจัยทำนายการให้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 25(1), 43-59.
- Andrajati, R., Tilaqza, A., & Supardi, S. (2017). Factors related to rational antibiotic prescriptions in community health centers in Depok city, Indonesia. *Infect Public Health*, 10, 41-48.
- Eliopoulos, C. (2014). *Gerontological Nursing* (9th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Holloway, K. A. (2011). Combating inappropriate use of medicines. *Expert Review of Clinical Pharmacology*, 4, 335-348.

รูปแบบและปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารพร้อมรับประทานที่ซื้อจากร้าน สะดวกซื้อ ของนักศึกษาพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

รสสุคนธ์ พิไชยแพทย์, วท.ม.¹

วรรณภา ชนานุภาพไพศาล, วท.ม.¹

สุชาภา คล้ายมณี, พย.ม.¹

ผกาทิพย์ สิงห์คำ, พย.ม.¹

ศรีสุพรรณ นันทไพบูลย์, พย.ม.²

อุษณีย์วรรณ เคล้ากระโทก, พย.บ.³

(วันที่ส่งบทความ: 25 กุมภาพันธ์ 2563; วันที่แก้ไข: 12 พฤศจิกายน 2563; วันที่ตอบรับ: 18 พฤศจิกายน 2563)

บทคัดย่อ

การบริโภคอาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อโดยไม่พิจารณาข้อมูลด้านสุขภาพทำให้เกิดปัญหาภาวะโภชนาการ โรคเรื้อรังและผลกระทบต่อสุขภาพ การวิจัยเชิงพรรณนาค้างนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบและปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารพร้อมรับประทานที่ซื้อจากร้านสะดวกซื้อ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 6 แห่ง จำนวน 356 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบรากเท่ากับ .93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย ผลการวิจัยพบว่าการวิเคราะห์ระดับอำนาจการทำนายปัจจัยทั้ง 5 ด้านสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อได้ร้อยละ 14.6 ปัจจัยความเชื่อทางสุขภาพที่สามารถทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มี 3 ปัจจัยคือ ด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ($\beta = -.396, p < .001$) มีอำนาจทำนายมากที่สุด ปัจจัยที่มีความสามารถทำนายรองลงมาคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\beta = -.224, p < .001$) และปัจจัยการรับรู้ต่ออุปสรรค ($\beta = .132, p < .01$) ตามลำดับ การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการมีระดับความเชื่อทางสุขภาพที่เหมาะสม จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากปัญหาสุขภาพด้วยการเลือกวิธีการปฏิบัติที่เห็นว่าดีที่สุด ควรใช้ผลการวิจัยนี้เป็นแนวทางพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลความรู้ในการเลือกบริโภคอย่างชาญฉลาดและจัดบริการทางเลือกในการจำหน่ายอาหารสุขภาพในวิทยาลัยฯ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, นักศึกษาพยาบาล, ปัจจัยทำนาย

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพิมาย นครราชสีมา

³พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพิมาย นครราชสีมา

¹Corresponding author: รสสุคนธ์ พิไชยแพทย์, E-mail: rossukhon@knc.ac.th

Patterns and Factors Predicting Consumption Behaviors Related to Ready-to-Eat Food Purchased from Convenience Stores Among Nursing Students in Northeastern Thailand

Rossukhon Pichaipat, M.S.¹

Wanna Thananuphaphaisan, M.S.¹

Suchada Klaimanee, M.N.S.¹

Pakatip Singkhum, M.N.S.¹

Srisuphun Nuntaphiboon, M.N.S.²

Ausaneewun Klaokrathok, B.N.S.³

(Received: February 25th, 2020; Revised: November 12th, 2020; Accepted: November 18th, 2020)

Abstract

Consuming ready-to-eat food without considering its information can lead to malnutrition, chronic diseases, and other health-related effects. The objective of this descriptive research was to study patterns and predictive factors impacting the consumption of ready-to-eat food purchased from convenience stores. The theory of the health beliefs model was applied in this study. The sample was 356 nursing students from six nursing colleges within the Northeastern College Network (NEC net) affiliated with the Praboromarajchanok Institute. The study employed a stratified sampling technique. The instrument was the questionnaire whose Cronbach's alpha was .93. The data were analyzed using percentage, means, and simple regressions. The results revealed that, according to the predicting factors, the participants' health belief pattern could predict the behaviors related to the consumption of ready-to-eat food purchased from convenience stores at a statistically significant level of .001 and at a prediction power of 14.6 percent. There were three statistically significant predictive factors for health. The Cues to Action had the most predictive power ($\beta = -.396, p < .001$). The second most predictive factor was perceived severity ($\beta = -.224, p < .001$) and the third factor was perceived barriers ($\beta = .132, p < .01$). The study also showed that having an appropriate level of health beliefs could lead people to prevent poor health by choosing the best perceived practice. Applying this result for the development of giving information for intelligent consumption selection and providing alternative services for the distribution of healthy food in colleges are suggested.

Keywords: food consumption behavior, nursing students, predictive factors

¹Registered nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Praboromarajchanok Institute

²Registered Nurse, Senior Professional Level, Phimai Hospital, Nakhon Ratchasima

³Registered Nurse, Phimai Hospital, Nakhon Ratchasima

¹Corresponding author: Rossukhon Pichaipat, E-mail: rossukhon@knc.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันธุรกิจร้านค้าสะดวกซื้อเป็นธุรกิจค้าปลีกที่กำลังได้รับความนิยมมาก เปิดบริการทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง มีความหลากหลายการให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการบริโภคที่เปลี่ยนแปลง การซื้ออาหารจากร้านสะดวกซื้อจึงเป็นทางเลือกที่ได้รับความนิยมมาก อาจด้วยปัจจัยทางสภาพเศรษฐกิจสังคมที่เร่งรีบ การปรุงอาหารรับประทานเองลดลง เกิดพฤติกรรมกรรมการเลือกรับประทานอาหารนอกบ้าน อาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูป ลักษณะอาหารที่จำหน่ายจะเป็นกลุ่มของอาหารเส้นใยน้อย ไขมันอิ่มตัวสูง มีปริมาณน้ำตาลและโซเดียมสูง มีการจัดสรรพื้นที่ในร้านให้ลูกค้าที่ซื้ออาหารหรือเครื่องดื่มนั่งรับประทานเป็นอาหารที่ตอบโจทย์พฤติกรรมนิยมทางการบริโภคของวัยรุ่น ที่จะเป็นการเพิ่มโอกาสในการขายสินค้ามากขึ้น ทั้งมีการศึกษาพบว่า กลุ่มวัยรุ่นมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลักมากกว่า 3 มื้อ นิยมบริโภคกลุ่มอาหารที่มีไขมันสูง นิยมซื้ออาหารสำเร็จรูปสูงถึงร้อยละ 52.20 รับประทานผักและผลไม้ไม่บ่อย เลือกบริโภคอาหารตามสื่อโฆษณาชวนเชื่อ กินตามแฟชั่นนิยม กินจุบจิบ กินตามใจชอบ รวมทั้งเกิดจากปัจจัยทางด้านการรับรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับประโยชน์และโทษของอาหารที่รับประทาน ความเชื่อและค่านิยมต่ออาหารชนิดนั้น รวมถึงสื่อโฆษณาที่ทำให้รับรู้ว่าจะสามารถเข้าถึงการซื้ออาหารได้ง่าย เมื่อเทียบกับอดีตที่ผ่านมาปัจจัยการรับรู้หลายด้านนี้อาจมีความเกี่ยวข้องในการตัดสินใจบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยในปริมาณที่เหมาะสม

ผลการสำรวจภาวะโภชนาการพบว่าเด็กไทยมีภาวะโภชนาการเกินและอ้วนรุนแรง ช่วงอายุ 12-14 ปีมีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 11.9 ซึ่งหากมองต่อไปในอนาคต ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น คุณภาพประชากรจะลดลง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557 อ้างใน ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์ และวรางคณา อุดมพัฒน์, 2560) แสดงถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะโภชนาการเกินและภาวะทุพโภชนาการตั้งแต่อายุน้อย อันจะส่งผลกระทบต่อความจำและการเรียนรู้ ส่งผลต่ออารมณ์และสุขภาพในระยะยาว (จิราภรณ์ เรืองยิ่ง, สุจิตรา จรจิตร, และกานดา จันทร์เข้ม, 2559 อ้างใน ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์ และวรางคณา อุดมพัฒน์, 2560) และยังพบว่าผลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนปี พ.ศ. 2529, 2547 และ 2556 พบว่าเจนเนอเรชันวาย (Y) มีการใช้จ่ายกับการบริโภคสูงสุดถึงร้อยละ 77 เมื่อเทียบกับรายจ่ายทั้งหมดในส่วนอื่น ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากพฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไปที่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารนอกบ้านร่วมกับการซื้ออาหารสำเร็จรูปสูงขึ้น (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559 อ้างใน วัชรพงศ์ สมยา และสุลาลี โลวีกรณ, 2561) นักศึกษาพยาบาลที่ศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 19 - 22 ปี เป็นช่วงอายุวัยรุ่นที่มีค่านิยมไม่ต่างจากวัยรุ่นทั่วไป มีอิสระในการดำเนินชีวิตมากขึ้น สามารถซื้ออาหารต่าง ๆ รับประทานด้วยการตัดสินใจของตนเองจากการพิจารณาข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับรู้ รวมทั้งรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลเป็น การเรียนเต็มเวลากลางวัน รวมทั้งนอกเวลาในวันราชการ กิจกรรมนอกเวลารวมทั้งขึ้นฝึกภาคปฏิบัติงานจริงบนหอผู้ป่วย จึงต้องมีการบริหารจัดการการรับประทานอาหารเพื่อให้การทำภารกิจการเรียนและการฝึกทันตามเวลากำหนดการต้องหาซื้ออาหารรับประทานเองภายใต้ข้อจำกัดด้านช่วงเวลาและ

ความต้องการความสะดวกสบายเพิ่มมากขึ้น ร้านสะดวกซื้อจึงอาจเป็นตัวเลือกที่นักศึกษาไปซื้ออาหารรับประทานบ่อยจนถึงรับประทานเป็นหลัก(กวินดาวิเศษแก้วและเบญจามุกตพันธ์,2563)และในปัจจุบันพบว่าบริเวณรัศมีประมาณ 1 กิโลเมตรโดยรอบจากสถาบันจะมีร้านสะดวกซื้อให้บริการ 2-3 แห่งหรือมากกว่าจากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาลพบว่าเป็นการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของนักศึกษาพยาบาลในมุมมองความรู้ทัศนคติ ที่มีต่อวิธีการเลือกซื้อหรือบริโภคมื้ออาหารที่รับประทาน พฤติกรรมการซื้ออาหารรับประทานที่ไม่เจาะจงแหล่งซื้อ และการได้รับสารอาหารจากการรับประทาน แต่ยังคงขาดข้อมูลในประเด็นการศึกษา การตัดสินใจบริโภคอาหารพร้อมรับประทานที่ซื้อจากร้านสะดวกซื้อที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพประกอบการตัดสินใจ

การรับรู้ทางสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ ใช้รูปแบบความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief model) ที่พัฒนาโดย Rosenstock (ประกาย จิโรจน์กุล, 2556) ที่สร้างขึ้นเพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมป้องกันโรค การลดพฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมเกี่ยวกับบทบาทเมื่อเจ็บป่วย โดยมีองค์ประกอบพื้นฐานคือการรับรู้และแรงจูงใจของบุคคลที่เกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากโรค บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากโรค เมื่อมีความเชื่อว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นรุนแรง มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต การปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมจะเกิดผลดีต่อตัวบุคคล ลดโอกาสเสี่ยง ลดความรุนแรงของโรคเมื่อเทียบกับอุปสรรคที่มี การรับรู้ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค การรับรู้อุปสรรค และปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดความพร้อมที่จะปฏิบัติตามการรับรู้ เช่น ข้อมูลข่าวสารและสื่อโฆษณา (ประกาย จิโรจน์กุล, 2556)

ด้วยอาหารเป็นปัจจัยสำคัญส่วนหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เป็นปัจจัยที่ต้องรับประทานทุกวัน และส่งผลต่อสุขภาพโดยตรงจากตัวผู้บริโภคเอง และจากสถานการณ์ในการเรียนและการตั้งร้านจำหน่ายดังกล่าวมาข้างต้น การเข้าซื้ออาหารจากร้านสะดวกซื้อ เพื่อบริโภคจะมีโอกาสเกิดมากขึ้น แต่หากมีการซื้ออย่างฉลาดจะเกิดประโยชน์จากการบริโภคถึงแม้จะมีข้อจำกัดในประเภทของอาหารก็ตาม ทั้งบัณฑิตพยาบาลจะต้องทำหน้าที่ดูแลสุขภาพเป็นต้นแบบของการมีสุขภาพดี ให้คำแนะนำประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะประเด็นการรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพลำดับต้น ๆ ที่ต้องถ่ายทอดความรู้ให้แก่ประชาชน ผู้วิจัยจึงมีความต้องการศึกษาวิจัยรูปแบบพฤติกรรมการบริโภคอาหารพร้อมรับประทานที่ซื้อจากร้านสะดวกซื้อและปัจจัยด้านความเชื่อทางสุขภาพที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารฯ ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือในครั้งนี้ โดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพที่เน้นศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ซื้อจากร้านสะดวกซื้อ การรับรู้และปัจจัยกระตุ้นทั้ง 5 ด้านที่มีความเชื่อมโยงกับการตัดสินใจบริโภคของนักศึกษาพยาบาลเป็นแนวทางหลักในการศึกษา เพื่อพัฒนาการส่งเสริมข้อมูลความรู้ความเข้าใจการตัดสินใจเลือกอาหารบริโภคที่เหมาะสม ในกรณีนักศึกษามีการเลือกบริโภคอาหารที่ซื้อจากร้านสะดวกซื้อเป็นหลัก และเกิดประโยชน์การเลือกบริโภคที่เหมาะสมที่สุดต่อตัวนักศึกษาเอง และ

สามารถถ่ายทอดความรู้ที่เหมาะสมในการเลือกรับประทานอาหารแก่ประชาชน

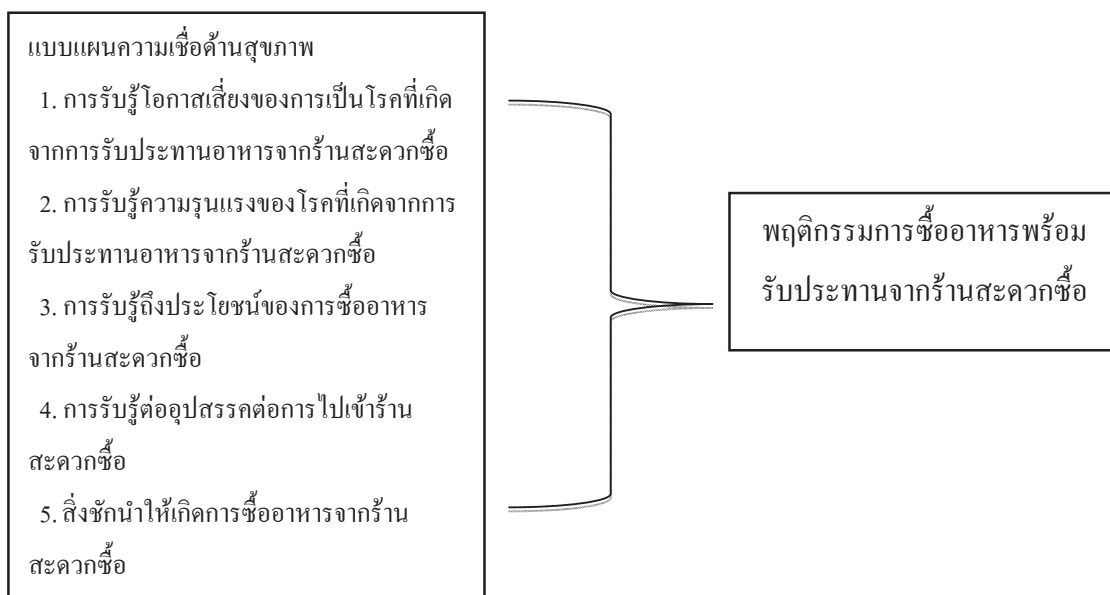
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษารูปแบบพฤติกรรมการบริโภคอาหารพร้อมรับประทานที่ซื้อจากร้านสะดวกซื้อ ของ นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารพร้อมรับประทานที่ซื้อจากร้านสะดวกซื้อ ของ นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สมมติฐานการวิจัย

1. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารพร้อม รับประทานที่ซื้อจากร้านสะดวกซื้อของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือ ข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ขอบเขตการวิจัย

เป็นการศึกษารูปแบบพฤติกรรมการบริโภคอาหารพร้อมรับประทานที่ซื้อจากร้านสะดวกซื้อ ตามคุณลักษณะพื้นฐานทางประชากรและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารที่ซื้อจากร้าน

สะดวกซื้อ การรับรู้อุปสรรคต่อการเข้าร้านสะดวกซื้อ และสิ่งชักนำให้เกิดการซื้ออาหารจากร้านสะดวกซื้อ โดยศึกษาจากกลุ่มนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออก เฉียงเหนือ ที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2561

คำจำกัดความเชิงปฏิบัติการ

1. รูปแบบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารพร้อมรับประทานที่ซื้อจากร้านสะดวกซื้อ หมายถึง กิจกรรมการซื้ออาหารจากร้านสะดวกซื้อของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ได้แก่ ประเภทของอาหารพร้อมรับประทานที่ซื้อและความถี่ในการซื้ออาหารแต่ละประเภท ได้แก่

กลุ่มที่ 1 อาหารพร้อมรับประทานแช่เย็น แช่แข็งแบบพร้อมรับประทาน หมายถึง อาหารพร้อมรับประทานแบบแช่เย็น (Chilled food) และอาหารพร้อมรับประทานแบบแช่แข็ง (Frozen Food)

กลุ่มที่ 2 ขนมอบ เบเกอรี่ หมายถึง โดนัท เค้ก เพสตรี คุกกี้ ขนมปังกรอบ แครกเกอร์ บิสกิต ขนมปังที่แต่งหน้าหรือใส่ไส้ ขนมเปียะ และซาลาเปา

กลุ่มที่ 3 ขนมไทย หมายถึง อาหารที่ทำจากวัตถุดิบต่าง ๆ เช่น แป้ง ข้าว กะทิ น้ำตาล ไข่ หรืออื่น ๆ

กลุ่มที่ 4 เครื่องดื่มบรรจุขวด กล่อง ใส่แก้ว หมายถึง เครื่องดื่มบรรจุขวด / กล่อง / แก้วยุคใหม่ที่ได้รับความนิยม

กลุ่มที่ 5 ขนมขบเคี้ยว หมายถึง อาหารว่าง (Snack) ที่รับประทาน ระหว่างมื้อในยามพักผ่อนหรือยามว่าง หรือจัดให้รับประทานในงานเลี้ยงสังสรรค์ต่าง ๆ

กลุ่มที่ 6 ผักและผลไม้สดพร้อมบริโภค หมายถึง ผลไม้สดหั่นชิ้น (Minimally processed fruit หรือ fresh-cut fruit) บรรจุใส่ภาชนะและวางจำหน่ายให้ผู้บริโภคเลือกซื้อได้ตามใจชอบและสามารถนำไปบริโภคได้ทันที

2. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารพร้อมรับประทานที่ซื้อจากร้านสะดวกซื้อ หมายถึง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ ประกอบด้วย

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดจากการรับประทานอาหารจากร้านสะดวกซื้อ หมายถึง การรับรู้ตามความเชื่อของนักศึกษาพยาบาลฯ ต่อการคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคหรือความง่ายในการป่วยเป็นโรคที่เกิดจากการรับประทานอาหารที่ซื้อจากร้านสะดวกซื้อ

- การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการรับประทานอาหารจากร้านสะดวกซื้อ หมายถึง การรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลฯ ต่อระดับปัญหาสุขภาพ/ ความรุนแรงของโรค/ ผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งเกิดจากการรับประทานอาหารที่ซื้อจากร้านสะดวกซื้อ

- การรับรู้ประโยชน์ของการไปซื้ออาหารจากร้านสะดวกซื้อ หมายถึง การรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลฯ ในด้านที่เป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมต่อการไปซื้ออาหารรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ

- การรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการไปซื้ออาหารจากร้านสะดวกซื้อ หมายถึง การรับรู้ถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคหรือเหตุการณ์ทางลบของนักศึกษาพยาบาลฯ ต่อการไปซื้ออาหารรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ

- สิ่งชักนำให้เกิดการซื้ออาหารจากร้านสะดวกซื้อ หมายถึง สิ่งที่มากระตุ้นนักศึกษาพยาบาลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการรับประทานอาหารที่ซื้อจากร้านสะดวกซื้อ มีทั้งสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal cues) และสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External cues)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล ที่ศึกษาในปีการศึกษา 2561 ของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 6 แห่ง จำนวนทั้งสิ้น 3,325 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* power ได้ จำนวน 356 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified sampling technique) และได้กลุ่มตัวอย่างจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา จำนวน 76 คน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น จำนวน 42 คน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ จำนวน 47 คน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุรธานี จำนวน 67 คน วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จำนวน 52 คน และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 72 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา (IRB number 009/2562) มีการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้เกี่ยวข้องทราบและเข้าใจถึงประโยชน์ ข้อดี ข้อจำกัด การเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ และยินยอมเข้าร่วมการศึกษาด้วยวาจาและลายลักษณ์อักษร โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัยตามกระบวนการวิจัยอย่างเคร่งครัด

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แนวทางคำถามจากงานวิจัยเรื่อง พฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อและภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตเทศบาลนครขอนแก่น (วิชุดา สมจิตร และฉนิตชาธร ภาโนมัย, 2558) ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นปีที่ศึกษา น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าใช้จ่ายโดยรวมต่อเดือน และผู้มีอิทธิพลต่อกลุ่มตัวอย่างในการซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารพร้อมรับประทานที่ซื้อจากร้านสะดวกซื้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับร้านค้าที่ใช้บริการ ความถี่ในการซื้อแต่ละร้าน (โดยการเรียงลำดับ) และคำถามเหตุผลที่เข้าร้านสะดวกซื้อ เป็นข้อความเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ประเภทของอาหารพร้อมรับประทานที่ซื้อจากร้านสะดวกซื้อ เป็นข้อคำถามประเภทของอาหารพร้อมรับประทาน จัดกลุ่มตามกลุ่มอาหารที่มีน้ำตาลสูง ไขมันสูงและโซเดียมสูงและความถี่ในการเลือกซื้ออาหารแต่ละประเภทตามที่กล่าวข้างต้น โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ 5 คะแนน หมายถึง บริโภคเป็นประจำ, 4 คะแนน หมายถึง บริโภคปานกลาง, 3 คะแนน

หมายถึง บริโภคน้อย, 2 คะแนน หมายถึง บริโภคนาน ๆ ครั้ง, และ 1 คะแนน หมายถึง ไม่บริโภคอาหารประเภทนี้เลย การแปลคะแนนใช้คะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ระดับมากที่สุด (4.51-5.00) ระดับมาก (3.51-4.50) ระดับปานกลาง (2.51-3.50) ระดับน้อย (1.51-2.50) และระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50)

ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามปัจจัยด้านต่าง ๆ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรค สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ โดยข้อคำถามปัจจัยแต่ละด้านเป็นข้อความทางบวกและลบ และมีค่าระดับความคิดเห็นต่อข้อคำถามปัจจัยเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เมื่อเป็นข้อความทางบวก 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมาก, 3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง, 2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อย, และ 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด/ไม่เห็นด้วย เมื่อเป็นข้อความทางลบ 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด/ไม่เห็นด้วย, 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อย, 3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง, 2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมาก, และ 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลคะแนนใช้คะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ระดับมากที่สุด (4.51-5.00) ระดับมาก (3.51-4.50) ระดับปานกลาง (2.51-3.50) ระดับน้อย (1.51-2.50) และระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือและนำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence [IOC]) เท่ากับ 0.95 และได้้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเที่ยงโดยทดสอบจากค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .93

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือประสานขอความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลกับแหล่งข้อมูล สุ่มตัวอย่างสำหรับการตอบแบบสอบถามจัดเตรียมเอกสารและคำชี้แจงการตอบแบบสอบถาม ความหมายของคำและวิธีการตอบคำถามและข้อมูลการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ส่งเอกสารให้ผู้ช่วยเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินโครงการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ข้อดี ข้อจำกัดการเข้าร่วมวิจัย สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจด้วยวาจาและเอกสารการชี้แจงและแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามเองโดยไม่ชักนำ เมื่อรับแบบสอบถามกลับจากกลุ่มตัวอย่างผู้ช่วยวิจัยส่งแบบสอบถามที่ตอบเสร็จแล้วกลับมายังผู้วิจัย

4. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของแบบสอบถาม กำหนดรหัส กรอกรหัสข้อมูล ลงโปรแกรมและทำการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะทางประชากร และข้อมูลพฤติกรรมการรับประทานอาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ ข้อมูลแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ วิเคราะห์ค่าจำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ยรายข้อ รายกลุ่มอาหาร และรายปัจจัยของแบบแผน

2. การศึกษาปัจจัยแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพแต่ละปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนาย พฤติกรรมการซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อแต่ละกลุ่มมาบริโภค ทำการตรวจสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของตัวแปรในการใช้สถิติ ตรวจสอบความสามารถในการทำนายของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม แล้วใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย (Simple linear regression analysis)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 88.5) อายุเฉลี่ย 21.1 ปี ($SD = 1.8$) นักศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 1 มากที่สุด (ร้อยละ 29.5) รองลงมา ได้แก่ ชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 ร้อยละ 24.9, 23.2 และ 22.1 ตามลำดับ ค่าใช้จ่ายในการรับประทานอาหารต่อเดือนเฉลี่ย 3,725.87 บาทต่อคน ($SD = 1405.28$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายสมส่วนหรือปกติ (BMI ตั้งแต่ 18.5- 22.9) ร้อยละ 55.9 มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ ($BMI \leq 18.49$) ร้อยละ 26.7 ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน (BMI ตั้งแต่ 23.0 -24.9) ร้อยละ 8 ภาวะอ้วน (BMI ตั้งแต่ 25.0 - 29.9) และโรคอ้วน ($BMI \geq 30$) ร้อยละ 7.2 และ 1.4 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลรูปแบบพฤติกรรมการรับประทานอาหารพร้อมรับประทานที่ซื้อจากร้านสะดวกซื้อ ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้และปัจจัยกระตุ้นรายด้านตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

นักศึกษาพยาบาลมีความถี่ในการใช้บริการร้านสะดวกซื้อส่วนมาก (ร้อยละ 61.0) อยู่ในระดับต่ำ (1-5 ครั้ง/สัปดาห์) มีบางส่วน (ร้อยละ 33.6) ที่มีการซื้อในความถี่มากขึ้น (6-10 ครั้ง/สัปดาห์) มีจำนวนน้อยที่มีความถี่ในการซื้ออยู่ในระดับมาก (11 -15 ครั้ง, 16 -20 ครั้ง และมากกว่า 20 ครั้ง/สัปดาห์) ร้อยละ 3.0, 2.1 และ 0.6 ตามลำดับ โดยเหตุผลที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างนิยม ได้แก่ ท่าเลที่ตั้งของร้านที่ใกล้ที่พักอาศัย (ร้อยละ 71) สินค้าตรงตามความต้องการ (ร้อยละ 64.5) ราคาสินค้า (ร้อยละ 49.4) คุณภาพสินค้า (ร้อยละ 47.4) รสชาติอาหาร (ร้อยละ 46) และความสะอาดของสถานที่ (ร้อยละ 42.3) ความถี่ในการซื้ออาหารตามกลุ่มประเภทของอาหารที่มีจำหน่ายในร้านสะดวกซื้อพบว่าอยู่ในระดับน้อยถึงน้อยมาก ($M = 1.6 - 2.3$, $SD = 0.8-1.0$) อาหารกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยการรับประทานมากที่สุดคือ อาหารพร้อมรับประทานแช่เย็น แช่แข็ง แบบพร้อมอุ่นรับประทาน กลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยการรับประทานรองลงไปคือ กลุ่มขนมอบ เบเกอรี่ ขนมขบเคี้ยว ขนมกรุบกรอบ และผลไม้ ต่างจากการวิจัยของ วิรดา อรรถเมธากุล และพิศมัย อานัญจวนิชย์ (2558) ที่พบว่า มีนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตมีพฤติกรรมเกี่ยวเนื่องกับการรับประทานอาหารที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย คือน้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบตั้งแต่สัปดาห์ละ 2 ครั้งขึ้นไปจนถึงรับประทานทุกวัน

ตารางที่ 1 แสดงประเภทของอาหารจากร้านสะดวกซื้อและความถี่เฉลี่ยการรับประทานใน 1 สัปดาห์

ประเภทของอาหารพร้อมรับประทาน	<i>M</i>	<i>SD</i>	การแปลผล
กลุ่ม 1 อาหารพร้อมรับประทานแช่เย็น แช่แข็ง แบบพร้อมอุ่นรับประทาน	2.3	0.9	บริโภคน้อย
กลุ่ม 2 ขนมอบ เบเกอรี่ต่าง ๆ	2.0	1.0	บริโภคน้อย
กลุ่ม 3 ขนมไทย	1.6	0.8	บริโภคนาน ๆ ครั้ง
กลุ่ม 4 เครื่องดื่มบรรจุขวด ถ้วย ใส แก้ว	1.9	0.9	บริโภคน้อย
กลุ่มที่ 5 ขนมขบเคี้ยว ขนมกรุบกรอบ ลูกอมชนิดต่าง ๆ	2.0	0.9	บริโภคน้อย
กลุ่มที่ 6 ผักและผลไม้สด	2.0	1.0	บริโภคน้อย

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนเฉลี่ยปัจจัยด้านความเชื่อทางสุขภาพรายด้านและภาพรวมต่อการตัดสินใจซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยความเชื่อทางสุขภาพ	<i>M</i>	<i>SD</i>	การแปลผล
1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility)	4.05	0.9	มาก
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity)	4.29	0.78	มาก
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการซื้ออาหารจากร้านสะดวกซื้อ (Perceived benefits)	2.79	1.03	ปานกลาง
4. ด้านการรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers)	3.54	1.0	มาก
5. ด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action)	2.92	0.96	ปานกลาง
รวม	3.52	0.93	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความเชื่อทางสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.52$, $SD = 0.93$) โดยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ต่ออุปสรรค มีคะแนนการรับรู้เฉลี่ยในระดับมาก ($M = 4.05$, $SD = 0.9$ และ $M = 4.29$, $SD = 0.78$ และ $M = 3.54$, $SD = 1.0$ ตามลำดับ) ส่วนด้านการรับรู้ถึงประโยชน์และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ มีคะแนนรับรู้เฉลี่ยในระดับปานกลาง ($M = 2.79$, $SD = 1.03$ และ $M = 2.92$, $SD = 0.96$ ตามลำดับ)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารพร้อมรับประทานที่ซื้อจากร้านสะดวกซื้อตามแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพโดยการวิเคราะห์ถดถอยอย่างง่ายพบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3 ปัจจัยคือ ด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ($\beta = -.396$) รองลงมาคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\beta = -.224$) ลำดับสุดท้ายคือ การรับรู้ต่ออุปสรรค ($\beta = .132$) ปัจจัยความเชื่อทางสุขภาพทั้ง 5 ด้านมีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พร้อมรับประทานที่ซื้อจากร้านสะดวกซื้อได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การ
ทำนายแบบปรับแก้เท่ากับ .149 ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารพร้อมรับประทานที่ซื้อจากร้านสะดวก
ซื้อรายด้านของแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ**

ปัจจัยทำนาย	B	Beta	t	Sig
ค่าคงที่	3.497		11.384	.000*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility)	.063	.085	1.265	.207
การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity)	-.224	-.279	-4.305	.000*
การรับรู้ถึงประโยชน์ (Perceived benefits)	-.050	-.048	-.886	.376
การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers)	.132	.180	3.173	.002**
สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action)	-.396	-.265	-4.923	.000*
พฤติกรรมการบริโภคอาหารพร้อมรับประทานที่ซื้อจากร้านสะดวกซื้อ	$F = 13.069$ $p\text{-value} < .001$ $R = .401$ $R^2 = .161$ $\text{Adj}R^2 = .149$			

Significant at * $p < .001$, ** $p < .01$

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยความเชื่อทางสุขภาพที่ทำนายพฤติกรรมการซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ มี 3 ปัจจัยคือ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และปัจจัยการรับรู้ต่ออุปสรรค สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุปัจจัยทั้งภายในและภายนอกที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดความพร้อมในการลงมือทำ เชื่อมโยงสู่การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อผลเสียที่ตามมาจากพฤติกรรมสุขภาพหรือโรค และพิจารณาประกอบกับการรับรู้อุปสรรคที่เป็นความคิดเห็นหรือการรับรู้ของบุคคล เช่น ความยุ่งยาก ค่าใช้จ่าย การเสียเวลา ส่งผลให้มีพฤติกรรมนั้น ๆ ลดลง (ประกาย จิโรจน์กุล, 2556) การรับรู้จะช่วยผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรคโดยการเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุดด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับการปฏิบัติกับผลเสียที่จะเกิดขึ้น (อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุนีย์ ละกำป็น, และขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ, 2554) นักศึกษาพยาบาลได้รับข้อมูลจากการเรียนเนื้อหาความรู้วิชาชีพพยาบาลแต่ละช่วงชั้นปี ซึ่งเป็นข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ทำให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะเรียนรู้สุขภาพพื้นฐานในชั้นปีที่ 1 เรียนรู้โรคทางอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ ปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน และฝึกประสบการณ์จริงบนหอผู้ป่วยและชุมชนในชั้นปีที่ 2-4 (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 2560) ความรู้ของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์

ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการบริโภคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นักศึกษาได้รับความรู้จากการเรียนโดยตรงในชั้นเรียนภาคทฤษฎีชั้นปีที่ 1 และจากการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยการหาข้อมูลความรู้โภชนาการจากสื่อต่าง ๆ เมื่อนักศึกษาพยาบาลมีความรู้ทางโภชนาการสูงจะนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้เป็นอย่างดี (มณฑนาวิดี เมธาพัฒนะ, 2560) และยังมีแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหารพร้อมรับประทานคือ ได้จากสื่อสังคมออนไลน์ เพราะเป็นสื่อที่นักศึกษาเข้าถึงได้ง่าย ใช้งานเมื่อไรก็ได้ เป็นที่นิยมและนำมาใช้ประกอบการพิจารณาเลือกซื้อรับประทาน (วัชรพงศ์ สมยา และสุวลี โลวีโรจน์, 2561) ทำให้นักศึกษาเกิดการรับรู้ต่อตนเองในระดับความรุนแรงของโรคที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคที่เป็นสาเหตุใหญ่แห่งการเกิดปัญหามานำมาพิจารณาไตร่ตรองผลดี ผลเสีย เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทาน

นักศึกษาที่อยู่ชั้นปีที่สูงขึ้นไปจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้น ด้วยนักศึกษามีการสั่งสมความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในแต่ละปีการศึกษา (มณฑนาวิดี เมธาพัฒนะ, 2560) นอกจากนี้นักศึกษายังมีการประเมินถึงอุปสรรคในการหลีกเลี่ยงการซื้ออาหารจากร้านสะดวกซื้อมารับประทาน อาจเกิดการรับรู้ว่าอาหารพร้อมรับประทานจะมีความแตกต่างด้านราคา ปริมาณ การได้รับสารอาหารไม่ครบ เป็นคนไม่รักสุขภาพ และทราบว่าวิทยาลัยมีการจัดบริการร้านจำหน่ายอาหารภายในสถานศึกษาเพื่อเป็นทางเลือกในการซื้ออาหารที่มีการควบคุมคุณภาพอาหาร กำหนดเมนูราคาประหยัด เมนูสุขภาพสำหรับผู้ซื้อเลือกบริโภค นักศึกษาจำนวนหนึ่งจึงเลือกซื้ออาหารจากร้านที่จัดบริการให้ แต่อาจยังมีความเห็นว่าเมื่อต้องมาซื้อรับประทานในเวลาจำกัดพร้อมกันเป็นการเสียเวลา เมนูจำหน่ายแต่ละวันไม่ตรงตามความต้องการรับประทานของตน จึงเลือกที่จะซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อที่มีเมนูที่ชื่นชอบ สามารถอุ่นร้อนและถือมารับประทานที่จุดพักโดยไม่ต้องรอคิวนาน โดยการซื้อยังอยู่บนพื้นฐานของการใช้ความรู้ทางสุขภาพที่เรียนมาเป็นข้อพิจารณาเลือกซื้ออาหารที่มีคุณภาพรับประทานเองได้อย่างมั่นใจ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ปุรินทร์ ศรีศัลักษณ์ (2554) ที่ศึกษาพบว่าปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาล รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมสนับสนุนการรับประทานอาหารที่ดีต่อร่างกาย ทำให้อย่างน้อยรู้ว่าตนเองมีอุปสรรคน้อยในการเลือกบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม จึงสามารถเลือกอาหารที่มีคุณภาพรับประทานได้ (วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์ และวีรยา จึงสมเจตไพศาล, 2558)

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยนำสู่การวางแผนสำหรับสถานศึกษา เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลนักศึกษาดังนี้

1. สร้างสื่อให้ข้อมูลความรู้ทางโภชนาการผ่านช่องทางต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมการรับรู้และพัฒนาความเชื่อทางสุขภาพที่ดี
2. จัดบริการทางเลือกในการจำหน่ายอาหารสุขภาพในวิทยาลัยที่ขยายการบริการ เช่น จำนวนร้าน จำนวนเมนูสุขภาพ จัดรูปแบบอาหารที่สามารถให้บริการเลือกซื้อได้รวดเร็วในช่วงขึ้นฝึกหรือช่วงที่มีผู้มาซื้อจำนวนมากพร้อมกัน และขยายช่วงเวลาให้บริการจำหน่ายในวันที่มีกิจกรรมพิเศษ

3. ศึกษาเพิ่มเติมโดยมีการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกซื้อ เพื่อให้ผลของการเรียนรู้มีความชัดเจนนำสู่การจัดบริการได้เหมาะสมตามคุณลักษณะเฉพาะ

เอกสารอ้างอิง

- กวินดา วิเศษแก้ว, และเบญจา มุกตพันธุ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการกับการบริโภคขนมและเครื่องดื่มรสหวานของนักศึกษาระดับปริญญาตรีกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 35(2), 183-192.
- ประกาย จิโรจน์กุล. (2556). *แนวคิด ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพและการนำมาใช้*. โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ปวีณภัทร นิธิวัฒนวัฒน์, และวรางคณา อุดมทรัพย์. (2560). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นไทย ผลกระทบและแนวทางแก้ไข. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 28(1), 122-128.
- ปริญทร์ ศรีศัลักษณ์. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล เครือข่ายภาคกลาง 2 สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร)*. มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- มณฑนาวดี เมธาพัฒนะ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(3), 20-29.
- วนิดา เสนะสุทธิพันธ์, และวีรยา จิงสมเจตไพศาล. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 33(3), 30-44.
- วัชรพงศ์ สมยา, และสุวลี โลวีกรณ. (2561). เปรียบเทียบระดับการรับรู้และการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารพร้อมทานแช่เย็นและแช่แข็งของนักศึกษาปริญญาตรีสองกลุ่มคณะในมหาวิทยาลัยขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 11(4), 10-20.
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. (2560). *หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง 2560*. นครราชสีมา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา.
- วิชุดา สมจิตร, และณิตชาธร ภาโนมัย. (2558). พฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ และภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น*, 22(2), 85-105.
- วิรดา อรรถเมธากุล, และพิสมัย อานัญจวนิชย์. (2558). ภาวะโภชนาการ พลังงาน และสารอาหารที่ได้รับประจำวันของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 21(2), 88-103.
- อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุนีย์ ละกำป็น, และขวัญใจ อำนาคัตย์เชื้อ. (2554). *การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน การประยุกต์แนวคิดทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. ขอนแก่น: หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฝากครรภ์ต่อความตระหนักรู้และความตั้งใจในการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ในเขตอำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี

จินตนา ใจมั่น, ป.พย.¹พรทิพย์ ปัญญาสิทธิ์, พย.บ.¹พรฤดี นิธิรัตน์, Ph.D.²สายใจ จารุจิตร, พย.ม.³นิจวรรณ วีรวัฒน์, ค.ศ.⁴

(วันที่ส่งบทความ: 24 มิถุนายน 2563; วันที่แก้ไข: 12 พฤศจิกายน 2563; วันที่ตอบรับ: 18 พฤศจิกายน 2563)

บทคัดย่อ

หญิงตั้งครรภ์ควรไปฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (ฝากครรภ์เร็ว) เพื่อให้ได้รับการดูแลสุขภาพและเกิดความปลอดภัยกับมารดาและทารกในครรภ์ การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการฝากครรภ์ต่อความตระหนักรู้และความตั้งใจในการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ในเขตอำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 15 - 35 ปี จำนวน 54 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 27 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการฝากครรภ์และแบบสอบถามเพื่อวัดความตระหนักรู้ต่อการไปฝากครรภ์ และความตั้งใจในการฝากครรภ์เร็ว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Dependent t-test, Wilcoxon signed-rank test, Independent t-test และ Mann-Whitney U test ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความตระหนักรู้ ($Mdn = 49$) และความตั้งใจในการมาฝากครรภ์เร็ว ($Mdn = 10$) สูงกว่าความตระหนักรู้ ($Mdn = 44$) และความตั้งใจในการมาฝากครรภ์เร็วก่อนการทดลอง ($Mdn = 7$), $Z = -4.38, p < .001, r = .84$ และ $Z = -4.60, p < .001, r = .88$ ตามลำดับและสูงกว่าความตระหนักรู้ ($Mdn = 39$) และความตั้งใจในการมาฝากครรภ์เร็วของกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Mdn = 8$), $U = 25.0, p < .001, r = .81$ และ $U = 28.5, p < .001, r = .83$ ตามลำดับ ดังนั้น จึงควรนำโปรแกรมการส่งเสริมการฝากครรภ์ที่พัฒนาขึ้นไปใช้เพื่อส่งเสริมการฝากครรภ์เร็วให้ประสบความสำเร็จต่อไป

คำสำคัญ: การส่งเสริมการฝากครรภ์, หญิงวัยเจริญพันธุ์, ความตั้งใจ, ความตระหนักรู้

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี

²ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

⁴พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

²Corresponding author: พรฤดี นิธิรัตน์, E-mail: pnitirat@hotmail.com

Effects of an Ante-Natal Care (ANC) Promotion Program on Awareness and Intention to Seek ANC during the First Trimester Among Reproductive Aged Women in Laemsing District, Chanthaburi

Jintana Jaimon, Dip in N.S.¹

Porntip Punyasit, B.N.S.¹

Pornruedee Nitirat, Ph.D.²

Saijai Jarujit, M.N.S.³

Nitjawan Weerawatthanodom, Ph.D.⁴

(Received: June 24th, 2020; Revised: November 12th, 2020; Accepted: November 18th, 2020)

Abstract

Pregnant women should seek antenatal care (ANC) before 12 weeks of pregnancy (early ANC) to obtain health care and ensure the mothers' and fetuses' safety. This quasi experimental study, a nonequivalent control group pretest- posttest design, proposed to examine the effectiveness of an ANC promotion program on early-ANC, awareness, and intention to seek early ANC among reproductive age women in the Laemsing District of Chanthaburi province, Thailand. The sample population included fifty-four women aged 15 - 35 years old, equally divided into an experimental group and a comparison group. The research instruments included the ANC Promotion Program and Questionnaires to Evaluate Awareness, and Intention to Seek Early ANC. Descriptive statistics, Dependent-sample t-tests, Wilcoxon signed-rank tests, Independent t-tests, and Mann-Whitney U tests were used for data analysis. The results revealed that the participants' awareness ($Mdn = 49$), and intention to seek early ANC ($Mdn = 10$) in the experimental group were significantly higher than their awareness ($Mdn = 44$), and intention before implementation of the experimental program ($Mdn = 7$), $Z = -4.38$, $p < .001$, $r = .84$, and $Z = -4.60$, $p < .001$, $r = .88$, respectively, and that they were significantly higher than the awareness ($Mdn = 39$), and intention of the comparison group ($Mdn = 8$), $U = 25.0$, $p < .001$, $r = -.81$, and $U = 28.5$, $p < .001$, $r = .83$, respectively. Therefore, this study suggests that ANC promotion program which was developed should be implemented to achieve successful promotion of early ANC.

Keywords: ANC promotion, women of reproductive age, intention, awareness

¹Registered Nurse, Professional Level, Laemsing Hospital, Chanthaburi

²Director, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima, Praboromarajchanok Institute

³Registered Nurse, Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Praboromarajchanok Institute

⁴Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Chainat, Praboromarajchanok Institute

²Corresponding author: Pornruedee Nitirat, E-mail: pnitirat@hotmail.com

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดระยะเวลาเริ่มฝากครรภ์ที่เหมาะสมคือภายใน 12 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์เนื่องจากไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์เป็นช่วงเวลาที่หญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพหลายประการ (จินตนา พัฒนาพงศ์ธร และนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน, 2558) เป็นผลมาจากการที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบต่าง ๆ ได้แก่ ระบบฮอร์โมนและเมตาบอลิซึม ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินอาหาร ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบเมตาบอลิซึม สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงที่เต้านม (สุชยา ลือวรรณ, 2558) นอกจากนั้นการตั้งครรภ์ยังอาจนำไปสู่ปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคม หากหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็วจะส่งผลดีต่อตนเองและทารกในครรภ์ เพราะหญิงตั้งครรภ์จะได้รับการเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ ได้เตรียมวางแผนการคลอด ได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ ได้รับการเฝ้าระวังการสังเกตอาการผิดปกติในระหว่างตั้งครรภ์ รวมทั้งได้เตรียมการรับบทบาทการเป็นมารดาที่มีคุณภาพ ที่จะสามารถเลี้ยงดูบุตรได้อย่างดีต่อไป (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557)

องค์การอนามัยโลกได้ศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบสหสถาบันในคลินิกดูแลสตรีตั้งครรภ์ และได้นำเสนอองค์ความรู้การดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ สำหรับสตรีตั้งครรภ์ทั่วไปที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (อรทัย วงศ์พิกุล, สีนินารถ โรจนานุกุลพงศ์, และอำพรพรรณ คำธัญญ์, 2559) ซึ่งกรมอนามัยของประเทศไทยได้พัฒนางานดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้สอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก โดยกำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนจัดบริการคลินิกฝากครรภ์คุณภาพ ที่จะสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงให้มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ และนัดต่อเนื่องอีก 5 ครั้ง โดยหญิงตั้งครรภ์จะได้รับการตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ และการตรวจคัดกรองอื่น ๆ เช่น โรคถ่ายทอดทางพันธุกรรม ซีฟิไลส การติดเชื้อเอชไอวี ตรวจหมู่เลือด (ABO and RH) ความเข้มข้นของเลือด (Hct/Hb) ตรวจอนามัยในช่องปาก และการตรวจปัสสาวะ เป็นต้น เมื่อพบความผิดปกติก็จะส่งต่อเพื่อให้ได้รับการรักษา นอกจากนั้นยังได้รับการบริการสุขภาพที่ส่งเสริมให้การตั้งครรภ์มีคุณภาพ ได้แก่ การฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก การจ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟเลต และการสอนสุขศึกษาเพื่อเพิ่มความรู้ตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่ นอกจากนั้นหญิงตั้งครรภ์ยังสามารถติดต่อกับเจ้าหน้าที่ได้ตลอด 24 ชั่วโมง กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินโดยบริการทั้งหมดไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557)

นอกจากการให้บริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลทั่วประเทศแล้ว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งก็ให้บริการรับฝากครรภ์เช่นกัน จึงกล่าวได้ว่าหญิงตั้งครรภ์ของไทยมีโอกาสเข้าถึงบริการรับฝากครรภ์ได้โดยไม่ยาก สถานการณ์การฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ระหว่างปี พ.ศ. 2557–2559 แม้ภาพรวมของประเทศจะมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยพบอัตราการฝากครรภ์เร็วที่ร้อยละ 53.42, 56.43, 61.94 ตามลำดับ แต่เฉพาะปี พ.ศ. 2559 เท่านั้นที่มีอัตราสูงกว่าร้อยละ 60 ซึ่งถือว่าผ่านเป้าหมายตามตัวชี้วัดของกรมอนามัย ที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 60 ในขณะที่เขตสุขภาพที่ 6 อัตราการฝากครรภ์เร็วยังต่ำกว่าเป้าหมาย

โดยพบที่ร้อยละ 46.18, 41.83, 45.79 ตามลำดับ สำหรับที่จังหวัดจันทบุรีและที่อำเภอแหลมสิงห์ พบอัตราการฝากครรภ์เร็วมีแนวโน้มลดลงต่ำกว่าค่าเป้าหมาย โดยภาพรวมของจังหวัดพบร้อยละ 64.02, 67.87, 56.65 และที่อำเภอแหลมสิงห์ พบร้อยละ 53.60, 67.15, 55.83 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) แม้บุคลากรในงานบริการฝากครรภ์ของอำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี ได้รณรงค์การฝากครรภ์เร็วก่อน 12 สัปดาห์ในหลากหลายรูปแบบ ทั้งการประชาสัมพันธ์ในชุมชน พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนแล้วให้มาฝากครรภ์โดยเร็ว พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการให้บริการฝากครรภ์ก่อนส่งต่อมายังโรงพยาบาล และพัฒนาคลินิกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐาน แต่ก็ยังไม่ประสบความสำเร็จในการทำหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์

ที่ผ่านมาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในการส่งเสริมการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ยังมีอยู่จำกัด และจากการศึกษาที่สืบค้นได้ พบว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นล้วนกำหนดกลุ่มเป้าหมายเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ต่ำกว่า 12 สัปดาห์ (จารุณี ลีปิติกุลชัย, 2558; จูตากร วงศ์ธิกุล, 2561) ซึ่งแม้จะพบว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพดี แต่อาจมีข้อจำกัดในทางปฏิบัติ เพราะหากหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายไม่ถูกค้นพบ ทำให้ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยจึงคำนึงถึงทางเลือกอื่นคือ การส่งเสริมให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ทั่วไป ซึ่งเป็นกลุ่มวัยที่มีโอกาสในการตั้งครรภ์สูง ได้มีความรู้และมีความตระหนักถึงความสำคัญของการไปฝากครรภ์โดยเร็ว เมื่อกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์เหล่านั้นตั้งครรภ์ในอนาคต ก็จะไปรับบริการฝากครรภ์โดยเร็ว หน่วยห้องคลอดโรงพยาบาลแหลมสิงห์ จึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการฝากครรภ์สำหรับหญิงวัยเจริญพันธุ์ โดยทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไปฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ได้แก่ ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ การมีประวัติความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ การสนับสนุนของครอบครัว รายได้ของตนเองและครอบครัว และความสะดวกในการเดินทางไปฝากครรภ์ (นภพร ชัยมาโย, จันทรรัตน์ เจริญสันติ, และพรรณพิไล ศรีอาภรณ์, 2559; เรณู ศรีสุข, 2559; สุวิมล สุรินทร์พย์, 2559; เคือนเพ็ญ ศิลปะอนันต์, 2557) จึงได้นำปัจจัยเหล่านี้มาเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมในโปรแกรม ภายใต้กรอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) โดยคาดหวังให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ในเขตอำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี มีความตระหนักและมีความตั้งใจในการมาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นแนวทางในการพัฒนางานฝากครรภ์ให้มีคุณภาพตามเป้าหมายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการฝากครรภ์ต่อความตระหนักในการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ในเขตอำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการฝากครรภ์ต่อความตั้งใจในการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ในเขตอำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี

สมมติฐานของการวิจัย ภายหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฝากครรภ์

1. กลุ่มทดลองมีความตระหนักรู้ในการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฝากครรภ์และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05
2. กลุ่มทดลองมีความตั้งใจในการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฝากครรภ์และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการฝากครรภ์ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ที่พัฒนาครั้งแรกโดย Irwin M. Rosenstock และกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมในประเทศสหรัฐอเมริกาและปรับปรุงทฤษฎีในเวลาต่อมาโดย Marshall H. Becker ซึ่งทฤษฎีนี้อธิบายว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามที่ได้รับคำแนะนำหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ (Perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefits) และการเห็นอุปสรรคที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived barriers) ซึ่งเชื่อว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามที่ได้รับคำแนะนำ หากรับรู้โอกาสเสี่ยงรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพและรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสูง ในขณะที่เห็นอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมต่ำ (สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี และศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี, 2555)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนหลัง (Nonequivalent control group pretest-posttest design; อรพินทร์ ชูชม, 2552) เพื่อเปรียบเทียบความตระหนักรู้และความตั้งใจในการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ระหว่างหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการฝากครรภ์และหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ได้รับการณรงค์การฝากครรภ์ตามระบบปกติที่โรงพยาบาลแหลมสิงห์และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอแหลมสิงห์ดำเนินการอยู่ ได้แก่ การณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์เร็วแก่ประชาชนผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น เสียงตามสาย โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ เป็นต้น และการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่และแนะนำให้มาฝากครรภ์โดยเร็ว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้างนี้ คือ หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15- 35 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี จำนวน 3,923 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามแนวทางของ Polit and Hungler (1999) ที่กำหนดว่างานวิจัยกึ่งทดลองควรใช้กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 30 หน่วย และไม่ควรน้อยกว่า 15 หน่วยต่อกลุ่ม ในกรณีทำการทดลองมากกว่า 1 กลุ่ม ในการศึกษาได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 27 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 27 คน รวมทั้งสิ้น 54 คน

กำหนดพื้นที่การศึกษาคือ ตำบลปากน้ำและตำบลพลี เนื่องจากในช่วงปี พ.ศ. 2557-2559 สองตำบลนี้มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์มากที่สุดของอำเภอแหลมสิงห์และเป็นตำบลที่มีบริบทและสิ่งแวดล้อม

ใกล้เคียงกัน สุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือกตำบลที่จะเป็นกลุ่มทดลอง ได้แก่ ตำบลปากน้ำ ส่วนตำบลพลับเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ เลือกกลุ่มตัวอย่างจากทั้งสองตำบลโดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 15-35 ปีที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ อ่าน พูด เขียน ภาษาไทยได้และยินดีเข้าร่วมการศึกษา และเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย ผู้วิจัยได้จับคู่ (Matching) กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามคุณลักษณะด้าน อายุ ระดับการศึกษา และประวัติการตั้งครรภ์

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดจันทบุรี ตามเอกสารจริยธรรมรับรองเลขที่ CTIREC 064 ระยะเวลารับรองคือ วันที่ 2 ตุลาคม 2560 - วันที่ 31 ตุลาคม 2561 เมื่อได้รับอนุมัติแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยทำเอกสารชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย การตอบแบบสอบถามจะเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อและที่อยู่ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถขอยุติการร่วมกระบวนการวิจัยได้เมื่อต้องการ โดยข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์และนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์สำหรับการศึกษาเท่านั้น ในกรณีกลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่า 18 ปี ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองลงนามยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการฝากครรภ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นบนพื้นฐานของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (ลินคคัคซ์นัม อุ่นพรมมี และศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี, 2555) ประกอบด้วยการทำให้หญิงวัยเจริญพันธุ์รับรู้ 1) ตนเองมีโอกาสตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์มีความเสี่ยง (Perceived susceptibility) 2) ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการตั้งครรภ์อาจมีอันตรายรุนแรงได้ (Perceived susceptibility) 3) การไปฝากครรภ์เร็วมีประโยชน์ (Perceived benefits) และ 4) ลดการรับรู้อุปสรรคของการไปฝากครรภ์เร็ว (Perceived barriers) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที มีสาระสำคัญของโปรแกรม ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงวัตถุประสงค์ แนวคิดสำคัญ รูปแบบกิจกรรม ระยะเวลา และสื่อที่ใช้ สำหรับโปรแกรมการส่งเสริมการฝากครรภ์

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิดสำคัญ	รูปแบบกิจกรรม	เวลา	สื่อ
กิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) - การให้ความรู้ และสร้างความ ตระหนัก เกี่ยวกับการฝาก ครรภ์เร็ว	เพื่อให้หญิงวัยเจริญ พันธุ์ 1. มีความรู้เกี่ยวกับ การตั้งครรภ์ ความ เสี่ยงจากการตั้งครรภ์ และความสำคัญของการ ฝากครรภ์เร็ว 2. ตระหนักถึง ความสำคัญของการ ฝากครรภ์เร็ว	- การเปลี่ยนแปลงของ ร่างกายในขณะตั้งครรภ์ - ความเสี่ยงของ ตั้งครรภ์และอันตราย ต่อสุขภาพ - ประโยชน์ของการฝาก ครรภ์เร็ว - ความเสี่ยงและ อันตรายของการฝาก ครรภ์ช้า	- การบรรยายประกอบสื่อ - ให้เล่นเกม “ทำไม ต้องรีบ ไปฝากครรภ์” เพื่อเพิ่มความ ตระหนักถึงความสำคัญของการ ฝากครรภ์เร็ว - มอบหมายให้กลับไปหา ข้อมูลอุปสรรคในการฝาก ครรภ์เร็ว เพื่อนำมาอภิปราย ในครั้งหน้า	60 นาที	- PowerPoint สไลด์ตาม สาระการ เรียนรู้ - แผ่นพับ ความรู้ - บัตรคำ สำหรับเกม
กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) การจัดการ อุปสรรคที่มีผล ต่อการฝากครรภ์ เร็ว	เพื่อให้หญิงวัยเจริญ พันธุ์ 1. ร่วมกันค้นหา อุปสรรคในการฝาก ครรภ์เร็ว และร่วม แก้ปัญหาอุปสรรคที่ ค้นพบ 2. เสนอแนะรูปแบบ บริการของคลินิกฝาก ครรภ์ในพื้นที่	- อุปสรรคในการฝาก ครรภ์เร็ว - แนวทางการจัดการ อุปสรรคในการฝาก ครรภ์เร็ว - บริการของคลินิกฝาก ครรภ์ รพ.แหลมสิงห์ - การปรับรูปแบบ บริการ เพื่อส่งเสริมการ ฝากครรภ์เร็ว	- แบ่งกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม - ให้แต่ละกลุ่มระดมสมอง เกี่ยวกับอุปสรรค และแนวทางการจัดการอุปสรรค ในการฝากครรภ์เร็ว - ให้นำเสนอรูปแบบบริการ เพื่อส่งเสริมการฝากครรภ์เร็ว ในพื้นที่อำเภอแหลมสิงห์ - แบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม และ มอบโจทย์สถานการณ์ เกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์ที่มี อุปสรรคในการไปฝากครรภ์ กลุ่มละ 3 โจทย์ - ให้แต่ละกลุ่มกลับไปวางแผน การจัดการอุปสรรค	60 นาที	- แนวคำถาม สำหรับการ ระดมสมอง - Flip chart - ปากกามจิก - โจทย์ สถานการณ์ 6 โจทย์ 1. ไม่มีเงิน 2. ไม่มีเวลา 3. ไม่มีญาติ 4. เดินทางยาก 5. อยู่ต่างถิ่น 6. ไม่มีสิทธิ หลักประกัน
กิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) การวางแผนการ ฝากครรภ์เร็ว	เพื่อให้หญิงวัยเจริญ พันธุ์ 1. มีแนวทางปฏิบัติ ในการจัดการ อุปสรรคของการไป ฝากครรภ์เร็วได้ 2. เกิดความมุ่งมั่นต่อ การไปฝากครรภ์เร็ว	แนวทางที่จะนำไปใช้ เป็นแนวปฏิบัติ เพื่อทำ ให้ตนเองประสบ ความสำเร็จในการไป ฝากครรภ์เร็ว	- ให้แต่ละกลุ่มนำเสนอ แนวทางการจัดการอุปสรรค ด้วย การแสดงบทบาทสมมติ - ให้ร่วมกันอภิปรายและสรุป แนวทางที่เหมาะสมของแต่ละ คน เป็นแนวความคิดรวบ ยอดที่จะนำไปปฏิบัติ - ให้ทุกคนทำสัญญาใจ “ไป ฝากครรภ์เร็ว”	60 นาที	- อุปกรณ์ ประกอบการ แสดงบทบาท สมมติ - การ์ดเขียน สัญญาใจ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล และประวัติการตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความตระหนักรู้ในการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สำนึกของหญิงตั้งครรภ์ต่อความสำคัญของการไปฝากครรภ์เร็วหรือก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (เช่น “การตั้งครรภ์เป็นเรื่องธรรมชาติ ไม่จำเป็นต้องรีบไปฝากครรภ์ก็ได้” “การฝากครรภ์เร็ว ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ช่วยให้แม่และลูกในครรภ์ปลอดภัย” เป็นต้น) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นมาตราวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับความตั้งใจในการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ จำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดแบบประมาณค่า ระหว่าง 0-10 โดยค่า 0 = ไม่มีความตั้งใจเลย ถึง 10 = มีความตั้งใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เมื่อพัฒนาโปรแกรมแล้วได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย สูตินรีแพทย์ 1 คน และ อาจารย์พยาบาลภาควิชาสูติศาสตร์ 1 คน จากนั้นผู้วิจัยปรับแก้ไขโปรแกรมตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มทดลอง สำหรับการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามความตระหนักรู้และความตั้งใจในการไปฝากครรภ์เร็วก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ดำเนินการโดยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้แก่ 1) สูตินรีแพทย์ 2) หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี และ 3) อาจารย์พยาบาลภาควิชาสูติศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เมื่อปรับแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับหญิงวัยเจริญพันธุ์ในอำเภอแหลมสิงห์จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .70

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 2 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการทำวิจัยมาแล้ว ทำหน้าที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับผู้วิจัย และเป็นผู้ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้ง

2. ประสานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพลั่ว และหัวหน้าศูนย์ส่งเสริมสุขภาพตำบลปากน้ำ เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. นัดหมายกลุ่มทดลองมาเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 1 โดยก่อนการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง แล้วให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการฝากครรภ์เร็ว (Pretest) โดยให้ตอบแบบสอบถามความตระหนักรู้และความตั้งใจในการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ จากนั้นจัดกิจกรรม

ตามโปรแกรมครั้งที่ 1 และนัดหมายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 2 และ 3

5. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเดิมอีกครั้ง (Posttest) เมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 3

6. สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยดำเนินการเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง แต่ไม่ได้ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการฝากครรภ์ แต่ให้ได้รับการรณรงค์การฝากครรภ์ตามระบบปกติที่โรงพยาบาลแหลมสิงห์และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอแหลมสิงห์ดำเนินการอยู่

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบการแจกแจงโค้งปกติของตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม ด้วยสถิติ Dependent t-test และค่าเฉลี่ยอันดับที่ภายในกลุ่ม ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test ในกรณีข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม ด้วยสถิติ Independent t-test และค่าเฉลี่ยอันดับที่ระหว่างกลุ่ม ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test ในกรณีข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทางประชากรใกล้เคียงกัน โดยในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 27.3 ปี ($SD = 4.56$) และกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 26.0 ปี ($SD = 4.06$) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจบการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 55.6 และ 51.9 ตามลำดับ) มีอาชีพเป็นแม่บ้านมากที่สุด (ร้อยละ 55.6 และ 29.6 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 51.9 และ 44.4 ตามลำดับ) ตั้งครรภ์แล้ว (ร้อยละ 85.2 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม) และมีสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 81.5 และ 77.8 ตามลำดับ)

การทดสอบการแจกแจงโค้งปกติของตัวแปรที่ศึกษา

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทดสอบการแจกแจงโค้งปกติของตัวแปรที่ศึกษา เพื่อเลือกสถิติวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเหมาะสม โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบผลดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงแจกแจงโค้งปกติของความตระหนักรู้และความตั้งใจในการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ตัวแปร ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	<i>D</i>	<i>p-value</i>	<i>D</i>	<i>p-value</i>	<i>D</i>	<i>p-value</i>	<i>D</i>	<i>p-value</i>
ความตระหนักรู้	.191	.130*	.080	.200*	.275	<.001	.115	.200*
ความตั้งใจ	.262	<.001	.193	.011	.478	<.001	.198	.008

จากตารางที่ 2 พบว่าตัวแปรที่แจกแจงเป็นโค้งปกติมี 3 ตัวแปร ได้แก่ ความตระหนักรู้ในการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง ($D = .191, p = .130$ และ $D = .080, p = .200$) และความตระหนักรู้ของกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง ($D = .115, p = .200$) ส่วนตัวแปรที่เหลือมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ

การเปรียบเทียบความตระหนักรู้ในการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์

1. การเปรียบเทียบความตระหนักรู้ในการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง โดยทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Independent t-test ดังแสดงผลในตารางที่ 3 และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ของสองกลุ่มภายหลังการทดลองด้วยสถิติ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test ดังแสดงผลในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความตระหนักรู้ในการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ระหว่างกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง ($n = 27$)		กลุ่มเปรียบเทียบ ($n = 27$)		95%CI	<i>t(df)</i>	<i>p-value</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
ความตระหนักรู้	42.9	5.98	39.7	5.89	-.06-6.43	1.972(52)	.054

จากตารางที่ 3 พบว่าก่อนการทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมการฝากครรภ์ กลุ่มทดลองมีความตระหนักรู้ในการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(52) = 1.97, p = .054, d = .54$

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับที่ของคะแนนความตระหนักรู้ในการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ระหว่างทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง ($n = 27$)		กลุ่มเปรียบเทียบ ($n = 27$)		U	p-value
	ค่าเฉลี่ยอันดับที่	ผลรวมอันดับที่	ค่าเฉลี่ยอันดับที่	ผลรวมอันดับที่		
ความตระหนักรู้	40.07	1082.00	14.93	403.00	25	<.001

จากตารางที่ 4 ภายหลังการทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมการฝากครรภ์ กลุ่มทดลองมีความตระหนักรู้ ($Mdn = 49$) สูงกว่าความตระหนักรู้ ($Mdn = 39$) ของกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Mdn = 8$), $U = 25.0$, $p < .001$, $r = .81$

2. การเปรียบเทียบความตระหนักรู้ในการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง โดยทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test ดังแสดงผลในตารางที่ 5 และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ของกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Dependent t-test ดังแสดงผลในตารางที่ 6

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับที่คะแนนความตระหนักรู้ในการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ของ กลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	อันดับคะแนน			อันดับคะแนน			คะแนน คงเดิม	Z	p-value
	ที่ลดลงจากก่อนการทดลอง			ที่เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง					
	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ผลรวม	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ผลรวม			
	อันดับที่	อันดับที่	อันดับที่	อันดับที่	อันดับที่	อันดับที่			
ความตระหนักรู้	0	.00	.00	25	13.00	325.00	2	-4.379	<.001

จากตารางที่ 5 พบว่าหลังการทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมการฝากครรภ์กลุ่มทดลองมีความตระหนักรู้ ($Mdn = 49$) สูงกว่าความตระหนักรู้ก่อนการทดลอง ($Mdn = 44$) , $Z = -4.38$, $p < .001$, $r = .84$ และ $Z = -4.60$, $p < .001$, $r = .88$ ตามลำดับ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความตระหนักรู้ในการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ของกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		95%CI	t(df)	p-value
	M	SD	M	SD			
ความตระหนักรู้	39.7	5.89	38.5	5.250	-.76-3.13	1.253(26)	.221

จากตารางที่ 6 พบว่าหลังการทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมการฝากครรภ์ กลุ่มเปรียบเทียบมีความตระหนักรู้ ($M = 38.5$, $SD = 5.25$) ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 39.7$, $SD = 5.89$), $t(26) = 1.25$, $p = .221$, $d = .21$)

การเปรียบเทียบความตั้งใจในการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์

1. การเปรียบเทียบความตั้งใจในการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง โดยทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Mann–Whitney U test ดังแสดงผลในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับที่ของคะแนนความตั้งใจในการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ระหว่างทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง ($n = 27$)		กลุ่มเปรียบเทียบ ($n = 27$)		U	p-value
	ค่าเฉลี่ยอันดับที่	ผลรวมอันดับที่	ค่าเฉลี่ยอันดับที่	ผลรวมอันดับที่		
ก่อนการทดลอง						
ความตั้งใจ	26.57	717.50	28.43	767.50	339	.651
หลังการทดลอง						
ความตั้งใจ	39.94	1078.50	15.06	406.50	28.5	<.001

จากตารางที่ 7 พบว่าก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีความตั้งใจในการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ($Mdn = 7$) ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Mdn = 7$), $U = 339$, $p = .651$, $d = .06$ ในทางตรงกันข้าม ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความตั้งใจในการมาฝากครรภ์เร็ว ($Mdn = 10$) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Mdn = 8$), $U = 28.5$, $p < .001$, $r = .83$ ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบความตั้งใจในการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง โดยทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตั้งใจในการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test ดังแสดงผลในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับที่คะแนนความตั้งใจในการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	อันดับคะแนน			อันดับคะแนน			คะแนน คงเดิม	Z	p-value
	ที่ลดลงจากก่อนการทดลอง			ที่เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง					
	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ผลรวม	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ผลรวม			
	อันดับที่	อันดับที่	อันดับที่	อันดับที่	อันดับที่	อันดับที่			
กลุ่มทดลอง (n = 27)									
ความตั้งใจ	0	.00	.00	27	14.00	378.00	0	-4.596	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 27)									
ความตั้งใจ	3	7.50	22.50	10	6.85	68.50	14	-1.696	.090

จากตารางที่ 8 พบว่าหลังการทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมการฝากครรภ์กลุ่มทดลองมีความตั้งใจในการมาฝากครรภ์เร็ว ($Mdn = 10$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($Mdn = 7$), $Z = -4.60$, $p < .001$, $r = .88$ ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีความตั้งใจในการมาฝากครรภ์เร็ว ($Mdn = 10$) ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Mdn = 10$), $Z = -1.696$, $p = .090$, $r = .33$

การอภิปรายผล

ก่อนการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความตระหนักรู้และความตั้งใจในการไปฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ไม่แตกต่างกัน ในขณะที่หลังการทดลองพบผลการศึกษาที่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฝากครรภ์กลุ่มทดลองมีความตระหนักรู้และความตั้งใจในการมาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ผลการศึกษาที่พบสามารถอธิบายตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นส่งเสริมให้หญิงวัยเจริญพันธุ์รับรู้ว่ามีโอกาสตั้งครรภ์ได้และเมื่อตั้งครรภ์แล้วตนเองจะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาจนำไปสู่ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่จะตามมา (การรับรู้ความเสี่ยง) จึงควรต้องไปฝากครรภ์ในทันทีที่รู้ว่าตนเองตั้งครรภ์

นอกจากนี้โปรแกรมยังกระตุ้นให้หญิงวัยเจริญพันธุ์รับรู้ถึง ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการตั้งครรภ์ มีอันตรายทั้งกับตัวหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ซึ่งอาจส่งผลกระทบให้เกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรงเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ (การรับรู้ความรุนแรง) ดังนั้นเมื่อตั้งครรภ์จึงควรได้รับการดูแลจากบุคลากรทางสุขภาพโดยเร็ว นอกจากนั้นการเข้าร่วมโปรแกรมยังทำให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ได้เห็นประโยชน์ของการฝากครรภ์เร็ว ทั้งเรื่องการได้รับการดูแลด้านสุขภาพและสิทธิประโยชน์อื่น ๆ (การรับรู้ประโยชน์) ในทางตรงกันข้ามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นยังช่วยลดการรับรู้อุปสรรคของการไปฝากครรภ์เร็ว (การรับรู้อุปสรรค) โดยจัดกิจกรรมระดมสมองแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่เคยตั้งครรภ์แล้วและยังไม่เคยตั้งครรภ์ แล้วร่วมกันวิเคราะห์อุปสรรคของการไปฝากครรภ์เร็วและหาทางกำจัดอุปสรรคเหล่านั้น

การลดการรับรู้อุปสรรคจะทำให้หญิงวัยเจริญพันธุ์รู้สึกว่าการไปฝากครรภ์เร็วไม่ใช่สิ่งที่ยากลำบากมากเกินไป โปรแกรมจึงทำให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักถึงความสำคัญของการไปฝากครรภ์เร็วและเพิ่มความตั้งใจและความมุ่งมั่นในการไปฝากครรภ์เร็วได้

ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การศึกษาของดราวรรณ มณีกุลทรัพย์, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, และสุพัฒน์ อาสนะ (2563) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เขตอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม พบว่าการรับรู้ด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ และการลดการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของสุจิตต์ แสนมงคล (2559) ที่ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นนครแรก จังหวัดภูเก็ต พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ การรับรู้ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นนครแรก ได้ร้อยละ 51.5 และการศึกษาของพิราภรณ์ แหลมสั๊ก (2559) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลเขาพนม อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมกับพฤติกรรมการบริโภคไอโอดีนมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับค่อนข้างสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นต้น

นอกจากนั้นโปรแกรมยังให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และความสำคัญของการฝากครรภ์เร็ว รวมถึงให้ข้อมูลแก่หญิงวัยเจริญพันธุ์เกี่ยวกับบริการต่าง ๆ ที่จะได้รับจากคลินิกฝากครรภ์คุณภาพของโรงพยาบาลแหลมสิงห์ ซึ่งความรู้จะช่วยสร้างความตระหนักต่อการไปฝากครรภ์เร็วและจะนำไปสู่ความตั้งใจและพฤติกรรมการไปฝากครรภ์เร็วได้ในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของเรณู ศรีสุข (2559) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ในระดับดี มีโอกาสมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ในระดับปานกลาง ประมาณ 4 เท่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Oladokun (2010) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมาลงทะเบียนฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไนจีเรีย พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ มีผลต่อการไปฝากครรภ์ในไตรมาสแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและข้อเสนอแนะ

1. ควรสนับสนุนให้หน่วยห้องคลอดของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนำโปรแกรมส่งเสริมการฝากครรภ์ไปใช้ในพื้นที่ความรับผิดชอบ เพื่อเพิ่มอัตราการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ได้บรรลุเป้าหมาย โดยอาจปรับระยะเวลาการเข้าร่วมกิจกรรมให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่

2. เนื่องจากหญิงวัยเจริญพันธุ์ในชุมชนมีจำนวนมาก จึงควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการฝากครรภ์ ให้เป็นโปรแกรมแบบออนไลน์ เพื่อให้สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายจำนวนมากได้ในเวลาที่รวดเร็ว และควรศึกษาผลของโปรแกรมแบบออนไลน์ โดยอาจศึกษาเปรียบเทียบกับโปรแกรมที่ใช้ในการศึกษานี้

3. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาว โดยติดตามพฤติกรรมกันไปฝากครรภ์เร็วในกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการฝากครรภ์

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์*. สืบค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=1c1b8e24aff59258a806f122e264031e
- จารุณี ลิ้มติกุลชัย. (2558). *การพัฒนารูปแบบการเพิ่มอัตราหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์โดยวิธีจิตอาสา อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี*. สืบค้นจาก http://203.157.168.8/research/index.php?option=com_content&view=article&id=166:2015-11-02-07-35-16
- จินตนา พัฒนาพงษ์ศรี, และนางลักขณ์ รุ่งทรัพย์สิน. (2558). *โครงการการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก. วารสารสหวิทยาการวิจัย: ฉบับบัณฑิตศึกษา*, 4(2), 7-19.
- คาราวรรณ มณีกุลทรัพย์, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, และสุพัฒน์ อาสนะ. (2563). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เขตอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 3(2), 1-12.
- เดือนเพ็ญ ศิลปะอนันต์. (2557). *ทำไมจึงมาฝากครรภ์: ทักษะของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี*. สืบค้นจาก <http://www.ayhosp.go.th/ayh/images/Knowledge/JOMAT/JOMAT-Y04v02S04.pdf>
- นภพร ชัยมาโย, จันทรัตน์ เจริญสันติ, และพรรณพิไล ศรีอาภรณ์. (2559). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 34(4), 106-14.
- จิตากร วงศ์ธิกุล. (2561). *การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนต่อการเพิ่มอัตราการฝากครรภ์ ก่อน 12 สัปดาห์ ในพื้นที่ตำบลแวง อำเภอบัว จังหวัดน่าน*. สืบค้นจาก <http://www.soidao.go.th/km/index.php/r2r?download=173:r2r-2561>
- พิราภรณ์ แหลมลัก. (2559). *ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลเขาพนม อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 8(2), 39-45.
- เรณู ศรีสุข. (2559). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ในสถานบริการเขตอำเภอนนทบุรี ลำพูน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการศึกษาด้านสาธารณสุข)*. มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

- สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี, และศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี. (2555). *ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ (ฉบับสรุปสาระสำคัญ)*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. สจติศั แสนมงคล. (2559). การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก จังหวัดภูเก็ต. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 30(2), 105-114.
- สุขยา ลือวรรณ. (2558). *การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในสตรีตั้งครรภ์*. สืบค้นจาก https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/index.php?option=com_content&view=article&id=1087:2015-02-22-11-39-05&catid=38&Itemid=48
- สุวิมล สุรินทร์พย์. (2559). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ พื้นที่โซนตะวันออกเมือง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน*. (การค้นคว้าอิสระปริญญาโทบริหารบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ พ.ศ.2557 (5 Flagship Projects)*. สืบค้นจาก <http://www.anamai.moph.go.th/download.pdf>
- อรัญ วงศ์พิกุล, สีนินารถ โรจนานุกูลพงศ์, และอำพรรณ คำธณฤทธิ. (2559). ฝากครรภ์ดีมีคุณภาพควรฝากก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์. สืบค้นจาก <http://hpc9.anamai.moph.go.th/images/pdf59/teen59/ANC.pdf>
- อรพินทร์ ชูชม. (2552). การวิจัยกึ่งทดลอง. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 15(1), 1-15.
- Oladokun A., Oladokun I.R.E., Morhason-Bello I., Bello A.F., & Adedokun B. (2010). Proximate predictors of early antenatal registration among Nigerian pregnant women. *Annals of African Medicine*, 9(4), 222-225.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed). Philadelphia: J.B. Lippincott.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลตรัง

อัคริย์ พิชัยรัตน์, พย.ม.¹

เบญจวรรณ ช่วยแก้ว, พย.ม.²

จันทร์เพ็ญ เลิศวนวัฒนา, วท.ม.²

(วันที่ส่งบทความ: 10 เมษายน 2563; วันที่แก้ไข: 2 กรกฎาคม 2563; วันที่ตอบรับ: 10 สิงหาคม 2563)

บทคัดย่อ

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิตในเด็กทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลเด็กป่วย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตรัง จำนวน 77 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามการรับรู้ 4 ด้าน คือ ความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .83, .82, .85, .87, และ .87 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามความรู้การป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันมีค่า KR-20 เท่ากับ .72 และ .79 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลและป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเฉลี่ยเท่ากับ 17.49 คะแนน ($SD=1.84$) ความรู้การป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 57.64 ($p < .01$) ดังนั้นพยาบาลจึงควรวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคและส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแก่ผู้ดูแล รวมถึงช่วยให้ผู้ดูแลสามารถลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคนี้ เพื่อลดอัตราการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก

คำสำคัญ: อุจจาระร่วงเฉียบพลัน, ผู้ดูแล, ผู้ป่วยเด็ก

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง สถาบันพระบรมราชชนก

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง สถาบันพระบรมราชชนก

¹Corresponding author: อัคริย์ พิชัยรัตน์, E-mail: aussareepi@bcent.ac.th

Factors Influencing Caregivers' Acute Diarrhea Prevention Behaviors in Pediatric Patients at Trang Hospital

Aussaree Pichairat, M.N.S.¹

Benjawan Chuaykaew, M.N.S.²

Janpen Lertwanawattana, M.S.²

(Received: April 10th, 2020; Revised: July 2nd, 2020; Accepted: August 10th, 2020)

Abstract

Acute diarrhea (AD) is one of the most common infectious diseases and the leading cause of deaths in children worldwide, including Thailand. This study aimed to identify predictive factors associated with AD preventive behaviors among caregivers of children under five years of age. The participants were 77 caregivers of pediatric patients with AD who were admitted at Trang Hospital in Trang Province, Thailand. Research instruments were four questionnaires about perceptions including perceived susceptibility for AD occurrence, perceived severity of AD, perceived benefits of AD prevention, perceived barriers of AD prevention, and the AD preventive behaviors questionnaires. The instruments' content validity and reliability were assessed and showed good internal consistency and reliability with Cronbach's alphas equal to .83, .82, .85, .87, and .87 respectively. Additionally, the instruments for AD preventive knowledge and information sources on AD yielded internal consistency and reliability with KR-20 values of .72 and .79. Descriptive analysis, ANOVA, Pearson correlation, and stepwise multiple regression were used to analyze the data. The findings showed that the mean AD preventive behaviors score of participants was 17.49 ($SD = 1.84$). Additionally, the AD preventive knowledge, perceived susceptibility for AD occurrence, and perceived barriers of AD preventive AD preventive behaviors among this particular group were $R^2 = .576$, $F(1, 76) = 63.586$, $p < 0.01$. Therefore, nurses should develop care plans to enhance caregivers' AD preventive knowledge and perceived susceptibility for AD occurrence in order to reduce AD incidence in children, as well as help caregivers reduce the barriers to AD preventive practices.

Keywords: acute diarrhea, caregiver, pediatric patient

¹Registered Nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Praboromarajchanok Institute

²Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Praboromarajchanok Institute

¹Corresponding author: Aussaree Pichairat, E-mail: aussareepi@bcent.ac.th

บทนำ

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea) เป็นโรคของระบบทางเดินอาหารที่ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียและไวรัส อาการของโรคนี้คือ ถ่ายอุจจาระเหลวอย่างน้อยสามครั้งในยี่สิบสี่ชั่วโมง หรือถ่ายเป็นน้ำอย่างน้อยหนึ่งครั้งร่วมกับอาเจียนหรืออาการขาดน้ำ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) โรคนี้ถือว่าเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลกรวมถึงประเทศไทย ซึ่งเป็นหนึ่งในกลุ่มประเทศในเขตร้อนที่พบอุบัติการณ์ของโรคนี้สูง ถึงแม้ว่าอัตราป่วยของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในช่วงปี พ.ศ. 2559-2562 จะลดลงจาก 1,838.41 เป็น 1,439.74 คนต่อประชากรแสนคน แต่อัตราป่วยของโรคนี้ยังสูงเป็นอันดับแรกของการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อ และเป็นกลุ่มโรคที่เป็นหนึ่งในสิบของระบบเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา รวมถึงมีจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคนี้ต่อเนื่องทุกปี โดยพบมากที่สุดในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี รองลงมาคือ เด็กอายุ 5-9 ปี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562; อาทิตยา วงศ์คำมา, 2562) และได้ตั้งเป้าหมายในการดำเนินการเพื่อควบคุมอัตราป่วยของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในปี พ.ศ. 2562-2564 ให้ลดลงจากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลังร้อยละ 2, 3, และ 5 ตามลำดับ ถึงแม้ว่าการตั้งเป้าหมายและการดำเนินการในการควบคุมและป้องกันโรคนี้จากภาครัฐ แต่อุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในภาพรวมของประเทศและแต่ละจังหวัดยังสูงอย่างต่อเนื่อง

จังหวัดตรังมีอัตราการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงสูงเป็นอันดับหนึ่งในกลุ่มโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในช่วงปี พ.ศ. 2557-2561 (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และข้อมูลเพื่อการพัฒนาจังหวัด, 2561; สำนักงานสาธารณสุข, 2562) และโรงพยาบาลศูนย์ตรังได้รายงานจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในกลุ่มเด็ก พบว่าในช่วง พ.ศ. 2559-2561 โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยอันดับหนึ่งและมีจำนวนของผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2560 และ 2561 เพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ. 2559 จำนวน 12 คน (ร้อยละ 1.41) และจำนวน 61 คน (ร้อยละ 9.86) ตามลำดับ อีกทั้งในช่วงสามปีที่ผ่านมา จำนวนผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลมีมากถึง 20, 22 และ 30 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลตรัง, 2562)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีในประเทศไทยและต่างประเทศในช่วงห้าปีที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคนี้ของผู้ดูแลมีผลต่อการเกิดโรค เช่น พฤติกรรมการกำจัดอุจจาระ น้ำเสีย และน้ำโสโครกตามหลักสุขาภิบาลการเตรียมนมและอาหารสำหรับเด็ก (พงค์นรินทร์ สุริยะโจง, สามารถ ใจเตี้ย, และสายหยุด มูลเพชร, 2561; นพรัตน์ วิหารทอง, ดุสิต สุจิรารัตน, และมธุรส ทิพยมงคลกุล, 2558) โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคนี้สามารถที่จะอธิบายได้ด้วยกรอบแนวคิดความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health belief model) ที่เชื่อว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคนั้น ๆ หากมีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์ อุปสรรค และความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค (Edberg, 2015)

เนื่องจากเด็กต้องอาศัยการดูแลจากผู้ดูแล ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญในการดูแลและป้องกันไม่ให้เกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันหรือกลับเป็นซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระ

ร่วมนิยามพลันในเด็กนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค และแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลเด็ก (พรทิพย์ แก้วจิน, 2554; Albrecht, Hartling, & Scott, 2017; Rumbo, Wichaikul, & Sanguanprasit, 2016) นอกจากนี้การศึกษาโดย Muhumuza et al. (2017) พบว่า ผู้ดูแลเพศหญิงสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคนี้ได้ทันทั่วทั้งที่และดีกว่าผู้ดูแลเพศชาย ผู้ดูแลที่มีอายุ 30-49 ปี สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคนี้ได้ทันทั่วทั้งที่และดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยหรือมากกว่าช่วงอายุดังกล่าว และผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคนี้ได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่า ส่วนด้านรายได้ของผู้ดูแลนั้น การศึกษาของ Iskandar, Handayani, and Cahyati (2019) และ Merali, Morgan, and Boonshuyar (2018) พบว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ต่ำมากจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคนี้ในระดับที่ไม่ดี

เด็กที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน มีความจำเป็นที่จะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากอาการถ่ายเหลวและอาเจียน ซึ่งอาจส่งผลให้เด็กมีภาวะขาดน้ำและไตวาย รวมถึงเสียชีวิตได้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) นอกจากนี้ยังพบว่าโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ส่งผลเสียต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของผู้ป่วยเด็ก รวมถึงก่อให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวลของครอบครัวที่มีต่ออาการเจ็บป่วยของเด็ก ตลอดจนส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของผู้ดูแลหรือผู้ปกครอง ต้องสูญเสียรายได้จากการขาดงานในระหว่างที่ดูแลผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาล (อรรณพ หล้าสวัสดิ์, สุดาภรณ์ พัทธมนเรือง, และพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, 2562)

ผู้ดูแลที่รับรู้ว่าการป้องกันโรคมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันในระดับสูง จะมีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคในระดับดีมากกว่าผู้ดูแลที่มีการรับรู้เหล่านี้ในระดับต่ำและปานกลาง (Rumbo et al., 2016) ผู้ดูแลเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค การเตรียมอาหารและนม การกำจัดขยะ และสิ่งปฏิกูลที่ถูกต้องสามารถที่จะให้การดูแลและป้องกันการเกิดโรคนี้ในเด็กได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (พรทิพย์ แก้วจิน, 2554 ; อรรณพ หล้าสวัสดิ์ และคณะ, 2562; Albrecht et al., 2017; Ghimire, Agho, Renzaho, Dibley, & Raynes-Greenow, 2018; Mekonnen, Mengistie, Sahilu, Mulat, & Kloos, 2018) ในขณะที่ผู้ดูแลที่รับรู้ว่าคุณเองไม่มีอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลและป้องกันโรคนี้จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ในระดับดี (Rumbo et al., 2016)

จากสถิติอุบัติการณ์และการเข้ารับการรักษาด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของโรงพยาบาลตรัง ที่ยังคงสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และพบว่าพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กมีความสำคัญในการดูแลและป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลและป้องกันของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยคาดหวังว่า ผลจากการศึกษาจะเป็นแนวทางในการวางแผนเพื่อส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลเด็กในการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการป้องกันโรคเพื่อลดอัตราป่วยได้ตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงพรรณนาเชิงทำนาย (Descriptive predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครองหรือญาติที่อาศัยอยู่กับเด็กที่อายุ 0-5 ปี มีประวัติเป็นโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครองหรือญาติของเด็กป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่มีประวัติเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลตรัง ในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 จำนวน 120 ราย โดยคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1 กำหนดค่า Effect size $f = .15$ (Small size), $\alpha = .05$, Power = .95, และจำนวนตัวแปร = 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำเท่ากับ 74 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 5% เป็น 77 ราย โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) คือเป็นผู้ดูแลของเด็กป่วยที่มีประวัติเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลตรัง ด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยเด็กใกล้ชิดมากที่สุดอย่างน้อยหกเดือน มีความสามารถในการพูด อ่าน ได้ยิน และเขียนภาษาไทย อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดตรัง รวมทั้งยินดีเข้าร่วมวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัยออก (Exclusion criteria) คือเป็นผู้ดูแลเด็กที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วยเด็กน้อยกว่าหกเดือนอาศัยอยู่นอกพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ไม่สามารถ อ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ และปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิตรัง เพื่อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่อนุมัติ 11/2560 ว่าด้วยการดำเนินการวิจัยนี้ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายรวมถึงผลเสีย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมแก่กลุ่มตัวอย่าง รวมถึงการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่เกิดผลกระทบหรือสิทธิพิเศษใด ๆ แก่กลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้พัฒนามาจากแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ของชลธิชา โชคเฉลิมวงศ์ (2555) โดยผู้วิจัยได้ปรับและเพิ่มรายละเอียด

และเพิ่มแบบสอบถามเกี่ยวกับแหล่งข่าวสารเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 8 ส่วน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้ของครอบครัว จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ

ส่วนที่ 2 ถึง ส่วนที่ 5 เป็นแบบสอบถามการรับรู้ โดยมีรายละเอียดดังนี้ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค ส่วนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และส่วนที่ 5 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แบบสอบถามทั้ง 4 ส่วนนี้มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) สามระดับคือ เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) การแปลผลใช้ค่าคะแนนรวม โดยค่าคะแนนรวม 10-16 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความเสี่ยงในระดับต่ำ คะแนนรวม 17-23 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความเสี่ยงในระดับปานกลาง และคะแนนรวม 24-30 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความเสี่ยงในระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ และเชิงลบ 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าสามระดับคือ ปฏิบัติทุกครั้ง (ข้อคำถามเชิงบวก = 2 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ = 0 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (ทั้งข้อคำถามเชิงบวกและลบ = 1 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติ (ข้อคำถามเชิงบวก = 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ = 2 คะแนน) การแปลผลภาพรวมใช้ค่าคะแนนรวม โดยค่าคะแนนรวม 0-6 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับไม่ดี คะแนนรวม 7-13 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับปานกลาง และคะแนนรวม 14-20 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับดี ส่วนการประเมินผลรายข้อใช้ค่าเฉลี่ย โดยคะแนนเฉลี่ย 0.00-0.67 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อนั้น ๆ ในระดับไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 0.68-1.34 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อนั้น ๆ ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.35-2.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อนั้น ๆ ในระดับดี

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามด้านความรู้การป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบสองคำตอบ (ถูก/ผิด) จำนวน 10 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนน คือ คำตอบถูก ให้ 1 คะแนน คำตอบผิด ให้ 0 คะแนน การแปลผลใช้ค่าคะแนนรวมความรู้ โดยค่าคะแนนรวม 0-3 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ คะแนนรวม 4-6 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง และ คะแนนรวม 7-10 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับสูง

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามด้านแหล่งข่าวสารเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบสองคำตอบ คำตอบ ใช่ ให้ 1 คะแนน และ คำตอบ ไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน การแปลผลใช้ค่าคะแนนความถี่ของการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลเด็กและการออกแบบสอบถาม จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงก์ (Item-objective congruence index [IOC]) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรค ส่วนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน ส่วนที่ 5 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค ส่วนที่ 6 พฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ส่วนที่ 7 ความรู้การป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ส่วนที่ 8 แหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ซึ่งข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ .67 และ 1.00 ส่วนแบบสอบถามส่วนที่ 1 ไม่ได้มีการตรวจสอบ

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและแก้ไขเครื่องมือตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นนำมาทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรค ส่วนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน ส่วนที่ 5 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค ส่วนที่ 6 พฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เท่ากับ .83, .82, .85, .87 และ .87 ตามลำดับส่วนแบบสอบถามส่วนที่ 7 ด้านความรู้ และส่วนที่ 8 ด้านแหล่งข่าวสารเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ได้ค่า KR-20 เท่ากับ .72 และ .79 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง เพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติย้อนหลัง 3 ปี เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ของผู้ดูแลเด็กที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 แล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกเบื้องต้น โดยการสุ่มอย่างง่ายได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 107 คน

2. โทรศัพท์หากกลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย โดยผู้วิจัยได้ทำการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างแล้วประเมินคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกอีกครั้ง หากกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจะนัดหมายการเก็บข้อมูลในพื้นที่โดยกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มครั้งแรกมีคุณสมบัติไม่ตรงตามเกณฑ์และปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 15 คน จึงได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างมาทดแทนและติดต่อเพื่อขอเก็บข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนด

3. โทรศัพท์เพื่อยืนยันการนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่าง และลงพื้นที่เก็บข้อมูลตามสถานที่และเวลาที่นัดหมาย เมื่อลงไปถึงพื้นที่การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้แนะนำตัวและอธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูล และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบตอบรับเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นแจกแบบสอบถามและอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้อิสระแก่กลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างต้องการคำอธิบายเพิ่มเติม ผู้วิจัยจึงคอยให้ความช่วยเหลือการตอบแบบสอบถามใช้ระยะเวลาประมาณ 30-45 นาที หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยทำการตรวจเช็คความครบถ้วนของคำตอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังได้ข้อมูลครบถ้วนตามที่กำหนด ผู้วิจัยได้ลงรหัสข้อมูล บันทึกข้อมูลลงไปในโปรแกรมสำเร็จรูป จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่และร้อยละ ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์ของตัวแปรใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์วิธีของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) และการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนพฤษภาคม – มิถุนายน พ.ศ. 2561 กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 77 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79.30) มีอายุอยู่ในช่วง 20-30 ปี (ร้อยละ 41.50) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 30.50) และมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 8,001-10,000 บาท (ร้อยละ 34.10) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลเด็กในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M=17.49$, $SD=1.84$) ส่วนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมรายข้อทุกข้ออยู่ในระดับมาก รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผล พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลเด็ก

	รายการคำถาม	<i>M</i>	<i>SD</i>	การแปลผล
1.	ท่านล้างมือด้วยสบู่ก่อนปรุงอาหารให้เด็ก	1.55	0.50	ดี
2.	ท่านให้เด็กดื่มน้ำดื่มสุก	1.53	0.57	ดี
3.	ท่านกำจัดอุจจาระเด็กด้วยการทิ้งลงถังขยะหรือล้างลงส้วมหรือชุดหลุมฝัง	1.76	0.45	ดี
4.	ท่านปล่อยให้เด็กหยิบอาหารที่ตกลงพื้นมากิน	1.53	0.61	ดี
5.	ท่านได้นำอาหารที่เหลือหรือค้างคืนมาอุ่นก่อนให้เด็กกิน	1.83	0.47	ดี
6.	ท่านให้เด็กกินอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ	1.79	0.54	ดี
7.	อาหารที่เหลือได้เก็บไว้ในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิดหรือเก็บในตู้กับข้าวหรือในตู้เย็น	2.00	0.00	ดี
8.	ท่านให้เด็กดื่มน้ำหรือสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) เมื่อเด็กมีอาการถ่ายเหลว	1.81	0.40	ดี
9.	ท่านนำขยะจากในบ้านทิ้งลงในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิดหรือห่อถุงพลาสติกแล้วผูกถุงให้สนิทไม่ให้แมลงวันค่อม	1.85	0.35	ดี
10.	ท่านตัดสินใจพาเด็กไปพบแพทย์เมื่อเด็กมีอาการถ่ายเหลวเป็นน้ำจำนวนมากหรือถ่ายไม่หยุด	1.82	0.45	ดี
	ภาพรวม	17.49	1.84	ดี

การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน กับตัวแปรต้น อันได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ระดับรายได้ของครอบครัว และแหล่งข้อมูลข่าวสาร พบว่า ความแตกต่างของ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพของผู้ดูแล ไม่มีความแตกต่างกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง อย่างไรก็ตามพบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคนี้นักอาสาสมัครสาธารณสุข พยาบาลในหอผู้ป่วย และอินเทอร์เน็ต มีความแตกต่างกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และแหล่งข้อมูลข่าวสารของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ANOVA

ตัวแปร	Source of Variance	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
อายุ	ระหว่างกลุ่ม	28.403	5	5.681	1.762	.132
	ภายในกลุ่ม	228.843	71	3.223		
	รวม	257.247	76			
ระดับการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	41.691	7	5.956	1.906	.082
	ภายในกลุ่ม	215.556	69	3.124		
	รวม	257.247	76			
ระดับรายได้ของครอบครัว	ระหว่างกลุ่ม	42.366	8	5.296	1.676	.120
	ภายในกลุ่ม	214.881	68	3.160		
	รวม	257.247	76			
แหล่งข้อมูลข่าวสาร						
อาสาสมัครสาธารณสุข	ระหว่างกลุ่ม	15.499	1	15.499	4.808	.031*
	ภายในกลุ่ม	241.748	75	3.223		
	รวม	257.247	76			
พยาบาลในหอผู้ป่วย	ระหว่างกลุ่ม	1.519	1	1.519	.445	.507*
	ภายในกลุ่ม	255.728	75	3.410		
	รวม	257.247	76			
อินเทอร์เน็ต	ระหว่างกลุ่ม	12.734	1	12.734	3.906	.052*
	ภายในกลุ่ม	244.513	75	3.260		
	รวม	257.247	76			

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน กับความรู้การป้องกันโรค การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพบว่า ความรู้การป้องกันโรค, $t(76) = 0.595, p < .001$ และการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค, $t(76) = 0.621, p < .001$ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ดูแลในทางกลับกันพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค, $t(76) = -0.256, p < .001$ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการป้องกันของผู้ดูแล รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน 4 ด้านต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล

ปัจจัย	<i>r</i>	<i>p</i>
ความรู้การป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	0.595	<.001***
การรับรู้ความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	0.185	.728
การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	0.621	<.001***
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	-0.256	<.001***
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	0.109	.586

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

$N = 77$

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลคือ ความรู้การป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ($\beta = .430, t(76) = 3.349, p < .001$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ($\beta = .380, t(76) = 4.342, p < .001$) และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ($\beta = .330, t(76) = 3.151, p < .001$) โดยตัวแปรทั้งสามตัวมีอำนาจการทำนายใน Model โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ของตัวแปร เท่ากับ .832 และกำลังสองของค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ (R^2) เท่ากับ 0.576 ซึ่งสามารถพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลได้ร้อยละ 57.64 โดยค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard Error) เท่ากับ 63.586 (ดูตารางที่ 4) ซึ่งสามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบและสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$B = 0.05 + 0.430 (K) + 0.380 (PR) + 0.330 (PO)$$

$$Z_B = .044 (Z_K) + .063 (Z_{PR}) + .083 (Z_{PO})$$

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล

ปัจจัยทำนาย	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
ค่าคงที่ (Constant)	0.05	0.230		3.490	.00
ความรู้การป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (K)	0.430	0.044	0.424	3.349***	.00
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (PR)	0.380	0.063	0.433	4.342***	.00
การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (PO)	0.330	0.083	0.323	3.151***	.00
$R = 0.832$ $R^2 = 0.576$ $F = 63.586$ $p = 0.000$					

*** $p < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลเด็กเป็นปัจจัยสำคัญในการลดอุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กอายุต่ำกว่าห้าปี และช่วยลดความรุนแรงของโรคที่นำไปสู่การเสียชีวิตของเด็กที่ป่วยด้วยโรคนี้ (Agegnehu, Zeleke, Goshu, Ortibo, & Adinew, 2019; Mekonnen et al., 2018) ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลเด็กภาพรวมและรายข้ออยู่ในระดับดี ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลเด็กเมื่อมีอาการของโรคนี้ และสามารถจัดการด้านสุขาภิบาลอาหารและสิ่งปฏิกูลเพื่อป้องกันการเกิดโรคได้อย่างเหมาะสม (Agegnehu et al., 2019)

ทั้งนี้พฤติกรรมการป้องกันโรคในเด็กของผู้ดูแลขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ซึ่งผลการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด และระดับรายได้ของครอบครัวของผู้ดูแลที่แตกต่างกัน พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวของผู้ดูแลในแต่ละกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลในด้านอายุ และระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคนี้ (พรทิพย์ แก้วจิน, 2554) อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อายุและระดับการศึกษาสูงสุดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล ซึ่งอธิบายว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่าและจบการศึกษาขั้นพื้นฐานมีคะแนนพฤติกรรมดูแลและป้องกันโรคอุจจาระร่วงสูงกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยและไม่ได้รับการศึกษา (ชลธิชา โชคเฉลิมวงศ์, 2555; Merali et al., 2018; Well, 2018) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลที่มีอายุมากอาจจะมีประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคนี้มากกว่า รวมทั้งผู้ดูแลที่สำเร็จการศึกษาขั้นพื้นฐานมีความสามารถในการอ่านและรับรู่วารสารและข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

กับโรคนี้มากกว่า จึงส่งผลให้ผู้ดูแลที่มีอายุมากและจบการศึกษาในระดับขั้นพื้นฐานมีพฤติกรรมการดูแลและป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่เหมาะสม

ในทางกลับกัน พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลอาจจะมีหรือไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล แต่อาจมีความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น ๆ ตามกรอบแนวคิดความเชื่อทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค (Edberg, 2015) จากผลการศึกษาครั้งนี้บ่งชี้ว่า ความรู้การป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับของพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล และเป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่าง

ความรู้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าระดับความรู้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและการดูแลเด็กป่วย (ชลธิชา โชคเฉลิมวงศ์, 2555; Agegnehu et al., 2019; Merali et al., 2018; Wells, 2018) อธิบายได้ว่าผู้ดูแลที่ได้รับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กที่ต้องผ่านรูปแบบการให้ความรู้ เช่น การสอนสุขศึกษารายบุคคล การให้ความรู้ผ่านสื่อวิดีโอ ข้อความทางวิทยุหรือโทรทัศน์ และสื่อออนไลน์ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลและป้องกันการเกิดโรคนี้ในเด็กได้อย่างเหมาะสม (Merali et al., 2018) นอกจากนี้ Agegnehu et al. (2019) อธิบายว่าผู้ดูแลที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคนี้ของผู้ดูแลได้ 0.237 เท่า (AOR = 0.237, 95% CI [0.091, 0.613]) $p < .001$ เมื่อเทียบกับผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้ ส่วน Wells (2018) พบว่าผู้ดูแลหลักของเด็กคือ มารดา มารดาที่มีความรู้ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล อาหารและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม จะสามารถให้การดูแลจัดการสุขอนามัยในบ้านเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กเป็นการประเมินโอกาสเสี่ยงที่เด็กอายุต่ำกว่าห้าปีจะเกิดโรคอุจจาระร่วงจากการที่เด็กรับประทานอาหารและดื่มน้ำที่ไม่ถูกสุขลักษณะ รวมถึงการดูแลสุขอนามัยของเด็กที่ไม่ถูกต้องตามการรับรู้ส่วนบุคคลของผู้ดูแล (ชลธิชา โชคเฉลิมวงศ์, 2555) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (ชลธิชา โชคเฉลิมวงศ์, 2555; พรทิพย์ แก้วจิน, 2554) ผลการศึกษาของ Mwambete and Joseph (2010) พบว่า มารดาและผู้ดูแลเด็กที่มีอาการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในเขตเทศบาล Temeke ประเทศ Tanzania ส่วนใหญ่ตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคนี้ ได้แก่ ระยะเวลาการของเด็ก ความเจ็บป่วย ความสะอาดของแหล่งน้ำสำหรับอุปโภคและบริโภค และสุขาภิบาลที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ในขณะที่ Bachrach and Gardner (2002) ระบุว่า การไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ถือว่าเป็นอีกหนึ่งปัจจัยเสี่ยงที่มารดาและผู้ดูแลเด็กรับรู้ว่าจะส่งผลให้เกิดโรคอุจจาระร่วงได้มากขึ้น ทั้งนี้ผู้ดูแลเด็กที่รับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันจาก

ปัจจัยต่าง ๆ ในระดับสูงจะมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลและป้องกันโรคนี้ในระดับดี (ชลธิชา โชคเฉลิมวงศ์, 2555; พรทิพย์ แก้วชิน, 2554)

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลและป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กและสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Rumbo, Wichaikul, and Sanguanprasit (2016) กล่าวว่าผู้ดูแลที่รับรู้ว่าคุณสมบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคนี้ในระดับดีมากว่าผู้ดูแลที่รับรู้ว่าคุณสมบัติในการป้องกันโรค โดยอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคนี้ของผู้ดูแล ได้แก่ ฐานะทางการเงินไม่ดี การขาดความตระหนักการไม่ได้รับการศึกษา ระยะทางระหว่างบ้านกับสถานพยาบาล ความสามารถในการเข้าถึงบริการ การขาดแคลนน้ำ สบู่หรือน้ำยาล้างมือและห้องส้วม สภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยและภาระหน้าที่ที่นอกเหนือจากการดูแลเด็ก (ชลธิชา โชคเฉลิมวงศ์, 2555; Ansari, Ibrahim, Hassali, Shankar, Koirala, & Thapa, 2012; Rumbo et al., 2016; Wells, 2018) ผู้ดูแลที่รับรู้ว่าคุณสมบัติอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เช่น การจัดการขยะที่ไม่ถูกต้อง ไม่มีห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะ หรือสภาพภายในบ้านที่ไม่สะอาด มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลและป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ไม่ถูกต้อง (ชลธิชา โชคเฉลิมวงศ์, 2555; Ansari et al., 2012; Bahartha & AlEzzi, 2015; Rumbo et al., 2016) นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่าแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (IS) จากอาสาสมัครสาธารณสุข พยาบาลในหอผู้ป่วยและอินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแล

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กอายุต่ำกว่าเป็นโรคที่มีสาเหตุมาจากสุขาภิบาลด้านอาหารและสิ่งแวดล้อม รวมถึงสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ไม่ถูกสุขลักษณะ (Rumbo et al., 2016) การป้องกันอุบัติการณ์ของโรคนี้จึงมีความจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมความรู้และความตระหนักที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ดูแลเด็ก เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการสุขาภิบาลอาหารและสิ่งแวดล้อมภายในและนอกบ้าน การจำกัดขยะและสิ่งปฏิกูล สุขอนามัยส่วนบุคคลทั้งของผู้ดูแลและเด็ก และความเสี่ยงของการเกิดโรคเพื่อนำไปส่งเสริมพฤติกรรมด้านสุขอนามัยที่ถูกต้องเหมาะสมสำหรับการป้องกันโรคนี้ อีกทั้งในกระบวนการให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมควรจะต้องมีการประเมินและพิจารณาปัจจัยที่อาจจะเป็นอุปสรรคหรือข้อจำกัดที่ทำให้ผู้ดูแลเด็กแต่ละบุคคลไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำตามหลักสุขาภิบาลและการป้องกันโรคได้เพื่อนำไปสู่การวางแผนที่เหมาะสมกับผู้ดูแลรายบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้อุปสรรคมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการดูแลและป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กของผู้ดูแลเด็ก ดังนั้น พยาบาลเด็กและพยาบาลชุมชนซึ่งถือว่าเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญ ควรให้การวางแผนการพยาบาลทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชนเพื่อส่งเสริมความรู้ที่ถูกต้อง รวมถึงช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการความเสี่ยงและอุปสรรคเพื่อลดโอกาสการเกิดโรคนี้ในเด็ก และข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ มีดังนี้

ด้านการศึกษาพยาบาล ควรมีการออกแบบการเรียนการสอนและสอดแทรกหัวข้อเรื่องการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลเด็กในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

ด้านการวิจัยควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยให้ผู้ดูแลเด็กเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสามารถป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *แผนงานวิจัยด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ.2562 - 2564*. กรุงเทพฯ: กองนวัตกรรมและวิจัย.
- กลุ่มงานยุทธศาสตร์และข้อมูลเพื่อการพัฒนาจังหวัด. (2561). *แผนพัฒนาจังหวัดตรัง พ.ศ.2561-2565*. สืบค้นจาก <https://www.trang.psu.ac.th/planform/7-2.pdf>
- ชลธิชา ไชกเฉลิมวงศ์. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ปกครองเด็กเล็กอายุ 3-5 ปี ที่มีอุบัติการณ์ซ้ำซ้อน*. (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม. สืบค้นจาก <http://newtdc.thailis.or.th/docview.aspx?tdcid=359680>
- นพรัตน์ วิหารทอง, คุณิต สุจิรารัตน์, และมธุรส ทิพยมงคลกุล. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่ได้รับการดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลในจังหวัดนนทบุรี. *เอกสารในการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 34 (หน้า 943-953)*. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พวงคันรินทร์ สุริยะโจง, สามารถ ใจเตี้ย, และสายหยุด มูลเพชร. (2561). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน. *พินนสวรสาร*, 14(1), 17-32.
- พรทิพย์ แก้วชิน. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุระหว่าง 0-5 ปี ภูมิภาคศึกษาหมู่บ้านระกาย ตำบลจอหอ อำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา*, 5(2), 17-24.
- โรงพยาบาลตรัง. (2562). สถิติผู้ป่วยในผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตรังประจำปี 2559-2561 (รายงานไม่ได้ตีพิมพ์). โรงพยาบาลตรัง, ตรัง.
- สำนักงานสาธารณสุข. (2562). *รายงานการตรวจราชการและนิเทศงานระดับกระทรวง กรม ปกติ จังหวัดตรัง รอบที่ 1/2562*. สืบค้นจาก <http://www.rh12.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/02/6>
- อรรณพ หล้าสวัสดิ์, สุดากรณ์ พยัคฆะเรือง, และพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม. (2562). ผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 37(3), 63-78.

- อาทิตยา วงศ์คำมา. (2562). *สถานการณ์โรคอุจจาระร่วงในประเทศไทย*. สืบค้นจาก [https://ddc.moph.go.th / uploads/files/a38f502166f15054034c545848278ac8.pdf](https://ddc.moph.go.th/uploads/files/a38f502166f15054034c545848278ac8.pdf)
- Agegnehu, M. D., Zeleke, L. B., Goshu, Y. A., Ortibo, Y. L., & Adinew, Y. M. (2019). Diarrhea prevention practice and associated factors among caregivers of under-five children in Enemay district, Northwest Ethiopia. *Journal of Environmental and Public Health*, 2019, 1-8. doi: 10.1155/2019/5490716
- Albrecht, L., Hartling, L., & Scott, S. D. (2017). Pediatric acute gastroenteritis: understanding caregivers' experiences and information needs. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 19(3), 198-206. doi:10.1017/cem.2016.363
- Ansari, M., Ibrahim, M. I., Hassali, M. A., Shankar, P. R., Koirala, A., & Thapa, N. J. (2012). Mothers' beliefs and barriers about childhood diarrhea and its management in Morang district, Nepal. *BMC Research Notes*, 5, 576. doi:10.1186/1756-0500-5-576
- Bachrach, L. R., & Gardner, J. M. (2002). Caregiver knowledge, attitudes, and practices regarding childhood diarrhea and dehydration in Kingston, Jamaica. *The Pan American Journal of Public Health*, 12(1), 37-44.
- Bahartha, A. S., & AlEzzi, J. I. (2015). Risk factors of diarrhea in children under 5 years in Al-Mukalla, Yemen. *Saudi Medical Journal*, 36(6), 720-724. doi:10.15537/smj.2015.6.11266
- Edberg, M. (2015). *Essentials of health behavior: Social and behavioral theory in public health*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Ghimire, P. R., Agho, K. E., Renzaho, A. M. N., Dibley, M., & Raynes-Greenow, C. (2018). Association between health service use and diarrhea management approach among caregivers of under-five children in Nepal. *PloS One*, 13(3), e0191988. doi:10.1371/journal.pone.0191988
- Iskandar, W., Handayani, O. W. K., & Cahyati, W. H. (2019). Analysis of family income factors on diarrhea incidence through behavior in Tapalang. *Public Health Perspectives Journal*, 4(3), 206-213.
- Mekonnen, G. K., Mengistie, B., Sahilu, G., Mulat, W., & Kloos, H. (2018). Caregivers' knowledge and attitudes about childhood diarrhea among refugee and host communities in Gambella region, Ethiopia. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 37(1), 24-11. doi:10.1186/s41043-018-0156-
- Merali, H. S., Morgan, M. S., & Boonshuyar, C. (2018). Diarrheal knowledge and preventative behaviors among the caregivers of children under 5 years of age on the Tonle Sap Lake, Cambodia. *Research and Reports in Tropical Medicine*, 9, 35-42. doi:10.2147/RRTM.S156702

- Mwambete, K. D., & Joseph, R. (2010). Knowledge and perception of mothers and caregivers on childhood diarrhea and its management in Temeke Municipality, *Tanzania. Tanzania Journal of Health Research*, 12(1), 1-9.
- Muhumuza, J., Muhirwe, L. B., Ssentamu, C., Conteh, M. M., Dunne, N. M., & Karumuna, R. (2017). Factors influencing timely response to health care seeking for diarrheal episodes among children under five by caregivers in rural Uganda. *Science Journal of Public Health*, 5(3), 246-253. doi: 10.11648/j.sjph.20170503.23
- Rumbo, H., Wichaikull, S., & Sanguanprasit, B. (2016). Factors influencing preventive behaviors of mothers for diarrhea in children aged 1-5 years in Buol district, Indonesia. *Sociology Study*, 6(12), 745-753. doi:10.17265/2159-5526/2016.12.001
- Well, B. S. (2018). *Caregiver perception and the role of seasonality in under-five childhood diarrhea incidence in Svay Rieng province, Cambodia* (Doctoral dissertation). University of South Florida, Florida. Retrieved from <https://scholarcommons.usf.edu/etd>

การพัฒนาแบบการจัดการโครงการมุ่งประสิทธิผลในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอนามัย เจริญพันธุ์ในกลุ่มเยาวชนจังหวัดแพร่

ปริยรัตน์ จิระพงษ์สุวรรณ, ส.ม.¹

(วันที่ส่งบทความ: 1 เมษายน 2563; วันที่แก้ไข: 18 กรกฎาคม 2563; วันที่ตอบรับ: 24 กรกฎาคม 2563)

บทคัดย่อ

ปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์มีผลต่อคุณภาพชีวิตของเยาวชนการดำเนินโครงการป้องกันแก้ไขปัญหา
ยังไม่สามารถบรรลุประสิทธิผลได้อย่างชัดเจน การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบ
และศึกษาประสิทธิผลการจัดการโครงการมุ่งประสิทธิผลในการป้องกันแก้ไขปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์
ในกลุ่มเยาวชนจังหวัดแพร่ แบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ 1) ศึกษาวิเคราะห์สภาพและประเมินความต้องการ
2) พัฒนาแบบฯ 3) ทดลองใช้รูปแบบฯ และ 4) ประเมินรูปแบบฯ ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นบุคลากรผู้ดำเนิน
โครงการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของจังหวัดแพร่ จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ แบบประเมิน
ผลกระบวนการโครงการที่มุ่งประสิทธิผลและแบบประเมินตามเกณฑ์ชี้วัดผลสัมฤทธิ์สร้างโดยมูลนิธิ
สถาบันวิจัยและพัฒนานโยบายแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้รูปแบบการจัดการโครงการฯ และ
แบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มแบบมีโครงสร้าง สร้างโดยผู้วิจัย ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา
จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน แบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80 วิเคราะห์
ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการจัดการโครงการฯ
เป็นรูปแบบที่เน้นการสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในแต่ละพื้นที่โดยต้องกำหนดบทบาทและความ
รับผิดชอบให้สอดคล้องกับภารกิจของหน่วยงานและวิถีชีวิตของเยาวชน และมีการประสานงานอย่าง
ชัดเจนและเป็นระบบ ผลการประเมินประสิทธิผลของโครงการฯ พบว่าอยู่ในระดับสูง (ระดับ 4) คือยังม
การดำเนินงานของโครงการอย่างต่อเนื่อง ปรับเป็นภารกิจปกติของภาคีที่รับผิดชอบ และมีการขยายผลไป
ยังงานอื่น ๆ ควรมีการนำผลการวิจัยไปปรับใช้ในการพัฒนาเยาวชนกลุ่มอื่น เช่น เยาวชนที่อยู่นอกระบบ
การศึกษา

คำสำคัญ: รูปแบบการจัดการโครงการมุ่งประสิทธิผล, อนามัยเจริญพันธุ์, เยาวชน

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดแพร่

¹Corresponding author: ปริยรัตน์ จิระพงษ์สุวรรณ, E-mail: preyarat08@yahoo.com

Development of a Management System for an Effectiveness-based Project Model to Prevent and Solve Reproductive-Health Problems Among Youth Groups in Phrae Province

Preyarat Jiraphongsuwan, M.P.H.¹

(Received: April 1st, 2020; Revised: July 18th, 2020; Accepted: July 24th, 2020)

Abstract

Reproductive health problems affect the quality of life of youth. The effectiveness of prevention and problem solving programs cannot be clearly explained. This research aimed to develop a management system for an Effectiveness-based Project Model to Prevent and Solve Reproductive-health Problems among Youth Living in Phrae Province (the MEP Model). The study was divided into 4 phases including: 1) the condition analysis and need assessment, 2) the development of the MEP model, 3) the trialing of the MEP model, and 4) the evaluation of the MEP model. Participants were 40 staffs responsible for conducting reproductive health projects in Phrae province. The research instruments were the Effective Project Evaluation and the Criterion Achievement Evaluation, which were constructed by the Policy Research and Development Institute Foundation, whereas a questionnaire assessing opinions about the MEP model and the structured interview and focus group discussion guides were constructed by the researcher. The last two instruments were tested for their content validity by three experts. The questionnaire established a Cronbach's alpha coefficient of .80. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis. The findings revealed that The MEP Model is focused on the cooperation among working network partners in each area. The roles and responsibilities of the partners have to be determined in congruence with missions of workplaces, lifestyles of youths, and their cooperation needs in order to be clear and systematic. The evaluation of the project found that its level of effectiveness was high (level 4), meaning that it was a continuous process which was able to adjust to the routine mission of the partners assigned and extended to other tasks. The research results should be applied to other youth groups, such as ones outside formal education systems.

Keywords: the management of effectiveness emphasized projects model, reproductive health, youth

¹Public Health and Academic Officer, Phrae Provincial Public Health Office

¹Corresponding author: Preyarat Jiraphongsuwan, E-mail: preyarat08@yahoo.com

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะการคลอดในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ข้อมูลจากสถิติ (สำนักอนามัยเจริญพันธุ์, 2561) สํารวจพบ จำนวนวัยรุ่นหญิงอายุ 10-19 ปี มีอัตราการคลอดบุตรเฉลี่ย 232 คนต่อวัน และวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี มีอัตราการคลอดบุตร 39.60 ต่อ 1000 ประชากร ซึ่งมีอัตราสูงกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ไม่เกิน ร้อยละ 10 ต่อ 1000 ประชากรวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน ขาดความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง หรือไม่ทราบวิธีการป้องกันที่ถูกต้อง (จิราณัฐ ศรีแก้ว, 2560) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทำให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพ เช่น การเสียชีวิตของมารดาและ/หรือทารก เด็กแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ มีความเสี่ยงต่อการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต และการเสียโอกาสทางการศึกษา หน้าที่การงาน รวมทั้งรายได้ในอนาคต การขาดความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตรส่ง ผลให้เด็กจำนวนหนึ่งถูกทอดทิ้งหรือเติบโตมาอย่างไม่มีคุณภาพ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

นอกจากนี้ยังพบอัตราป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชนมีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งในระดับจังหวัด ระดับภาค และระดับประเทศในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี อัตราการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวดังรายงานของสำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค ที่พบว่า อัตราการป่วยเป็นโรคหนองในระหว่างปี พ.ศ. 2557, ปี พ.ศ. 2558, ปี พ.ศ. 2559 และปี พ.ศ. 2560 เท่ากับ 38.6, 50.5, 59.3, และ 66.6 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ (สำนักกระบวนวิชา, 2561) ข้อมูลจากการประมาณ ผู้ติดเชื้อรายใหม่โดยใช้ แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ (Thailand Spectrum AIDS Epidemic Model [AEM]) ปี พ.ศ. 2559 พบว่าร้อยละ 47 เป็นกลุ่มอายุ 15-24 ปีและพบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์อายุ 15 -24 ปี ในปีพ.ศ. 2559 ร้อยละ 0.32 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 0.47 ในปี พ.ศ. 2560 (ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ, 2560)

จากรายงานในเขตภาคเหนือ มารดาอายุ 15 – 19 ปี มีอัตราคลอด 20.82 ต่อประชากร 1,000 คน ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ (2559) ที่กำหนดไว้ไม่เกิน 50 ต่อประชากร 1,000 คน สำหรับจังหวัดแพร่พบอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15–19 ปีต่ออัตรามารดาคลอดอายุ 15–19 ปีเท่ากับ 13.33 ต่อประชากร 1,000 คน มีอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นร้อยละ 13.53 และมีแนวโน้มของอัตราป่วยเป็นโรคหนองในสูงขึ้น จากสถิติในปี พ.ศ. 2557 – พ.ศ. 2560 พบอัตราป่วยเท่ากับ 7, 12.9, 19.6, และ 17.95 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ เมื่อศึกษาข้อมูลจากการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 30 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแฟนหรือคนรัก แต่มีการใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 59 -79.0 โดยส่วนมาก (ร้อยละ 60) มีการใช้วิธีคุมกำเนิดโดยการกินยาคุมกำเนิด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่, 2561)

จะเห็นได้ว่า เหตุปัจจัยของปัญหาด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในเยาวชน ได้แก่ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการติดเชื้อเอชไอวี มีความเกี่ยวข้องจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ เหตุปัจจัยแวดล้อม เหตุปัจจัยโดยตรง พฤติกรรมตามวิถีชีวิตของเยาวชน ระบบการบริการด้านอนามัย

เจริญพันธุ์ และโอกาสการเข้าถึงของเยาวชน ตลอดจนการมีระบบการดูแลต่อเนื่องทางสังคมและสุขภาพ ในระยะยาวร่วมกับความเข้าใจของครอบครัว สถานศึกษาและชุมชน หากขาดความชัดเจนและการเข้าใจในการเข้าถึงหัวใจของการแก้ไขปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับเยาวชน แต่ละกลุ่ม การจัดระบบบริการที่ไม่ครบถ้วน ทำให้มีโอกาที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าวไม่สำเร็จส่งผลให้การเกิดภาวะที่คุกคามต่อสังคมเพิ่มมากขึ้น จนมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจสังคมของหลายชุมชนในประเทศไทย (คณะกรรมการวิชาการมาตรฐานประสิทธิผลโครงการและมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย, 2559)

ปัจจุบันหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัดแพร่ ได้แก่ หน่วยงานด้านสาธารณสุข หน่วยงานด้านการศึกษา หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มภาคีเครือข่าย องค์กรเอกชน ที่ทำงานเกี่ยวกับเยาวชนได้มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวในพื้นที่ โดยมีการดำเนินโครงการในการแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมืออย่างใกล้ชิดจนเกิดการรวมพลังทุกภาคส่วนอย่างจริงจัง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย, 2554) อย่างไรก็ตามพบว่า ยังมีบางประเด็นที่ยังไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการได้อย่างชัดเจน จำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการจัดการโครงการที่มุ่งประสิทธิผลในการป้องกันปัญหาดังกล่าว ตั้งแต่การพัฒนาระบบ ได้แก่ การวัดประสิทธิผลการดำเนินงานตามภารกิจของแต่ละหน่วยงาน ครอบครัว ชุมชน ตลอดจนเยาวชน เพื่อแก้ไขปัญหาที่ครอบคลุมเหตุปัจจัยอย่างครบถ้วนตามบริบทในแต่ละพื้นที่ อันจะนำไปสู่การผลักดันให้อยู่ในการกิจของหน่วยงานที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเยาวชน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดการโครงการมุ่งประสิทธิผลในการป้องกันแก้ไขปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มเยาวชนจังหวัดแพร่ขึ้นเพื่อให้มีรูปแบบโครงการที่ดำเนินงานไปตามขั้นตอนจนสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ทั้งที่เป็นพฤติกรรมระดับบุคคล องค์กร และสังคม อันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาส่งผลให้กลุ่มเยาวชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ทำให้ยกระดับคุณภาพชีวิตขึ้นต่อไป (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย, 2559)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการโครงการมุ่งประสิทธิผลในการป้องกันแก้ไขปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มเยาวชนจังหวัดแพร่
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลการจัดการโครงการมุ่งประสิทธิผลในการป้องกันแก้ไขปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มเยาวชนจังหวัดแพร่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการจัดการโครงการมุ่งประสิทธิผลในการป้องกันแก้ไขปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ ใช้กรอบแนวคิดของการวิจัยและพัฒนา โดยใช้โครงการเอดส์มุ่งประสิทธิผลและเกณฑ์การรับรองโครงการที่มีประสิทธิผล (Thai Department of Disease Control Compendium) ประกอบด้วยกระบวนการ 10 ขั้นตอน ได้แก่ 1.การวิเคราะห์เหตุปัจจัยต่อภาวะคุกคามคุณภาพชีวิตของเยาวชน 2.การทบทวนนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตเยาวชน 3.การวางมาตรการป้องกันปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์และหน่วยเอดส์ 4.การวาง

กรอบการจัดการโครงการที่มีประสิทธิภาพ 5.การคาดประมาณทรัพยากรสำหรับปฏิบัติงานให้ครอบคลุม 6.การประเมินแหล่งทรัพยากรสนับสนุนโครงการอย่างต่อเนื่อง 7.การกำหนดแผนที่ยุทธศาสตร์แสดงแผนปฏิบัติการที่เชื่อมโยงกัน 8.ผนักทรัพยากรทั้งในและนอกพื้นที่เป็นแผนปฏิบัติการร่วม 9.หน่วยงานการบูรณาการเข้าสู่แผนปฏิบัติการรายปีของแต่ละหน่วยงาน และ 10.จัดระบบควบคุมภารกิจร่วมกันของภาคีเครือข่าย

สำหรับการประเมินประสิทธิภาพของโครงการ จะดำเนินการประเมินตามเกณฑ์ชี้วัดผลสัมฤทธิ์ โดยมีเกณฑ์ชี้วัดผลสัมฤทธิ์ 4 ระดับ ดังนี้ ระดับที่ 1 โครงการมีฐานคิดและมีแผนปฏิบัติการมุ่งประสิทธิภาพในพื้นที่ชุมชน ระดับที่ 2 โครงการมีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ มีการติดตามประเมินแต่ละกิจกรรม และปรับปรุงคุณภาพตามข้อเสนอแนะ ระดับที่ 3 โครงการมีหลักฐานแสดงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และหรือปรับลดภาวะเปราะบางของกลุ่มเป้าหมาย ระดับที่ 4 โครงการที่มีประสิทธิภาพ มีความยั่งยืนและขยายผล

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยศึกษาในพื้นที่อำเภอสูงเม่น อำเภอเด่นชัย และอำเภอสอง จังหวัดแพร่ ระหว่างเดือนมกราคม - ธันวาคม พ.ศ. 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรผู้ดำเนินการโครงการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสูงเม่น อำเภอเด่นชัย และอำเภอสอง บุคลากรที่รับผิดชอบงานอนามัยเจริญพันธุ์ในโรงพยาบาล หน่วยงานด้านการศึกษา และเจ้าหน้าที่องค์กรภาคประชาสังคมที่ดำเนินโครงการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มเยาวชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ตัวแทนองค์กรเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์และส่วนของประชาชน ได้แก่ ตัวแทนครอบครัว และตัวแทนเยาวชนในพื้นที่ศึกษา รวมทั้งสิ้น 105 คน คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Research participants) แบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ดำเนินโครงการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในพื้นที่ ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2561 และยินยอมให้ข้อมูลกลุ่มละ 5 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจำนวน 40 คน และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพทั้งการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มจำนวน 10 คน โดยเป็นตัวแทนจากผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่ละกลุ่ม กลุ่มละ 2 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ตามเอกสารรับรอง เลขที่ PPH No.39/ 2561 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการศึกษาแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา โดยขอให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา (Informed consent) โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือหยุดให้ข้อมูลเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบแต่อย่างใด

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย

เครื่องมือการวิจัย มี 4 ชุด เป็นเครื่องมือวิจัยมาตรฐานสร้างโดยสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย จำนวน 2 ชุด ได้แก่ แบบประเมินผลกระทบของการโครงการที่มุ่งประสิทธิผล และแบบประเมินตามเกณฑ์ชี้วัดผลสัมฤทธิ์ สำหรับแบบสอบถามการใช้รูปแบบในการป้องกันแก้ไขปัญหานามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มเยาวชน และแบบสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่มแบบมีโครงสร้าง สร้างโดยผู้วิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบประเมินผลกระทบของการโครงการที่มุ่งประสิทธิผล 10 ขั้นตอน (Thai Compendium) ในแต่ละขั้นตอน มีจำนวน 4-5 ข้อ ลักษณะคำถาม มี 2 คำตอบให้เลือก คือปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ

2. แบบประเมินตามเกณฑ์ชี้วัดผลสัมฤทธิ์ โดยมีเกณฑ์ชี้วัดผลสัมฤทธิ์ 4 ระดับตามมาตรฐาน โดยสถาบันวิจัยและพัฒนา นโยบาย

3. แบบสอบถามความคิดเห็นการใช้รูปแบบการจัดการโครงการมุ่งประสิทธิผลในการป้องกันแก้ไขปัญหานามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มเยาวชน ในด้านความเป็นไปได้ ความเหมาะสม ความถูกต้อง และความพึงพอใจ ประโยชน์ ลักษณะคำถามเป็นลักษณะมาตราประมาณค่าโดยใช้มาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2550) ซึ่งมีการแปลผล ดังนี้ คะแนน 1.00-1.49 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด คะแนน 1.50-2.49 หมายถึง เห็นด้วยน้อย คะแนน 2.50-3.49 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง คะแนน 3.50-4.49 หมายถึง เห็นด้วยมาก และ คะแนน 4.5-5.00 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

4. แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นใช้เป็นแนวทางสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์เนื้อหาสภาพและประเมินรูปแบบการจัดการโครงการ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่สร้างจากผู้วิจัยทั้ง 2 ชุด ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ศึกษา แบบสอบถามความคิดเห็นได้หาความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .80 สำหรับแบบสัมภาษณ์ได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับผู้เข้าร่วมวิจัย และปรับเปลี่ยนรายละเอียดในการซักถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลชัดเจนเพิ่มขึ้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์สภาพและประเมินความต้องการที่จำเป็น โดยการรวบรวมข้อมูลของโครงการที่ดำเนินการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ในระหว่างปี พ.ศ. 2559 - 2560 สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มเยาวชนระดับจังหวัดและระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่องค์กรภาคประชาสังคมที่ดำเนินโครงการ ในด้านการดำเนินโครงการและกำกับติดตามและประเมินผลโครงการ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการโครงการมุ่งประสิทธิผลในการป้องกันแก้ไขปัญหานามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มเยาวชนจังหวัดแพร่ โดยใช้กรอบแนวคิดของการพัฒนาโครงการเอดส์มุ่งประสิทธิผล (Thai Compendium) 10 ขั้นตอน

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการจัดการโครงการมุ่งประสิทธิผลในการป้องกันแก้ไขปัญหานามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มเยาวชนจังหวัดแพร่ ในพื้นที่ศึกษา 1 แห่ง ได้แก่ ตำบลเวียงทอง อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่

ระยะที่ 4 ประเมินประสิทธิผลของโครงการโดยใช้เกณฑ์ของคณะกรรมการวิชาการมาตรฐาน ประสิทธิภาพโครงการและมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา นโยบาย และประเมินรูปแบบการจัดการโครงการมุ่งประสิทธิผลในการป้องกันแก้ไขปัญหานามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มเยาวชนจังหวัดแพร่ ได้แก่ ความเหมาะสม ความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ และความถูกต้องของรูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัยและผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการวิเคราะห์สามเส้า (Triangulation) ซึ่งทำในระหว่างการประเมินรูปแบบ

ผลการวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ศึกษามีจำนวน 40 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มเยาวชนระดับอำเภอ 12 คน (ร้อยละ 30) เจ้าหน้าที่องค์กรภาคประชาสังคมที่ดำเนินโครงการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มเยาวชน 8 คน (ร้อยละ 20) เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 6 คน (ร้อยละ 15) อาสาสมัครสาธารณสุข 5 คน (ร้อยละ 12.5) ตัวแทนเยาวชน 5 คน (ร้อยละ 12.5) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มเยาวชนระดับจังหวัด 4 คน (ร้อยละ 10)

รูปแบบการจัดการโครงการมุ่งประสิทธิผลในการป้องกันแก้ไขปัญหานามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มเยาวชนจังหวัดแพร่ ได้ผลการศึกษาในแต่ละระยะดังต่อไปนี้

ในระยะที่ 1 โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่เน้นเนื้อหา จากการวิเคราะห์สภาพและประเมินความต้องการที่จำเป็นโดยการรวบรวมข้อมูลของโครงการที่ดำเนินการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ในระหว่างปี พ.ศ. 2559 - 2560 และสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มเยาวชนระดับจังหวัดและระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่องค์กรภาคประชาสังคมที่ดำเนินโครงการ ในด้านการดำเนินโครงการและกำกับติดตามและประเมินผลโครงการได้แก่นี้อาการดังต่อไปนี้

การมีเป้าหมายหลัก มองภาพรวม การจัดการโครงการที่มุ่งประสิทธิผลควรมีเป้าหมายหลัก หรือผู้จัดการโครงการที่มองเห็นภาพรวมของการดำเนินงานโครงการตั้งแต่ ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ

จะทำให้โครงการบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ดังกล่าวผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งดังนี้ “โครงการจะประสบความสำเร็จต้องมีผู้บัญชาการ คล้ายกับแม่ทัพที่สามารถควบคุมการดำเนินการในกองทัพให้ชนะข้าศึก คล้ายกับการนำพาโครงการไปสู่ทิศทางที่เป็นไปในแนวทางที่ต้องการให้บรรลุผล” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

ไม่เหมารวมเยาวชนในกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้กิจกรรมชุดเดียวการจัดการอบรมในโครงการ ไม่ควรคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเยาวชนทั้งหมด แต่ควรคัดเลือกเยาวชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาด้านอนามัยเจริญพันธุ์ และไม่ควรจัดกิจกรรมเพียงอย่างเดียวอย่างใดอย่างหนึ่งสำหรับเยาวชนทุกกลุ่มที่มีความแตกต่างกันในพฤติกรรมต่าง ๆ ดังกล่าวที่ว่า

เห็นจัดกิจกรรมที่ไรก็ทำเหมือนเดิม อบรมเด็กปนกันไปหมด ไม่แบ่งกลุ่มเด็กดี เด็กเสี่ยง เด็กดีเค้าก็ไม่มีปัญหาอยู่แล้ว เอามาอบรมก็เสียเวลา ขณะที่เด็กที่มีความเสี่ยงก็ไม่เข้าอบรม แก้ปัญหาไม่ถูกจุด ถ้าคัดเด็กออกเป็นกลุ่ม ๆ ได้วางแผนอบรมเฉพาะปัญหาที่พบ โครงการก็จะประสบความสำเร็จ (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

ควบคุมกำกับติดตามผลอย่างต่อเนื่อง การจัดการโครงการที่มุ่งประสิทธิผล ต้องมีการควบคุมกำกับติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพราะจะทำให้ทราบถึงความสำเร็จในการดำเนินโครงการและสามารถวางแผนเป้าหมายการทำโครงการให้บรรลุผลที่ดีขึ้นเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่นั้น ๆ ดังกล่าวที่ว่า

ที่ผ่านมาทำโครงการเสร็จก็ประเมินโครงการตามแผนก็จริง แต่ว่าไม่ได้ติดตามไปอย่างต่อเนื่อง เช่น อบรมเสร็จก็ประเมินว่าเยาวชนมีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละเท่านี้เท่านี้ แต่ไม่ไปติดตามดูว่าเยาวชนกลุ่มนี้เปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้นมั๊ย เช่น ใช้ถุงอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์อัตราการตั้งครรภ์ลดลงตามผลลัพธ์ที่ตั้งไว้มั๊ย (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

ต้นทุน คุ่มค่า คุ่มเวลา รูปแบบการจัดการโครงการที่มุ่งประสิทธิผล ควรจะคุ้มทุน หมายถึง ใช้งบประมาณในโครงการตามแผนที่วางไว้ คุ่มค่า หมายถึง ได้ผลลัพธ์บรรลุเป้าหมายของโครงการโดยใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ ลดการซ้ำซ้อนในการดำเนินโครงการในกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ดำเนินการ คุ่มเวลา หมายถึง ความเหมาะสมของระยะเวลาในการจัดกิจกรรมในโครงการ สรุปคือในโครงการ แต่ละโครงการควรบริหารงบประมาณอย่างประหยัดแต่ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ ดังกล่าวที่ว่า “ใช้งบไม่คุ้ม แต่ละหน่วยงานทำกิจกรรมในพื้นที่ซ้ำ ๆ กัน กลุ่มเดิม ๆ เสียดยงบประมาณ บางปีงบประมาณไปก่อน เลยยังไม่ได้ทำกิจกรรม ในกลุ่มอื่น ๆ ที่ว่างกันไว้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการโครงการมุ่งประสิทธิผลในการป้องกันแก้ไขปัญหาด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มเยาวชนจังหวัดแพร่ โดยใช้กรอบแนวคิดของการพัฒนาโครงการเอดส์มุ่งประสิทธิผล (Thai Compendium) 10 ขั้นตอน โดยนำผลจากการวิเคราะห์ในระยะที่ 1 มาพัฒนารูปแบบการจัดการโครงการที่มุ่งประสิทธิผลในการป้องกันแก้ไขปัญหาด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มเยาวชนจังหวัดแพร่ ดังต่อไปนี้

เป็นรูปแบบที่เน้นการสร้างความร่วมมือของหน่วยงานที่รับผิดชอบงานอนามัยเจริญพันธุ์ในพื้นที่ โดยมีการวิเคราะห์และเตรียมสมรรถนะภาคีเครือข่ายที่จะเข้าร่วมดำเนินงานของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ และร่วมเรียนรู้กับกลุ่มเป้าหมายพิจารณาเหตุปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์และเอดส์ กับเยาวชน ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม ครอบครัว ปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้นและผลกระทบในระยะยาวที่จะที่ มุ่งปรับแก้ไขปัญหา โดยมีการคัดกรองและจำแนกกลุ่มเยาวชนตามพฤติกรรมที่เปราะบางหรือเป็นกลุ่ม ย่อยตามพฤติกรรมเพื่อใช้กำหนดกิจกรรมและจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์หรือแผนปฏิบัติการให้มุ่งสู่การ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามกลุ่มเยาวชนที่พฤติกรรมที่แตกต่างกัน ซึ่งมีกลวิธีการทำงานที่แตกต่างกันทั้ง การจัดการสิ่งแวดล้อมของชุมชน การสร้างความเข้าใจกับครอบครัว การเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการดูแล สุขภาพของระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลระดับจังหวัด ซึ่งแตกต่างจากการทำงาน แบบเดิมที่จัดกิจกรรมชุดเดียวกับเยาวชนทุกกลุ่ม

ต้องมีการกำหนดบทบาท หน้าที่ของภาคีเครือข่ายที่สอดคล้องกับภารกิจของหน่วยงานในการ แก้ไขปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ของของเยาวชนในพื้นที่ โดยร่วมทำความเข้าใจ แนวทาง และวิธีจัดทำ แผนงาน โครงการ และกิจกรรมร่วมกัน บูรณาการภารกิจในระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบ และชุมชน รวมทั้งเยาวชนในพื้นที่ ซึ่งมีเป้าหมายร่วมกัน แต่ภารกิจและความเชี่ยวชาญของแต่ละหน่วยงานองค์กร ที่แตกต่างกัน ทั้งด้านการให้ความรู้ การดูแลรักษาสุขภาพ การให้การช่วยเหลือทางจิตใจและสังคม ซึ่งต้องมีผู้นำในการจัดการภารกิจแต่ละส่วน ซึ่งพบว่า ผู้นำภารกิจที่สำคัญ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน พื้นที่ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีการจัดระบบ และมอบหมายภารกิจของภาคีเครือข่ายในพื้นที่และติดตามกระบวนการทำงาน ปรับปรุงการทำงานร่วมกัน จนสามารถไปถึงผลลัพธ์ในการเปลี่ยนพฤติกรรมที่ตั้งไว้ได้ ทั้งนี้ เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ เป็นหน่วยงานที่สนับสนุนด้านวิชาการและเป็นผู้เอื้อในการเรียนรู้ใน การวางแผนการทำงานที่มีเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเยาวชนกลุ่มเป้าหมาย โดยกำหนด ผลลัพธ์ในการดำเนินงาน และมีการควบคุม ติดตามอย่างต่อเนื่อง และมีการปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงาน เชื่อมโยงกับเป็นระบบและการใช้งบประมาณ

มีวิธีการประสานงานอย่างชัดเจนและเป็นระบบ ในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาอนามัย เจริญพันธุ์ในพื้นที่ โดยผู้นำในการจัดการภารกิจเป็นผู้วางระบบในการประสานงาน กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบ ภารกิจในแต่ละกิจกรรมที่เชื่อมโยงกันตั้งแต่ระดับการให้ความรู้ สร้างความตระหนักในการป้องกันตนเอง การสร้างระบบส่งต่อเมื่อเยาวชนมีความต้องการใช้บริการสุขภาพ ทั้งในระดับโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด และหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือในพื้นที่และระดับ จังหวัด

สนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายมีการสรุปแผนงานในภาพรวม และผลของการดำเนินโครงการที่สำเร็จ ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้และที่ยังไม่สำเร็จเพื่อวางแผนปรับปรุงแก้ไขโครงการต่อไป เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการ ดำเนินโครงการได้วิเคราะห์ความคุ้มค่า คำนวณ คำนวณเวลาในการจัดทำโครงการ และนำเสนอผลการดำเนิน งานต่อผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร หน่วยงานภาคีในพื้นที่ ในการกำหนดข้อตกลงในการดำเนินการร่วม

กัน ทั้งในระยะสั้น และระยะยาว อีกทั้งเป็นการประสานการใช้ทรัพยากรในพื้นที่ และการสนับสนุนจากหน่วยงานระดับอำเภอ และจังหวัด และเพิ่มโอกาสในการพิจารณาจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการจัดการโครงการมุ่งประสิทธิผลในการป้องกันแก้ไขปัญหานามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มเยาวชนจังหวัดแพร่ ในพื้นที่ศึกษา 1 แห่ง ได้แก่ ตำบลเวียงทอง อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ พบว่าผลของการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาโครงการมุ่งประสิทธิผลดังกล่าวในกลุ่มเยาวชน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ผู้ดำเนินโครงการประเมินว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบที่มีค่าเฉลี่ยทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความถูกต้อง ด้านความเหมาะสม ด้านความเป็นประโยชน์ และด้านความเป็นไปได้ ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.55, SD = 0.95$) โดยค่าเฉลี่ยด้านความเป็นประโยชน์อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.80, SD = 0.98$) รองลงมา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยด้านความเป็นไปได้อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.70, SD = 0.90$) ค่าเฉลี่ยความถูกต้องอยู่ในระดับมาก ($M = 4.41, SD = 0.94$) และ ค่าเฉลี่ยความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.30, SD = 0.96$)

ระยะที่ 4 การประเมินรูปแบบการจัดการโครงการมุ่งประสิทธิผลในการป้องกันแก้ไขปัญหานามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มเยาวชนจังหวัดแพร่ เมื่อศึกษาประสิทธิผลของโครงการโดยใช้เกณฑ์ของคณะกรรมการวิชาการมาตรฐานประสิทธิผลโครงการและมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย พบว่าโครงการในพื้นที่ที่ศึกษา ผ่านเกณฑ์ในทุกระดับ ดังนี้

เกณฑ์ระดับที่ 1 มีแผนปฏิบัติการร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ศึกษา ตำบลเวียงทอง อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่

เกณฑ์ระดับที่ 2 มีการดำเนินงานของหน่วยงานในพื้นที่ตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคีเครือข่าย โดยใช้กลวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเยาวชนหรือปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรม

เกณฑ์ระดับที่ 3 มีการวัดถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการใช้ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมของเยาวชน การสังเกตของภาคีเครือข่ายในพื้นที่

เกณฑ์ระดับที่ 4 มีการดำเนินงานของโครงการอย่างต่อเนื่องในพื้นที่โดยมีกระบวนการที่มีการปรับเปลี่ยนภารกิจปกติของภาคีที่รับผิดชอบ และมีการขยายผลจนเกิดโครงการในอีก 2 พื้นที่ ได้แก่ ตำบลแม่ยางฮ่อ อำเภอวังทอง และตำบลบ้านถิ่น อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่

ผลจากการสนทนากลุ่มพบว่าสิ่งที่ทำให้เกิดความสำเร็จของโครงการคือ การร่วมคิดและสะท้อนปัญหาของผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ ร่วมวางแผนวางแผนเป้าหมายความสำเร็จ และมอบหมายภารกิจของภาคีเครือข่าย และมีการติดตามอย่างต่อเนื่องโดยมีผู้จัดการในพื้นที่และมีการสนับสนุนด้านวิชาการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และควรเป็นโครงการที่มีความต่อเนื่อง ทั้งการสร้างคนทำงานและการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ บางปัญหาต้องการเวลาในการปรับเปลี่ยนทั้งทางบริบทสังคมและการจัดการ

ผลจากการวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนากิจกรรมที่เพิ่มเติมคือ กิจกรรมให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการได้สะท้อนความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงการ และกิจกรรมการวางแผนร่วมกันอย่างต่อเนื่องกับผู้จัดการโครงการ พร้อมทั้งร่วมติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องสำหรับกลุ่มเป้าหมายเดิมจนเกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมาย

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนา รูปแบบการจัดการโครงการมุ่งประสิทธิผลในการป้องกันแก้ไขปัญหานามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มเยาวชนจังหวัดแพร่พบว่า เป็นรูปแบบที่เน้นการสร้างความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาคีเครือข่าย ที่แก้ไขปัญหานามัยเจริญพันธุ์ ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของเยาวชน ไม่ได้เน้นเพียงมิติด้านสุขภาพเพียงด้านเดียว แต่ขอบเขตครอบคลุมทุกมิติของการดำเนินชีวิต (Oyedele, Wright, & Maja, 2015)

การกำหนดไว้เป็นขั้นตอนตามลำดับ เริ่มตั้งแต่ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน โดยการกำหนดเครื่องมือ และวิธีการในแต่ละขั้นตอน ช่วยให้ผู้เข้าร่วมภาคีเครือข่ายสามารถใช้เป็นกรอบสำหรับสื่อความเข้าใจ และเป็นพื้นฐานที่เอื้อให้ภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วมกระบวนการได้พิจารณาและพัฒนาการทำงานร่วมกันจนบรรลุผลสัมฤทธิ์ดังที่กำหนดไว้ ตลอดจนสามารถสร้างความเข้าใจในการกิจร่วมกันให้สอดคล้องกันระหว่างผู้รับภารกิจในด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษา การสร้างทักษะเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ รวมถึงการร่วมกันกำหนดกรอบและเกณฑ์กำหนดข้อมูลข่าวสาร สำหรับนำไปปรับใช้เป็นตัวชี้วัดในการติดตาม ควบคุม กำกับ และประเมินผลการกิจร่วมกัน เพื่อจัดระบบติดตามกิจกรรมและนำมาพัฒนางานได้ เป็นรูปแบบที่มีวิธีการประสานงานอย่างชัดเจนเป็นระบบ และสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายมีการสรุปแผนงานในภาพรวม สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร จารยคุณ และคณะ (2558) พบว่ารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์พบว่าเครือข่ายและชุมชนมีความตระหนัก และมองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้น เกิดจากการทำงานร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ส่งผลให้ภาคีเครือข่ายและชุมชนได้เลือกแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่นได้ และสอดคล้องกับจารุกัญญา เรือนคำ (2557) ที่สรุปประเด็นการทำงานเรื่องเอดส์เพศ ออนามัยเจริญพันธุ์ สุขภาพและครอบครัว จากโครงการที่มีระยะยาวนาน 11 ปี ที่พบว่า การมองทะลุโครงการเพื่อเข้าใจกลุ่มเป้าหมายให้บริการด้วยหัวใจเป็นหลักชัยของการพัฒนา การทำงานเป็นทีมที่คั่นหางานเพื่ออุดช่องว่างการทำงานร่วมกัน ภาวะผู้นำสามารถช่วยสร้างความเข้มแข็งในการทำงานในชุมชน ความสำเร็จอยู่ที่การประสานงานกับสามฝ่ายและน้ำใจจากชาวบ้าน ได้แก่ ฝ่ายปกครอง ฝ่ายชุมชน และองค์กรต่าง ๆ ที่ทำงานร่วมกัน

ผลการศึกษาประสิทธิผลของโครงการฯ โดยใช้เกณฑ์ของคณะกรรมการวิชาการมาตรฐาน ประสิทธิภาพโครงการและมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา นโยบาย พบว่าโครงการในพื้นที่ที่ศึกษา ผ่านเกณฑ์ในทุกระดับ ได้แก่ การมีแผนปฏิบัติการร่วมของภาคีเครือข่าย และมีการดำเนินงานของหน่วยงานในพื้นที่ตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคีเครือข่าย โดยใช้กลวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเยาวชนหรือปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรม มีการวัดถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการดำเนิน

งานของโครงการอย่างต่อเนื่องในพื้นที่และมีการขยายผลจนเกิดโครงการในอีก 2 พื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของชุตีวรรณ ปุรินทราภิบาล, พิมพ์า ศักดิ์สองเมือง, กนกวรรณ ทวนศรี, ปุญญาภา รุ่งปีตะรังสี, และเพชรน้อย สิงห์ช่วงชัย (2561) ที่พบว่ากลวิธีการขับเคลื่อนโครงการเพื่อลดการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในแต่ละพื้นที่ที่มีการขยายพื้นที่จากเทศบาล อำเภอ สุราษฎร์ธานี โดยมีผู้ประสานงานในพื้นที่เป็นบุคคลที่มีความสามารถในการบริหารโครงการ มีการสื่อสารที่ดี มีทักษะ การคิดเชิงระบบ ทำให้ประสานงานได้ทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ อีกทั้งการจัดการโครงการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ต้องเป็นโครงการที่มีความเฉพาะในการดำเนินงานในเยาวชนแต่ละกลุ่มและผู้ที่ปฏิบัติหรือผู้ที่จัดทำโครงการต้องมีการฝึกการทำความเข้าใจ ตั้งแต่การปรับทัศนคติ การใช้ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพตรงกับความต้องการเยาวชน ตลอดจนการทำงานร่วมกับชุมชนการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานกับเยาวชน (Ahinkorah et al., 2019)

สรุปรูปแบบการจัดการโครงการมุ่งประสิทธิผลในการป้องกันแก้ไขปัญหอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มเยาวชน ประกอบด้วย 1. การทบทวนการดำเนินโครงการที่ผ่านมา 2. การวิเคราะห์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 3. การจัดกระบวนการ ทั้งนี้ แนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดการโครงการมุ่งประสิทธิผล สามารถนำมาใช้ในการพัฒนางานสาธารณสุขด้านอื่น ๆ ได้ไม่ว่าจะเป็นงานส่งเสริมสุขภาพ งานควบคุมโรค งานคุ้มครองผู้บริโภคแล้วแต่มีภาคีเครือข่ายการดำเนินงานเช่นเดียวกัน มุ่งสู่เป้าหมายเดียวกันคือประชาชนมีสุขภาพดี สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุมา ทางดี, นภาพระไพ สาระ, และภัทรพงศ์ ชูเศษ (2562) ที่พบว่า การดำเนินงานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ดำเนินการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุม ป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในพื้นที่ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 เพื่อให้เกิดการทำงานของหน่วยงานต่าง ๆ แต่อย่างไรก็ตาม กระบวนการดังกล่าว ต้องเน้นกระบวนการสำคัญ คือมีผู้เอื้อต่อการเรียนรู้ การเตรียมข้อมูล การเตรียมภาคี หรือผู้เข้าร่วม ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และการทำความเข้าใจ ในแต่ละขั้นตอน การพัฒนาการจัดการโครงการมุ่งประสิทธิผลในการป้องกันแก้ไขปัญหอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มเยาวชน มุ่งให้ทุกฝ่ายเกิดความร่วมมือ ร่วมใจ ปรับทัศนคติ และทักษะ ในเรื่องราวที่เกี่ยวข้องในการทำงานร่วมกัน รวมถึงมีการมอบหมายภารกิจ ในการดำเนินงานต่อเนื่อง (วิพุธ พูลเจริญ และคณะ, 2559; Mueller et al., 2017)

สรุปและข้อเสนอแนะ

รูปแบบการจัดการโครงการมุ่งประสิทธิผลในการป้องกันแก้ไขปัญหอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มเยาวชน ประกอบด้วย 1. การทบทวนการดำเนินโครงการที่ผ่านมา 2. การวิเคราะห์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 3. การจัดกระบวนการ ทั้งนี้ แนวทางดังกล่าว สามารถนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหอนามัยเจริญพันธุ์ในประเด็นอื่น ๆ ในการศึกษาวิจัยต่อไป ดังนี้

1. ด้านการพัฒนากิจกรรมในการป้องกันแก้ไขปัญหอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มเยาวชน

โดยพัฒนาการออกแบบกิจกรรมตามพฤติกรรมของกลุ่มเยาวชนแต่ละกลุ่ม อาทิเช่น เยาวชนที่อยู่นอกระบบการศึกษา

2. ด้านการศึกษาวิจัยในประเด็นการใช้รูปแบบการจัดการโครงการมุ่งประสิทธิผลในการแก้ไขปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ ได้แก่ การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในกลุ่มเยาวชน การติดตามทารกที่เกิดจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในกลุ่มเยาวชน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2560). *ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ.2560-2569*. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย (สวน). (2554). *คู่มือการจัดการเชิงยุทธศาสตร์เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์และเอดส์ในกลุ่มเยาวชนสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกลุ่มภาคี*. นนทบุรี: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย (สวน).
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย (สวน). (2559). *แนวทางการพัฒนาโครงการมุ่งประสิทธิผลและเกณฑ์การรับรองโครงการที่มีประสิทธิผล*. นนทบุรี: หนังสือดีวัน.
- จารุกัญญา เรือนคำ. (2557). *ข้ามขอบเขตงานเอดส์ในชุมชน ประสบการณ์การทำงาน 11 ปี ใน 9 จังหวัดภาคเหนือ*. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- ชุดิวรรณ ปุรินทรภิบาล, พิมพ์ศักดิ์สองเมือง, กนกวรรณ ทวนศรี, ปุณญาภา รุ่งปิยะรังสี, และเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2561). การขับเคลื่อนโครงการเพื่อลดการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ในเขตเทศบาล : กรณีศึกษา. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(2), 20-32.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2550). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่10)*. นนทบุรี: ไทยเนรมิตดิจิตอลโปรดักส์.
- จิราวัฒน์ ศรีแก้ว. (2560). อุปสรรคและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. *พุทธชินราชเวชสาร*, 34(2), 161-168.
- วิพุธ พูลเจริญ, สมชาย ศรีเปลี่ยนจันทร์, เพ็ญศรี สงวนสิงห์, นนทธร ไชยเพชร, กานต์วี วนิจธรรม, นัตรสุดา พิมพ์แสง, ...วิภาดา พิมพ์แสง. (2559). *คู่มือผู้เฝ้าต่อการเรียนรู้เพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมป้องกันโรคและภัย*. นนทบุรี: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย.
- ศศิธร จารักษ์คุณ, วาสนา สวัสดิ์, สมจิตร แผ่นจันทร์, สุกัญญา พรหมแดน, ภัทรพร ปิตามาตา, ดาวใจ พุทธิสง, ...ศิริมล พุฒชู. (2557). การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลคูเมือง อำเภอกูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารการสาธารณสุข*, 24(1), 14-23.
- ศูนย์อนามัยที่1. (2559). *รายงานประจำปี 2559*. เชียงใหม่: ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่.
- ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ. (2560). *รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยในการยุติปัญหาเอดส์ปี พ.ศ. 2560*. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข.

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่. (2561). รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีปี 2561. แพร่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่.
- สำนักอนามัยเจริญพันธุ์กระทรวงสาธารณสุข. (2560). รายงานประจำปี 2561. สืบค้นจาก http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/index/reportRH/report_rh_61.pdf
- สำนักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีปี 2561. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีปี 2561.
- อรอุมา ทางดี, นฤประไพ สาระ, และภัทรพงศ์ ชูเศษ. (2562). การประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ). สืบค้นจาก http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/index.pdf
- Ahinkorah, B. O., Hagan, J. E., Seidu, A. A., Budu, E., Hormenu, T., Mintah, J. K., . . . Schack, T. (2019). Access to adolescent pregnancy prevention information and services in Ghana: A community-based case-control study. *Frontiers in Public Health*, 7, 382.
- Mueller, T., Tevendale, H. D., Fuller, T. R., House, L. D., Romero, L. M., Brittain, A., & Varanasi, B. (2017). Teen pregnancy prevention: Implementation of a multicomponent, community-wide approach. *Journal of Adolescent Health*, 60(3s), s9-s17.
- Oyedele, O. A., Weight, S. D., & Maja, T. M. (2015). Community participation in teenage pregnancy prevention programmes: A systematic review. *Journal of Research in Nursing and Midwifery*, 4(2), 24-36.

ผลการใช้สื่อวีดิทัศน์สองภาษาต่อความรู้และทักษะการทำอาหารทางสายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย ที่ใส่สายให้อาหารโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก

ณัฐฐครินทร์ วงศ์เตชะ, วท.บ.¹

กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ศษ.ด.²

วิภารัตน์ สุวรรณไพบัฒนะ, Ph.D.³

(วันที่ส่งบทความ: 15 กรกฎาคม 2563; วันที่แก้ไข: 12 พฤศจิกายน 2563; วันที่ตอบรับ: 18 พฤศจิกายน 2563)

บทคัดย่อ

การให้ความรู้และฝึกทักษะการทำอาหารทางสายให้กับผู้ดูแลเป็นสิ่งจำเป็นก่อนกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับอาหารทางสายและทักษะการทำอาหารทางสายของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหารโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ก่อนและหลังการทดลองใช้สื่อวีดิทัศน์สองภาษา ผู้ร่วมวิจัยคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหาร ระหว่างเดือน ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563 จำนวน 33 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ สื่อวีดิทัศน์สองภาษาโดยใช้เสียงพากย์ไทย คำบรรยายภาษาพม่า โดยพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับการทำอาหารทางสาย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .65 และแบบประเมินวัดทักษะในการทำอาหารทางสายให้อาหารของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหาร ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Dependent t-test และ Wilcoxon sign rang test ผลการศึกษาพบว่า ผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.8) เป็นญาติ มีอายุต่ำกว่า 40 ปี (ร้อยละ 54.6) และมีการศึกษาในประถมศึกษา (ร้อยละ 42.4) หลังการทดลองสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์สองภาษา ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหารมีความรู้และทักษะการทำอาหารทางสาย ($M = 14.76$, $SD = 0.78$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 9.27$, $SD = 2.34$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, $t(32) = -12.86$, $p < .001$ ดังนั้นโรงพยาบาลแม่สอดจึงควรนำสื่อวีดิทัศน์สองภาษาไปใช้ต่อไป และนำไปปรับใช้ในโรงพยาบาลอื่น และควรส่งเสริมความรู้และทักษะการเตรียมอาหารทางสายทั้งในผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุข

คำสำคัญ: สื่อวีดิทัศน์, ความรู้, การทำอาหารทางสาย, อาหารทางสาย, ผู้ดูแล

¹ โภชนากร โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก

² วิทยากรชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา สถาบันพระบรมราชชนก

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

³Corresponding author: วิภารัตน์ สุวรรณไพบัฒนะ, E-mail: vivyrose@yahoo.com

Effectiveness of a Thai-Burmese Video on the Knowledge and Practice of Making a Blenderized Diet for Caregivers of Patients with Nasogastric Tubes, Mae Sot Hospital, Tak Province

Nattasaran Wongtecha, B.Sc.¹

Kittiporn Nawsuwan, Ed.D.²

Wiparat Suwanwaiphatthana, Ph.D.³

(Received: July 15th, 2020; Revised: November 12th, 2020; Accepted: November 18th, 2020)

Abstract

Providing the knowledge to, and demonstrating making of, a blenderized diet for caregivers is the essential discharge care for preventing naso-gastric tube patients from having complications. This quasi-experimental research was aimed at comparing knowledge and preparation skill related to blenderized diet of caregivers of patients with nasogastric tubes at Mae Sot hospital in Tak province between before and after using video media. Participants were 33 caregivers who participated in this research between October 2019 and July 2020. The experimental instrument was a video narrated in Thai with Burmese subtitles. It was developed based on evidence and experts' opinions. The instruments for data collection were a questionnaire of knowledge, which had KR-20 reliability of .65, and a Blenderized Diet preparation Skill Assessment form, which had Cronbach alpha coefficient of .71. Data were analyzed using dependent t-tests and Wilcoxon sign rang tests. Research results revealed that most (73.8%) caregivers were relatives, under 40 years of age (54.6%), and had completed primary school (42.4%). After video-based instruction, caregivers of patients with nasogastric tubes at Mae Sot hospital had significantly higher knowledge ($M = 14.76$, $SD = 0.78$) regarding blenderized diets and blenderized diet preparation skills than before ($M = 9.27$, $SD = 2.34$), $t(32) = -12.86$, $p < .001$. Therefore, Mae Sot hospital should continuously employ Thai-Burmese video media that was developed and share it with other hospitals. Enhancement of knowledge regarding blenderized diets, as well as blenderized diet preparation skills, for both caregivers and village health volunteers is also recommended.

Keywords: video media, knowledge, blenderized diet preparation, blenderized diet, caregivers

¹Nutritionist, Masod Hospital, Tak

²Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Praboromranchanok Institute

³Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Praboromarajchanok Institute

³Corresponding author: Wiparat Suwanwaiphatthana, E-mail: vivyrose@yahoo.com

บทนำ

การให้อาหารผ่านระบบทางเดินอาหาร (Enteral nutrition) เป็นการให้โภชนาบำบัดในผู้ป่วยที่ระบบทางเดินอาหารยังมีความสามารถย่อยและดูดซึมอาหารได้ ซึ่งเป็นวิธีที่ใกล้เคียงกับการทำงานของร่างกายในสภาวะปกติมากที่สุด (อุไรวรรณ ศิลปะศุภกรวงศ์, 2560) เป็นวิธีการที่นิยมมากที่สุดในการให้การรักษาทาโภชนาบำบัด เนื่องจากการให้อาหารด้วยวิธีดังกล่าวสามารถที่จะช่วยรักษาเซลล์เยื่อผนังลำไส้ (Gut barrier) ภูมิคุ้มกันตามธรรมชาติในทางเดินอาหารของผู้ป่วยและยังช่วยลดอัตราการติดเชื้อเมื่อเปรียบเทียบกับการให้อาหารทางหลอดเลือดดำ (รังสรรค์ ภูรยานนทชัย, 2549) ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างครบถ้วนหรือตามแผนการรักษา ปัญหาสำคัญของการทำอาหารทางสายให้อาหารคือเรื่องความครบถ้วนของสารอาหาร และมีการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดทุพโภชนาการหรือท้องเสียได้ ดังนั้นจึงต้องมีการควบคุมทั้ง 2 ด้าน คือ ความครบถ้วนของสารอาหาร และความสะอาดปราศจากการปนเปื้อน (ปริญญช ไข่มวงษ์, 2560)

จากสถิติผู้ป่วยในชาวไทย และชาวต่างชาติโดยเฉพาะชาวพม่า ที่ได้รับอาหารทางสายทุกระเภท ปี พ.ศ. 2560 - พ.ศ. 2562 เรียงลำดับ ดังนี้ 650 ราย, 613 ราย และ 660 ราย (โรงพยาบาลแม่สอด, 2562) หลังจากผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับบ้านและต้องให้อาหารทางสายอย่างต่อเนื่องที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ น้ำหนักตัวลด เบื่ออาหาร กลืนลำบาก กลืนไส้ อาเจียน ท้องอืด แน่นท้อง และผู้ดูแลยังขาดความรู้ความมั่นใจในการทำอาหารทางสายให้อาหาร (Blenderize diet) และการชงอาหารสำเร็จรูปทางการแพทย์ (Commercial medical formula) ที่ใส่ผ่านจุก และที่ใส่ผ่านหน้าท้อง งานโภชนาการคลินิก/โภชนาการ/โภชนาบำบัด กลุ่มงานโภชนาการ โรงพยาบาลแม่สอด ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการให้ความรู้ด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยจึงเห็นความจำเป็นในการให้ความรู้และการเตรียมทักษะการทำอาหารทางสายให้แก่ผู้ดูแลในการเตรียมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การสอนผู้ดูแลในการทำอาหารทางสายเมื่อกลับบ้านที่ชัดเจน นักโภชนาการหรือโภชนาการจะให้ข้อมูล และความรู้เป็นแบบรายบุคคลที่แตกต่างกันขาดความเชื่อมโยงกันของเนื้อหา ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่สามารถจดจำเกี่ยวกับวิธีการทำ รวมถึงคำแนะนำการสอนได้ทั้งหมด ทำให้ไม่มีความรู้ความสามารถในการทำอาหารทางสายให้อาหารที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุภา สุรเศรษฐวงศ์, นิธิมา เสรีวิชัยสวัสดิ์, และอนงค์ดิษฐ์สังข์, 2561) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลผู้ป่วยที่ให้อาหารทางสายที่บ้านไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงใช้สื่อวีดิทัศน์สองภาษาเข้ามาช่วยนอกเหนือจากสอนแบบบรรยายอย่างเดียว เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและนำไปปฏิบัติที่บ้านได้มากขึ้นเนื่องจากวีดิทัศน์เป็นสื่อการศึกษาประเภทหนึ่งที่นิยมนำมาใช้ในการเรียนการสอน สามารถสื่อสารไปยังคนกลุ่มใหญ่ได้ และสามารถจัดเก็บเป็นข้อมูลหรือไฟล์ระบบดิจิทัลได้ การเรียนรู้จากวีดิทัศน์ผู้ดูแลจะได้ยินทั้งเสียงและเห็นทั้งภาพ ซึ่งทำให้ผู้เรียนสร้างประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมได้เป็นอย่างดี และเสียงก็สามารถทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้อีกทางหนึ่งด้วย (พงศ์ศักดิ์ บัวจะมะ, 2555) นอกจากนี้วีดิทัศน์สามารถเลือกคุณภาพตามที่ต้องการได้ โดยการบังคับแถบให้เลื่อนเดินหน้า ถอยหลัง ดูภาพซ้ำ สามารถหยุดดูเฉพาะภาพได้

(กิตานันท์ มลิทอง, 2543) จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยสรุปได้ว่า สื่อวีดิทัศน์ เป็นการรวบรวมองค์ประกอบต่าง ๆ เช่น ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว ข้อความเสียงมารวมกันไว้เพื่อประกอบเป็นสื่อที่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้ได้ทำให้เกิดความน่าสนใจในตัวสื่อ และเมื่อนำสื่อวีดิทัศน์นี้ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนผ่านเว็บทำให้สื่อสามารถเข้าถึงผู้เรียนได้ในวงกว้างมากขึ้น รวมถึงสามารถเรียนรู้จากสื่อได้ด้วยตัวเองแม้อยู่ที่บ้าน

จากที่กล่าวมาผู้วิจัยเล็งเห็นว่า การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ผลการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และทักษะการทำอาหารทางสาย สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหารโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตากจะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยแก้ปัญหการสอนผู้ดูแลในการทำอาหารทางสายเมื่อกลับบ้านให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นจากเหตุผลและความจำเป็นของปัญหาดังกล่าว นอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมความรู้ความเข้าใจและทักษะในการทำอาหารทางสาย สามารถนำเอาเทคนิคต่าง ๆ มาปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ตลอดจนช่วยลดภาระการดูแลของครอบครัว

วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษาศักยภาพการใช้สื่อวีดิทัศน์สองภาษาต่อความรู้และทักษะการทำอาหารทางสาย สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหารโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก มีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับอาหารทางสาย สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหารโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับอาหารทางสายของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหารโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ระหว่างก่อนและหลังใช้สื่อวีดิทัศน์สองภาษา
3. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับทักษะการทำอาหารทางสายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหารโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก
4. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับทักษะการทำอาหารทางสายของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหารโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ระหว่างก่อนและหลังใช้สื่อวีดิทัศน์สองภาษา

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับอาหารทางสายของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหารโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตากหลังทดลองใช้สื่อวีดิทัศน์สองภาษาคิดว่าก่อนทดลอง
2. ความรู้เกี่ยวกับทักษะการทำอาหารทางสายของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหารโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก หลังทดลองใช้สื่อวีดิทัศน์สองภาษาคิดว่าก่อนทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหารเป็นส่วนใหญ่ โรงพยาบาลแม่สอด

จังหวัดตาก ระหว่างเดือนตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563 ผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหาร โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก จำนวน 33 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: differences between two independent means (matched paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = .25 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power of test = .8 (Cohen, 1977) ได้ผู้ร่วมวิจัย 27 คน เนื่องจากผู้ร่วมวิจัยไม่สามารถควบคุมการออกจากกลุ่มขณะทำการทดลองได้จึงเพิ่มจำนวนผู้ร่วมวิจัยอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 33 คน

การสุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive) คุณสมบัติตามเกณฑ์โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ มีอายุมากกว่า 20 ปี ไม่เคยได้รับความรู้การทำอาหารทางสาย และสามารถสื่อสารภาษาไทย หรืออ่านภาษาพม่าได้ และ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่ไม่มีเวลาทำอาหารทางสายให้ผู้ป่วยเมื่อกลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลแม่สอดได้หมายเลขรับรอง MSHP 022/2562 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2562 และ ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยกับอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับโครงการและผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจได้รับจากกระบวนการวิจัย 3) ขั้นตอนการดำเนินการและเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบริการของอาสาสมัครและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังจากที่ได้ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ สื่อวีดิทัศน์สองภาษา สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหารเพื่อใช้ในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตากในครั้งนี้ โดยใช้เสียงพากย์ไทย บรรยายภาษาพม่า โดยพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบด้วย งานวิจัย แนวปฏิบัติ เช่น Nutritional Analysis of Blenderized Enteral Diet in the Philippines (Sullivan et al., 2004), Bacterial Contaminate of Hospital-prepared Enteral Tube Feeding Formular In Isfahan, Iran (Jalali, Sabzghabae, Badri, Soltani, & Maracy, 2009), Enteral Nutrition Practice Recommendations task force. A.S.P.E.N. Enteral Nutrition Practice Recommendations (Bankhead et al., 2009) และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Expert opinion) สื่อวีดิทัศน์ที่พัฒนาขึ้นแบ่งเป็น 9 กิจกรรม ได้แก่ 1) การแนะนำชื่อผลิตภัณฑ์/วิธีอ่านฉลากอาหารวันหมดอายุ 2) ความเข้มข้นหรือขนาด/วิธีผสม 3) ปริมาณที่ให้และจำนวนมื้อ 4) เทคนิคการเตรียมและผลิตอาหารทางสาย 5) วิธีการเก็บอาหารก่อน/หลังเตรียม 6) การทำความสะอาดเครื่องมือ อุปกรณ์ ภาชนะ 7) การป้องกันการติดเชื้อ 8) วิธีการล้างมือก่อนและหลังการให้อาหาร 9) การประเมินผลลัพธ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบให้เลือกตอบ ตามเกี่ยวกับความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ใส่สายอาหาร ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว หอผู้ป่วยที่รับการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการทำอาหารทางสาย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นแบบถูกผิด โดยถามเกี่ยวกับรูปแบบอาหารทางสาย การแนะนำข้อผลิตภัณฑ์ วิธีอ่านฉลากอาหารและวันหมดอายุ ความเข้มข้นหรือขนาดและวิธีผสม ปริมาณที่ให้และจำนวนมื้อ เป็นต้น

ส่วนที่ 3 แบบประเมินวัดความรู้เกี่ยวกับทักษะในการทำอาหารทางสายให้อาหารของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหาร โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 17 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินให้เลือกตอบ ทำถูกต้องและทำไม่ถูกต้อง โดยประเมินเกี่ยวกับเทคนิคการเตรียมและผลิตอาหารทางสาย วิธีการเก็บอาหารก่อน/หลังเตรียม การทำความสะอาดเครื่องมือ อุปกรณ์ และภาชนะ การป้องกันการติดเชื้อ วิธีการล้างมือก่อนและหลังการให้อาหาร เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดที่สร้างขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โดยเป็นอายุรแพทย์จากโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก 1 คน หัวหน้างานโภชนาคลินิกและวิชาการจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ 1 คน และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ซึ่งใช้วิธีหาดัชนีความสอดคล้อง (Index of objective-item congruence [IOC]) ด้วยการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .67 – 1.00 มีความเหมาะสมต่อการนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้หากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิพบว่าข้อคำถามบางข้อต้องแก้ไขปรับปรุงเพื่อให้เป็นไปตามบริบทของพื้นที่ ผู้วิจัยจะดำเนินการแก้ไข ปรับปรุงก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างในประเด็นความรู้เกี่ยวกับอาหารทางสาย

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 มาทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ ผู้ดูแลที่มีญาติที่ใส่สายให้อาหารที่มารับบริการที่โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ที่ไม่ใช่ผู้ร่วมวิจัย จำนวน 33 คน โดยแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการทำอาหารทางสาย ใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .65 และแบบประเมินวัดความรู้เกี่ยวกับทักษะในการทำอาหารทางสายให้อาหารได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

- 1.1 ทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก และทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สอด
- 1.2 ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยในโรงพยาบาลแม่สอดเพื่อหาผู้ร่วมวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

1.3 อธิบายความเป็นมาของปัญหา ซึ่งแรงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการ ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิให้ผู้ร่วมวิจัยได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

1.4 เก็บข้อมูลด้วยแบบวัดความรู้เกี่ยวกับอาหารทางสายและแบบประเมินวัดความรู้เกี่ยวกับทักษะในการทำอาหารทางสายให้อาหารของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหาร โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ก่อนเรียนผ่านสื่อวีดิทัศน์ (Pretest) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

2. ขั้นตอนการทดลอง ผู้วิจัยกำหนดประเภทของวีดิทัศน์ เป็นวีดิทัศน์การสอน มีรูปแบบเป็นรายการสารคดี ระยะเวลา 25 นาที ที่งานโภชนาคลินิก โดยให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหารเป็นรายกลุ่มจำนวน 1 ครั้ง ประกอบด้วยเนื้อหา 9 กิจกรรม ได้แก่ 1) การแนะนำชื่อผลิตภัณฑ์/วิธีอ่านฉลากอาหาร วันหมดอายุ 2) ความเข้มข้นหรือขนาด/วิธีผสม 3) ปริมาณที่ให้และจำนวนมื้อ 4) เทคนิคการเตรียมและผลิตอาหารทางสาย 5) วิธีการเก็บอาหารก่อน/หลังเตรียม 6) การทำความสะอาดเครื่องมือ อุปกรณ์ ภาชนะ 7) การป้องกันการติดเชื้อ 8) วิธีการล้างมือก่อนและหลังการให้อาหาร และ 9) การประเมินผลลัพธ์

3. ขั้นตอนหลังการทดลอง หลังจากดำเนินการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินความรู้เกี่ยวกับทักษะในการทำอาหารทางสายให้อาหาร ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหาร โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก (Posttest) แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จัดเตรียมเพิ่มข้อมูล ทำการบันทึกข้อมูลแล้ววิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

2. วิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการทำอาหารทางสายและความรู้เกี่ยวกับทักษะการทำอาหารทางสายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหาร โรงพยาบาลแม่สอด โดยใช้ความถี่และร้อยละ

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับอาหารทางสายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหาร โรงพยาบาลแม่สอด ระหว่างก่อนและหลังการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ด้วยสถิติ Dependent t-test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับทักษะการทำอาหารทางสายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหาร โรงพยาบาลแม่สอด ระหว่างก่อนและหลังการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ด้วยสถิติ Wilcoxon sign rank test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย คือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหาร มีอายุเฉลี่ย 43 ปี ($SD = 17.11$) ส่วนใหญ่มีช่วงอายุต่ำกว่า 40 ปี (ร้อยละ 54.6) เป็นญาติ (ร้อยละ 73.8) มีอาชีพอื่น ๆ (ร้อยละ 33.3) สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 42.4) มีรายได้เพียงพอใช้จ่ายอย่างประหยัด (ร้อยละ 42.4) และสิทธิการรักษาเป็นบัตรทอง (ร้อยละ 75.8)

1. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับอาหารทางสาย สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหาร โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ระหว่างก่อนและหลังการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์สองภาษา

ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) โดยทดสอบข้อมูลว่ามีการแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ (Normality) หรือไม่ ด้วยการทดสอบจากสถิติ Shapiro Test ($p = .299$; Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010) สรุปได้ว่าข้อมูลความรู้เกี่ยวกับอาหารทางสายมีแจกแจงแบบโค้งปกติ ผลของความรู้เกี่ยวกับอาหารทางสาย ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหาร โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ระหว่างก่อนและหลังการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์สองภาษาดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ความรู้เกี่ยวกับอาหารทางสาย สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหาร โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ระหว่างก่อนและหลังการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์สองภาษา

คำถาม	ก่อนสอน		หลังสอน	
	ตอบถูก	ตอบผิด	ตอบถูก	ตอบผิด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. อาหารทางสายเป็นอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมันครบถ้วน	27 (81.8)	6 (18.2)	33 (100.0)	0 (0.0)
2. อาหารทางสายมีหลากหลายชนิดและรูปแบบ มีทั้งที่ปั่นจากอาหารสด หรืออาหารสำเร็จรูปทางการแพทย์	24 (72.7)	9 (27.3)	33 (100.0)	0 (0.0)
3. อาหารทางสายมีสูตรสำหรับผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น เบาหวาน	17 (51.5)	16 (48.5)	33 (100.0)	0 (0.0)
4. อาหารปั่นควรเตรียมจากวัสดุที่มีในท้องถิ่น ราคาถูก เตรียมง่าย	16 (48.5)	17 (51.5)	33 (100.0)	0 (0.0)
5. หากต้องการสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตท่านต้องรับประทาน น้ำตาล ข้าวต้ม ขนมะพร้าว กกล้วย	16 (48.5)	17 (51.5)	33 (100.0)	0 (0.0)
6. โปรตีน ได้จาก ไข่ เนื้อปลา ไข่ ผลัดกันจกถั่ว ถั่วลิสง	22 (66.7)	11 (33.3)	33 (100.0)	0 (0.0)
7. หากต้องการสารอาหารประเภทไขมันท่านต้องรับประทาน น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันเมล็ดองุ่น	18 (54.5)	15 (45.5)	33 (100.0)	0 (0.0)
8. อาหารทางการแพทย์เมื่อเปิดใช้แล้วเก็บได้มากกว่า 2 เดือน	21 (63.6)	12 (36.4)	31 (93.9)	2 (6.1)

คำถาม	ก่อนสอน		หลังสอน	
	ตอบถูก	ตอบผิด	ตอบถูก	ตอบผิด
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
9. อาหารทางการแพทย์ไม่มีสูตรเฉพาะโรค	14 (42.4)	19 (57.6)	31 (93.9)	2 (6.1)
10. สามารถใช้อาหารทางการแพทย์เป็นอาหารเสริมได้	26 (78.8)	7 (21.2)	33 (100.0)	0 (0.0)
11. อาหารยังมีความเข้มข้นมาก ยิ่งให้พลังงานน้อย	20 (60.6)	13 (39.4)	32 (97.0)	1 (3.0)
12. ผู้ป่วยที่ดื่มน้ำเป็นเวลานาน สามารถให้ปริมาณอาหารและความเข้มข้นปกติ	15 (45.5)	18 (54.5)	32 (97.0)	1 (3.0)
13. อาหารที่ปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียไม่ทำให้ท้องเสีย	22 (66.7)	11 (33.3)	32 (97.0)	1 (3.0)
14. สามารถใช้น้ำทั่วไปในการปั่นและชงอาหารทางการแพทย์	21 (63.6)	12 (36.4)	33 (100.0)	0 (0.0)
15. ผู้เตรียมอาหารไม่จำเป็นต้องล้างมือก่อนปฏิบัติ	27 (81.8)	6 (18.2)	33 (100.0)	0 (0.0)

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด (ร้อยละ 81.8) คือ ข้อ 1 อาหารทางสายเป็นอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมันครบถ้วน และข้อ 15 ผู้เตรียมอาหารไม่จำเป็นต้องล้างมือก่อนปฏิบัติ ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด (ร้อยละ 42.4) คือ ข้อ 9 อาหารทางการแพทย์ไม่มีสูตรเฉพาะโรค สำหรับหลังการสอน กลุ่มตัวอย่างตอบถูกเกือบทุกข้อ ข้อที่ตอบผิดมากที่สุดมีเพียงร้อยละ 2.6 คือข้อ 8 อาหารทางการแพทย์เมื่อเปิดใช้แล้วเก็บได้มากกว่า 2 เดือน และข้อ 9 อาหารทางการแพทย์ไม่มีสูตรเฉพาะโรค

เมื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังใช้สื่อโดยใช้สถิติ Dependent t-test พบว่าหลังการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ โรงพยาบาลแม่สอด ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหารมีความรู้เกี่ยวกับอาหารทางสายสูงกว่าก่อนการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 $t(32) = -12.86, p < .001$ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับอาหารทางสาย สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหาร โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ระหว่างก่อนและหลังการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์สองภาษา

ความรู้เกี่ยวกับอาหารทางสาย สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i> -value (1-tailed)
ก่อนการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์	33	9.27	2.34	-12.855	< .001
หลังการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์	33	14.76	0.78		

2. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับทักษะการทำอาหารทางสายของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหาร โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ระหว่างก่อนและหลังการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์

ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยการทดสอบข้อมูลว่ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติหรือไม่ ด้วยการทดสอบจากสถิติ Shapiro Test ($p < .001$) ตามคำแนะนำของ Hair et al. (2010) สรุปได้ว่าข้อมูลทักษะการทำอาหารทางสายมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon Match Paired Sign Rank Test เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับทักษะการทำอาหารทางสายมาก่อนและหลังการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์

ผลของการทดสอบความรู้เกี่ยวกับทักษะการทำอาหารทางสาย ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหารโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ระหว่างก่อนและหลังการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์สองภาษา ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของความรู้เกี่ยวกับทักษะการทำอาหารทางสาย ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหาร โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ระหว่างก่อนและหลังการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์สองภาษา

ทักษะการทำอาหารทางสาย	ก่อนสอน		หลังสอน	
	ทำถูกต้อง	ทำไม่ถูกต้อง	ทำถูกต้อง	ทำไม่ถูกต้อง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
การเตรียมอาหารทางสายให้อาหาร (Blenderized diet)				
1. ขั้นตอนที่ 1 ล้างมือ 7 ขั้นตอน	32 (97.0)	1 (3.0)	33 (100.0)	0 (0.0)
2. ขั้นตอนที่ 2 ชั่งตวงส่วนผสมตามสูตร	16 (48.5)	17 (51.5)	32 (97.0)	1 (3.0)
3. ขั้นตอนที่ 3 นำผัก และเนื้อสัตว์ ไปต้มให้สุกนุ่ม	4 (12.1)	29 (87.9)	32 (97.0)	1 (3.0)
4. ขั้นตอนที่ 4 นำไข่ไก่ดิบต้มรวมกับผักและเนื้อสัตว์อีก 3 นาที	6 (18.2)	27 (81.8)	33 (100.0)	0 (0.0)
5. ขั้นตอนที่ 5 นำส่วนผสมทั้งหมดใส่เครื่องปั่น เติมน้ำซุปลหรือน้ำต้มสุกให้ได้ซีซี.ตามที่กำหนดไว้ ปั่นจนละเอียด	22 (66.7)	11 (33.3)	33 (100.0)	0 (0.0)
6. ขั้นตอนที่ 6 นำกรวยและกระชอนกรองอาหารใส่ภาชนะที่เตรียมไว้	27 (81.8)	6 (18.2)	33 (100.0)	0 (0.0)
7. ขั้นตอนที่ 7 กรอกอาหารใส่ขวดหรือถุง แบ่งเป็นมื้อๆ ปิดให้สนิท พักอาหารให้อุ่น จึงนำเข้าตู้เย็น	27 (81.8)	6 (18.2)	33 (100.0)	0 (0.0)
การเตรียมอาหารทางการแพทย์ (Commercial diet)				
8. ขั้นตอนที่ 1 ล้างมือ 7 ขั้นตอน	32 (97.0)	1 (3.0)	33 (100.0)	0 (0.0)
9. ขั้นตอนที่ 2 เตรียมน้ำ 100 มล. หรือน้ำประมาณ ครึ่งแก้ว (เติมน้ำก่อน เติมน้ำหลัง จะละลายได้ง่ายกว่า)	4 (12.1)	29 (87.9)	33 (100.0)	0 (0.0)
10. ขั้นตอนที่ 3 ใช้น้ำอุณหภูมิห้อง หรือน้ำเย็น ไม่ใช้น้ำร้อนเกิน 45 องศาเซลเซียส เพื่อไม่ให้ วิตามินสลาย และไม่ให้อุณหภูมิสูงจนตายไป	2 (6.1)	31 (93.9)	33 (100.0)	0 (0.0)

ทักษะการทำอาหารทางสาย	ก่อนสอน		หลังสอน	
	ทำถูกต้อง	ทำไม่ถูกต้อง	ทำถูกต้อง	ทำไม่ถูกต้อง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
11. ขั้นตอนที่ 4 ตักผงลงไป ช้อนดวง (ช้อนอยู่ในกระป๋อง) แล้วขยี้ให้ละลาย (จำนวนช้อนขึ้นอยู่กับปริมาณแคลอรี/ซีซี)	16 (48.5)	17 (51.5)	33 (100.0)	0 (0.0)
12. ขั้นตอนที่ 5 ควรให้ผู้ป่วยดื่มทันที หรือเก็บไว้ไม่เกิน 4 ชั่วโมงที่อุณหภูมิห้อง หรือเก็บไว้ได้ 12 ชั่วโมงในตู้เย็น	23 (69.7)	10 (30.3)	33 (100.0)	0 (0.0)
13. ขั้นตอนที่ 6 ควรเก็บกระป๋องไว้ในที่แห้งและเย็น หลังเปิดฝา ควรเก็บไว้ไม่เกิน 4 สัปดาห์	24 (72.7)	9 (27.3)	33 (100.0)	0 (0.0)
ข้อควรระวัง				
14. ผู้เตรียมอาหาร ต้องรักษาความสะอาด หมั่นล้างมือและเช็ดให้แห้งด้วยผ้าสะอาด	27 (81.8)	6 (18.2)	33 (100.0)	0 (0.0)
15. การอุ่นอาหารควรใช้วิธีการอุ่นด้วยน้ำร้อน ห้ามอุ่นโดยตรงกับเตาไฟหรืออุ่นในไมโครเวฟ	1 (3.0)	32 (97.0)	33 (100.0)	0 (0.0)
16. ภาชนะที่ใช้และบรรจุอาหารทุกชิ้น ควรลวกด้วยน้ำเดือด ใช้เวลาลวกอย่างน้อย 5 นาที และควรแยกไว้ต่างหาก ไม่ควรใช้ร่วมกับผู้อื่น	6 (18.2)	27 (81.8)	33 (100.0)	0 (0.0)
17. ก่อนให้อาหารควรสังเกต ดม หรือ ชิมอาหาร ก่อนใช้ถ้าเห็นว่ามึนกลืน สี หรือรสผิดปกติให้ทิ้งทันที	1 (3.0)	32 (97.0)	32 (97.0)	1 (3.0)

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ทักษะที่ทำไม่ถูกมากที่สุด (ร้อยละ 97) คือ ข้อ 15 การอุ่นอาหารควรใช้วิธีการอุ่นด้วยน้ำร้อน ห้ามอุ่นโดยตรงกับเตาไฟหรืออุ่นในไมโครเวฟ และข้อ 17 ก่อนให้อาหารควรสังเกต ดม หรือ ชิมอาหาร ก่อนใช้ถ้าเห็นว่ามึนกลืน สี หรือรสผิดปกติให้ทิ้งทันที ทักษะที่ทำถูกมากที่สุด (ร้อยละ 97.0) คือ ขั้นตอนที่ 1 ล้างมือ 7 ขั้นตอน สำหรับหลังการสอนกลุ่มตัวอย่าง ทำถูกเกือบทุกทักษะ มีเพียง 3 ทักษะที่ทำไม่ถูก 1 คนเท่านั้น ได้แก่ ข้อ 2 การชั่งตวงส่วนผสมตามสูตร ข้อ 3 การนำผัก และเนื้อสัตว์ ไปต้มให้สุกนุ่ม และ ข้อ 17 ก่อนให้อาหารควรสังเกต ดม หรือ ชิมอาหาร ก่อนใช้ถ้าเห็นว่ามึนกลืน สี หรือรสผิดปกติให้ทิ้งทันที

เมื่อทดสอบทักษะระหว่างก่อนและหลังใช้สื่อโดยใช้สถิติ Wilcoxon sign rank test พบว่าหลังการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหารสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหาร โรงพยาบาล แม่สอด มีทักษะเกี่ยวกับอาหารทางสายสูงกว่าก่อนการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 $z = -5.049$, $p = < .001$ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับทักษะการทำอาหารทางสาย สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหาร โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ระหว่างก่อนและหลังการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์สองภาษา

ทักษะเกี่ยวกับอาหารทางสาย สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Z</i>	<i>p</i> -value (1-tailed)
ก่อนการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์	33	8.18	2.60	-5.049	< .001
หลังการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์	33	16.90	0.38		

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับอาหารทางสายและทักษะการทำอาหารทางสายของ
ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหารโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ระหว่างก่อนและหลังใช้สื่อวีดิทัศน์
สองภาษาที่พัฒนาขึ้นแบ่งเป็น 9 กิจกรรม ได้แก่ 1) การแนะนำชื่อผลิตภัณฑ์/วิธีอ่านฉลากอาหารวันหมด
อายุ 2) ความเข้มข้นหรือขนาด/วิธีผสม 3) ปริมาณที่ให้และจำนวนมือ 4) เทคนิคการเตรียมและผลิต
อาหารทางสาย 5) วิธีการเก็บอาหารก่อน/หลังเตรียม 6) การทำความสะอาดเครื่องมือ อุปกรณ์ ภาชนะ
7) การป้องกันการติดเชื้อ 8) วิธีการล้างมือก่อนและหลังการให้อาหาร 9) การประเมินผลลัพธ์ จะเห็นได้
ว่าสาระสำคัญของสื่อวีดิทัศน์เน้นการให้ผู้ดูแลสามารถเตรียมอาหารทางสายด้วยตนเอง เมื่อต้องกลับไป
ดูแลผู้ป่วยที่บ้านหลังจากได้รับความรู้และฝึกทักษะจากสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ดูแลมี
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมอาหารทางสายมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหาร
ได้ในที่สุด

ผลการวิจัยพบว่าหลังการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับอาหาร
ทางสายสูงกว่าก่อนการสอน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลสามารถจดจำกระบวนการเตรียมอาหารทางสายได้เป็น
ขั้นเป็นตอน และได้ฝึกทักษะกระบวนการการทำอาหารทางสายที่ถูกต้อง และทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจมาก
ขึ้น จากการกระตุ้นสร้างแรงจูงใจจากผู้สอน การทำอาหารทางสายเป็นกระบวนการที่สามารถควบคุมได้
ภายใต้การประเมินความรู้และทักษะการทำอาหารทางสาย สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหาร ดังนั้น
ควรนำการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์มาใช้ในการปฏิบัติงานสอดคล้องกับการศึกษาของสุภา สุรเศรษฐวงศ์,
นิชธิมา เสรีวิชัยสวัสดิ์, และอนงค์ ดิษฐสังข์ (2561) ศึกษาเรื่องประสิทธิผลการสอนแบบกลุ่มของผู้ดูแล
ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ให้อาหารทางสายอย่างที่ไม่ผ่านรพ.ชุมชนที่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า เมื่อเปรียบ
เทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ให้อาหารทางสายอย่างที่ไม่ผ่านรพ.ชุมชนที่บ้านของกลุ่มทดลอง
หลังการสอนพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$)
สอดคล้องกับการศึกษาของฟิสิกส์ วัฒน บัวกนก (2558) ศึกษาการพัฒนาสื่อมัลติมีเดียเพื่อส่งเสริมทักษะ
และความเข้าใจของอาสาสมัครในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดลำปาง ผลการ
ทดลองสรุปได้ดังนี้ 1) สื่อมัลติมีเดียส่งเสริมทักษะและความเข้าใจของอาสาสมัครในการดูแลสุขภาพผู้
สูงอายุที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิภาพ 84.44/84.22 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้คือ 80/80 2) คะแนนผล

สัมฤทธิ์ผลหลังเรียนด้วยสื่อมัลติมีเดียที่พัฒนาขึ้นเป็นไปตามเกณฑ์ผลสัมฤทธิ์ที่กำหนดไว้มีอาสาสมัครร้อยละ 80 ได้คะแนนร้อยละ 70 ขึ้นไป ผลรวมคะแนนเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 74.90 อยู่ในระดับดี 3) องค์ประกอบของการผลิตสื่อมัลติมีเดียที่ได้จากการศึกษามี 3 ส่วน คือการวางแผน การออกแบบ และการพัฒนา ซึ่งจะทำได้ผลลัพธ์สื่อมัลติมีเดียที่ส่งเสริมทักษะ และความเข้าใจของอาสาสมัครในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีองค์ประกอบหลัก 5 ส่วน คือ ส่วนแนะนำโปรแกรม ส่วนการควบคุมของผู้เรียน ส่วนการนำเสนอข้อมูล ส่วนการให้ความช่วยเหลือ และส่วนสิ้นสุดโปรแกรม ดังนั้นจากการที่ผู้ดูแลหลังเรียนด้วยสื่อวีดิทัศน์ ส่งผลให้มีความรู้ และทักษะการเตรียมอาหารทางสายสำหรับผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหาร โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตากสูงขึ้นเช่นกัน

ทั้งนี้งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดคือ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่สามารถเก็บข้อมูลในผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้เนื่องจากเสียงบรรยายในวีดิทัศน์ และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับอาหารทางสายเป็นภาษาไทย

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนหลังการทดลองเพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับอาหารทางสายและทักษะการทำอาหารทางสายของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหารโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ระหว่างก่อนและหลังใช้สื่อวีดิทัศน์สองภาษาพบว่าหลังการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ผู้ดูแลมีความรู้ และทักษะเกี่ยวกับอาหารทางสายสูงกว่าก่อนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โรงพยาบาลแม่สอดควรนำสื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ และทักษะการทำอาหารทางสาย สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหารไปใช้ในโรงพยาบาลชุมชน และนำไปปรับใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเฉพาะประเด็นความรู้เกี่ยวกับอาหารทางสาย ตลอดจนส่งเสริมทักษะการเตรียมอาหารทางสายทั้งในผู้ดูแล และอาสาสมัครสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรใช้สื่อวีดิทัศน์แบบบรรยายเป็นภาษาอังกฤษ ภาษาพม่าหรือภาษาอื่น ๆ ตามผู้รับบริการ
2. ควรศึกษารูปแบบการจัดการทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยที่ให้อาหารทางสายเป็นระยะเวลานาน เพื่อลดอัตราการติดเชื้อและเสียชีวิต

เอกสารอ้างอิง

- กิตานันท์ มลิทอง. (2548). *การใช้วีดิทัศน์*. คณะศิลปกรรม. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปริญญะ เข้มวงษ์. (2560). *อาหารที่ให้ทางสายให้อาหาร (Enteral Nutrition Formula)*. ใน ส่องศรี แก้วดอนอม, บุชชา พรหมณัฐ, อรวรรณ พิชิตไชยพิทักษ์, สิริการ์ต เตชะวนิช, และอุบลัมภ์ ศุภสินธุ์ (บ.ก.),

- พยาบาลโภชนบำบัด Nutrition Support Nurse (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- พงศ์ศักดิ์ บัวจะมะ. (2555). *การพัฒนาวิทัศน์บนอินเทอร์เน็ตเพื่อส่งเสริมความมีจิตสาธารณะของนักศึกษาปริญญาตรี สาขาวิชาเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี. (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิตสาขาวิชาเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา). มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, ปทุมธานี.*
- พิสิทธ์ ฌอน บัวกนก. (2558). *การพัฒนาสื่อศึกษา โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อการสร้างความตระหนัก สุขภาวะเยาวชนสุขภาพดี กรณีศึกษาชุมชน บ้านแพะคอนตัน ตำบลชมพู จังหวัดลำปาง. ลำปาง: มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง สถาบันวิจัยและพัฒนา.*
- รังสรรค์ ภูยานนทชัย. (2549). การให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยวิกฤต. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 24(5), 425-443.
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (2562). *สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.*
- โรงพยาบาลแม่สอด. (2562). *สรุปข้อมูลสถิติผู้ป่วยในชาวไทยที่ได้รับอาหารทางสายทุกประเภทปีงบประมาณพ.ศ.2560-2562. ตาก: โรงพยาบาลแม่สอด.*
- สุภา สุรเศรษฐ์, นิธิมา เสรีวิชัยสวัสดิ์, และอนงค์ ดิษฐสังข์. (2561). ประสิทธิผลการสอนแบบกลุ่มของ ผู้ดูแลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ให้อาหารทางสายยางที่ใส่ผ่านรูจมูกที่บ้าน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 32(2), 117-136.
- อุไรวรรณ ศิลปะศุภกรวงศ์. (2560). *Drug – nutrient interactions in enteral nutrition.* ใน ส่องศรี แก้วถนอม, บุชา พรหมณสุทธิ์, อรวรรณ พิชิตไชยพิทักษ์, สิริการ์ต เตชะวนิช, และอุบลัมภ์ สุภสินธุ์ (บ.ก.), พยาบาลโภชนบำบัด Nutrition Support Nurse (พิมพ์ครั้งที่ 2). (น.163-172). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- Bankhead, R., Boullata, J., Brantley, S., Corkins, M., Guenter, P., Krenitsky, J., ... Wessel, J. (2009). Enteral nutrition practice recommendations task force. A.S.P.E.N. Enteral Nutrition Practice Recommendations. *Journal Parenter Enteral Nutrition*, 33(2), 122-67.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis*. 7th ed. Pearson: New York.
- Jalali, M., Sabzghabae, A. M., Badri, S. S., Soltani, H. A., & Maracy, M. R. (2009). Bacterial contamination of hospital-prepared enteral tube feeding formulas in Isfahan, Iran. *Journal of Research in Medical Sciences*, 14(3), 149-156.
- Sullivan, M. M., Sorreda-Esguerra, P., Platon, M. B., Castro, C. G. J., Chou, N. R., ...Alarcon, P. (2004). Nutrition analysis of blenderized enteral diets in the Philippines. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 13(4), 385-390.

ความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร

วิชุดา แสงเพชร, ส.บ.¹

กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, ส.ค.²

ฝนทิวา โคตรนาลา, ส.บ.³

ปฐมาวดี ดวงกันยา, ส.บ.⁴

ชนกนันท์ แสนสุนนท์, ส.บ.⁴

(วันที่รับบทความ: 1 พฤษภาคม 2562; วันที่แก้ไข: 28 ตุลาคม 2563; วันที่ตอบรับ: 12 พฤศจิกายน 2563)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ทางสุขภาพระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอนิคมน้ำอูน จำนวน 590 คน ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบจำนวน 204 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ ในเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และการถดถอยพหุโลจิสติกพร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% CI ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.71) มีอายุเฉลี่ย 61.31 ปี ($SD = 11.45$) มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมและระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.82 และร้อยละ 61.27 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านทักษะความรู้ ($AOR = 2.12, 95\% \text{ CI } [1.17, 3.83]$) และด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ($AOR = 2.82, 95\% \text{ CI } [1.56, 5.14]$) ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในด้านทักษะความรู้และด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลให้กับผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2

คำสำคัญ: ความรอบรู้ทางสุขภาพ, ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2, คุณภาพชีวิต

¹นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาภู อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม

²ฝ่ายยุทธศาสตร์และประกันคุณภาพการศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

³นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองจั่นลา อำเภอกักศิรินทร์ จังหวัดชัยภูมิ

⁴นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

²Corresponding author: กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, E-mail: kritkantorn@gmail.com

Health Literacy Factors Associated with Quality of Life Among Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Nikhom Nam-Un District, Sakon Nakhon Province

Wichuta Saengphet, B.P.H.¹

Kritkantorn Suwanaphant, Dr.P.H.²

Fontiwa Khotnala, B.P.H.³

Pathamawadee Duangkanya, B.P.H.⁴

Chanoknan Saensunon, B.P.H.⁴

(Received: May 1st, 2019; Revised: October 28th, 2020; Accepted: November 12th, 2020)

Abstract

This cross-sectional analytical research endeavored to study the health literacy and quality of life levels and to identify the factors associated with the quality of life among patient with type 2 diabetes mellitus (DM) in Nikhom Nam-Un district, Sakon Nakhon province. The study population was 590 persons with type 2DM living in the district. Two hundred and four participants were systematically, randomly selected. Data were collected using a questionnaire by interview technique in February 2019, then analyzed using percentage, mean, standard deviation, minimum, maximum, and multiple logistic regression models (with a 95% CI). The findings revealed that more than half of participants were female (64.71%) and the average age was 61.31 years old ($SD=11.45$). The participants' overall level of health literacy (58.82%) and quality of life (61.27%) were both moderate. The factors associated with the quality of life of patients with type 2 DM were health literacy related to their cognitive skill (AOR = 2.12, 95 % CI [1.17, 3.83]) and the skills needed to access to information (AOR = 2.82, 95 % CI [1.56, 5.14]). So, promoting the cognitive skills and skills needed to access to health information of patients with type 2 DM is recommend.

Keywords: health literacy, type 2 diabetes mellitus patient, quality of life

¹Public Health officer, Naku Health Promoting Hospital, Na Kae District, Nakhon Phanom Province

²Lecturer, Department of Strategic and Quality Assurance, Sirindhorn College of Public Health, KhonKaen

³Public Health officer, Klongjanla Health Promoting Hospital, Pakdeechumphol District, Chaiyaphom Province

⁴Student, Community Public Health Program, Sirindhorn College of Public Health, KhonKaen

²Corresponding author: Kritkantorn Suwannaphant, E-mail: kritkantorn@gmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก ในปี พ.ศ. 2557 พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกมีร้อยละ 8.5 ในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป (World Health Organization, 2014) สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติได้รายงานไว้ในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 463 ล้านคนและมีกลุ่มเสี่ยงที่จะเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 374 ล้านคน คาดว่าในปี พ.ศ. 2583 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 700 ล้านคน (International Diabetes Federation, 2019) สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย (วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรระกเจริญ, กนิษฐา ไทยกกล้า, และ วราภรณ์ เสถียรนพเก้า, 2559) พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 8.9 โดยพบความชุกในเพศหญิง (ร้อยละ 9.8) สูงกว่าในเพศชาย (ร้อยละ 7.9) ส่วนสถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดสกลนคร จากข้อมูลพื้นฐานข้อมูลโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพหรือข้อมูล 43 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดสกลนคร มีจำนวน 42,957 ราย โดยพบในอำเภอโนนศิลาจำนวน 590 ราย ความชุกคิดเป็น ร้อยละ 8.8 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร, 2561)

สาเหตุของการเกิดเบาหวานที่สำคัญสาเหตุหนึ่งคือ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม มีการศึกษาพบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพการเกิดโรคเบาหวาน (Suwannaphant, Laohasiriwong, Puttanapong, Saengsuwan, & Phajan, 2017) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ โดยพบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากโรคที่แตกต่างกัน (Bucher & Ragland, 1995) เพศชายป่วยด้วยโรคเบาหวานมากกว่าเพศหญิง 1 เท่า (Katikireddi, Morling, & Bhopal, 2011) อายุมีความสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล (Gallant & Dorn, 2000)

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานต้องดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือระหว่างตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวและสังคม รวมถึงปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญและมีผลโดยตรงต่อสุขภาพและระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานก็คือ ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการค้นหาหรือเข้าถึง สร้างความเข้าใจ และใช้ประโยชน์จากข้อมูลด้านสุขภาพ (Mancuso, 2009) การที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ผู้ป่วยเบาหวานจะต้องมีความรู้ด้านสุขภาพที่ดีก่อนจึงจะนำมาปฏิบัติและสามารถถ่ายทอดให้แก่ผู้อื่นได้เพื่อการมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน (Nutbeam, 2000) โดยความแตกต่างระดับความรู้ทางสุขภาพของแต่ละบุคคล จะประกอบไปด้วยปัจจัยและเงื่อนไขหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นการศึกษา ความสามารถของบุคคล เพศ อายุ พัฒนาการในช่วงวัยเด็ก ภาษาและวัฒนธรรม ตลอดจนเงื่อนไขในการดำรงชีวิตและอาชีพการงาน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า บุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ทำให้มีผลกระทบกับการใช้ข้อมูลข่าวสารและการเข้ารับบริการสุขภาพ อาทิในเรื่องการดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง และการป้องกันโรค (Dewalt, Berkman, Sheridan, Lohr, & Pignone, 2004) รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพตั้งแต่อายุยังน้อยและมักจะมีสุขภาพแย่กว่าหรือป่วยหนักจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า (Kutner, Greenberg, Jin, & Paulsen, 2006) และมีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจมากกว่า

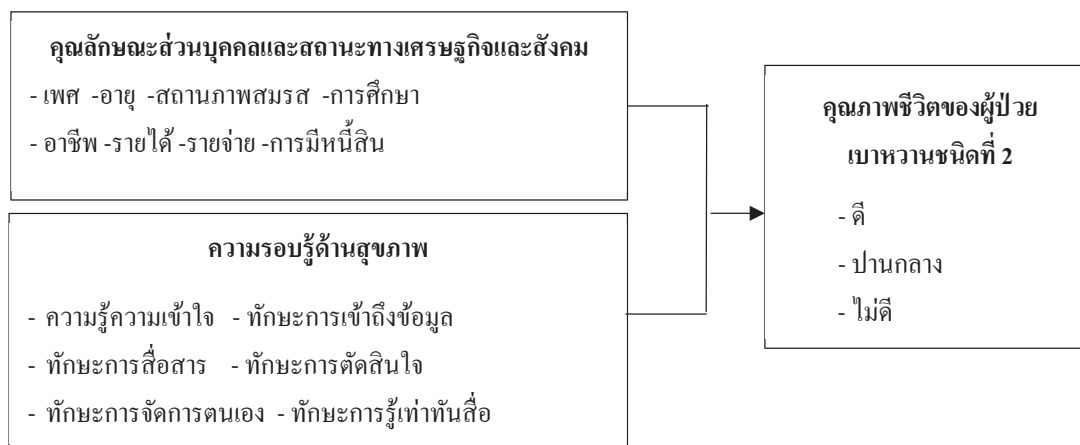
โรคมะเร็ง (Baker et al., 2007) ดังนั้น การสร้างเสริมให้เกิดความรอบรู้ทางสุขภาพย่อมทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีและสามารถลดความเหลื่อมล้ำ นอกจากนี้ความรอบรู้ทางสุขภาพยังเป็นกระบวนการที่เกิดจากการเรียนรู้และจดจำจากสถานะแวดล้อมทางสังคมและสื่อสารที่ซ้ำกันและกันของการศึกษาและวัฒนธรรม ซึ่งตัวบุคคลนั้นได้รวมถึงการสามารถเลือกปฏิบัติให้เกิดความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของตนเองเพื่อให้ระบบการทำงานของร่างกายอยู่ในภาวะที่สมดุลเป็นปกติ ถือเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อระดับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน หากผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดการตนเองที่ดีและเหมาะสมย่อมจะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดำรงรักษาสุขภาพ มีคุณภาพชีวิตและสุขภาพที่ดี

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง (จตุพร แต่งเมืองและเบญจามุกตพันธุ์, 2561) ปัจจัยอายุและปัจจัยระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน มีความสัมพันธ์ในทางลบระดับต่ำและระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ศรีบุญศรี ศรีไชยจรูญพงศ์, ธวัชชัย อินทะสร้อย, อภิญา เพชรวิสัย, และรุ่งทิพย์ ไพศาล, 2559) นักวิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร เพื่อจะได้นำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนครต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ ระดับคุณภาพชีวิต และเพื่อระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

คำจำกัดความเชิงปฏิบัติการ

1. ข้อมูลทั่วไป หมายถึง ปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลและสภาพเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว และการมีหนี้สิน

2. ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี

3. คุณภาพชีวิต (Quality of life) หมายถึง อาการหรือความรู้สึกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยใช้เครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional analytical study) เก็บรวบรวมข้อมูลจากการใช้แบบสอบถามโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการสาธารณสุขที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ นิคมคำน้อย จังหวัดสกลนคร จำนวน 590 คน คำนวณจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย (Research participants) โดยใช้สูตรสำหรับวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบพหุตัวแปร (Multivariate analysis) ใช้สถิติการถดถอยพหุแบบลอจิสติก (Multiple logistic regression) ได้จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย 204 คน สุ่มเลือกอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยนำใบรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในแต่ละตำบลมาเรียงรายชื่อตามพจนานุกรม โดยเริ่มจากตำบลนิคมคำน้อย หมู่ที่ 1-10 ตำบลหนองปลิง หมู่ที่ 1-8 ตำบลหนองบัว หมู่ที่ 1-4 ตำบลสุวรรณคาม หมู่ที่ 1-7 ทั้งหมด 590 คน การเลือกตัวอย่างโดยใช้สูตร $I = N/n$ ซึ่งเป็นช่วงห่าง แล้วบวกไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะหมดขนาดประชากร ดังนั้น $I = 590/204 = 2.89$ ปัดขึ้น ใช้ระยะห่างในการสุ่มที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 3 จากนั้นทำฉลากหมายเลข 1-3 ใส่กล่องแล้วจับสลากเพื่อหาตำแหน่งเริ่มต้นของตัวอย่างแรก ในการจับฉลากจับได้หมายเลข 2

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว รวมถึงชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัย โดยชี้แจงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมในการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัย โดยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE 612048

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลและสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ โดยเป็นคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว และการมีหนี้สิน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพใช้แบบสอบถามที่สร้างและพัฒนาเครื่องมือโดยอิงคินันท์ อินทรกำแหง (2560) มีความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ (Cronbach's alpha) เท่ากับ .97 ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล (Access) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) การจัดการตนเอง (Self-management) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) จำนวน 47 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) การแปลผลเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการตัดสินใจ นำมาจัด 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งมาตราส่วนประมาณค่า ตามแนวคิดของ Best (1977) ได้แก่ ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับสูง หมายถึง (ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00) ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับปานกลาง (ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.01 - 3.00) และความรอบรู้ทางสุขภาพระดับต่ำ (ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.00)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประยุกต์จากแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, และ 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

นำแบบสอบถามที่ประยุกต์ใช้เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความตรงของแบบสอบถามทั้งในแง่ของวัตถุประสงค์ ภาษาที่ใช้และความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ประกอบไปด้วยเนื้อหาความรู้ทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติและระเบียบวิธีวิจัย และผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดคุณภาพชีวิตเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ แล้วหาค่าอำนาจจำแนก (Discriminant [r]) โดยวิธี t-test (Item total correlation) ของข้อคำถามรายข้อ ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้วิธีการตรวจสอบด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการทดสอบพบว่าแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพมีความเที่ยงเท่ากับ .92 และแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตัวผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยที่มีแนะนำวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วโดยขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ในการออกหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลถึงสำนักงาน

สาธารณสุขอำเภออินทมน้ำ อำเภอ จังหวัดสกลนคร หลังจากนั้นติดต่อประสานงานขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังสาธารณสุขอำเภออินทมน้ำ อำเภอ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานกับประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่จะลงเก็บข้อมูล แจงรายชื่อตามที่ได้กลุ่มได้และขอนัดหมายวัน เวลา และสถานที่กับกลุ่มตัวอย่าง
- 2.ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บข้อมูลจะไม่ลงชื่อผู้ให้ข้อมูลในแบบสอบถามและจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล
3. ใช้แบบสอบถามโดยเทคนิคการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถานที่ตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง และไม่กระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน หรือก่อให้เกิดความเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่าง บรรยายภาพเป็นส่วนตัว ไม่มีเสียงดังรบกวนโดยผู้วิจัยเลือกใช้ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนของหมู่บ้านที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ต่อกลุ่มตัวอย่าง 1 คน
4. กล่าวขอบคุณผู้ให้สัมภาษณ์เมื่อการสัมภาษณ์เสร็จสิ้นลง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้เทคนิคทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ สถิติเชิงพรรณนา คุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพ คุณภาพชีวิต กรณีข้อมูลเชิงนับ ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ กรณีข้อมูลต่อเนื่อง ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานพิสัยควอไทล์ ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุดสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติการวิเคราะห์พหุคูณลอจิสติก (Multiple logistic regression) ในการวิเคราะห์หาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Final model) โดยวิเคราะห์คร่าวๆ หลายตัวแปร นำตัวแปรที่ผ่านการคัดเลือกในขั้นตอนการวิเคราะห์อย่างหยาบ (Crude analysis) เข้าสู่โมเดล Multivariate analysis ในการวิเคราะห์ ผลที่ได้คือ Odds ratio ที่ปรับแล้ว (Adjust odds ratio) และค่า p -value การวิเคราะห์หาโมเดลที่ดีที่สุด (The best model) ใช้วิธีการตัดตัวแปร ออกทีละตัวแปร (Backward elimination) โดยขจัดตัวแปรที่มีค่า p -value มากกว่า .05 ออกทีละตัวแปร จนกว่าจะไม่สามารถตัดตัวแปรใด ๆ ออกจากโมเดลได้เนื่องจากไม่มีตัวแปรใดที่มีค่า p -value มากกว่า .05 ถือเป็นโมเดลสุดท้ายที่จะอธิบายตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใน อำเภออินทมน้ำ อำเภอ จังหวัดสกลนคร

ผลการวิจัย

ผลการสัมภาษณ์ผู้ร่วมการวิจัยจำนวน 204 คนพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.71 มีอายุเฉลี่ย 61.31 ปี ($SD=11.45$) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรส (ร้อยละ 76.47) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 75.00) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 52.94) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 10,655.88 บาท ($SD=9,223.56$) รายจ่ายเฉลี่ยของครอบครัว 5,000 บาท ($SD=3,721.11$) ส่วนใหญ่ไม่มีหนี้ (ร้อยละ 73.53) ตามลำดับดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	72	35.29
หญิง	132	64.71
อายุ (ปี)		
<55	56	27.45
55 - 64	74	36.27
65 - 74	46	22.55
≥75	28	13.73
Mean ± (SD): 61.31 ± (11.45 ปี), Median (Min: Max) 61 (31: 104)		
สถานภาพสมรส		
สมรส(อยู่ด้วยกัน)	156	76.47
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	41	20.10
โสด	7	3.43
การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	6	2.94
ประถมศึกษา	153	75.00
สูงกว่าประถมศึกษา	45	22.06
อาชีพ		
เกษตรกร	108	52.94
อาชีพอื่น ๆ	31	15.20
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	65	31.86
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว (บาท)		
<5,000	37	18.14
5,000-10,000	117	57.35
>10,000	50	24.51
Mean ± (SD): 10,655.88 ± (9,223.56 บาท), Median (Min: Max) 8,000 (1,000: 65,000)		
รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว (บาท)		
<5,000	70	34.30
5,000-10,000	111	54.40
>10,000	23	11.30
Mean ± (SD): 5,550.14. ± (3,721.11 บาท), Median (Min: Max) 5,000 (1,000: 50,000)		
การมีหนี้สิน		
ไม่มี	150	73.53
มี	54	26.47

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร

ระดับคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.27) ส่วนจำนวนและร้อยละของระดับอื่น ๆ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คุณภาพชีวิต (รายรวม) ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร

คุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	78	38.24
ระดับปานกลาง	125	61.27
ระดับไม่ดี	1	0.49
Mean $\pm$ SD = 93.32 $\pm$ 11.92, Median (Min : Max) = 93 (59 : 124)		

ระดับความรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร

ระดับความรู้ทางสุขภาพโดยรวม พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.82) ส่วนจำนวนและร้อยละของระดับความรู้ทางสุขภาพรายด้าน ได้แก่ ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูล ด้านทักษะความรู้ความเข้าใจ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการจัดการตนเอง ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และด้านทักษะการตัดสินใจ แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร

ระดับความรู้ทางสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้ทางสุขภาพ(โดยรวม)		
ระดับต่ำ (1-2)	22	10.78
ระดับปานกลาง (2.01-3.00)	120	58.82
ระดับสูง (3.01-4.00)	62	30.40
ระดับความรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูล		
ระดับต่ำ (1.00-2.00)	39	19.12
ระดับปานกลาง (2.01-3.00)	103	50.49
ระดับสูง (3.01-4.00)	62	30.39
ระดับความรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะความรู้ความเข้าใจ		
ระดับต่ำ (1.00-2.00)	39	19.12
ระดับปานกลาง (2.01-3.00)	69	33.82
ระดับสูง (3.01-4.00)	96	47.06
ระดับความรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร		
ระดับต่ำ (1.00-2.00)	31	15.20
ระดับปานกลาง (2.01-3.00)	116	56.86
ระดับสูง (3.01-4.00)	57	27.94

ระดับความรู้ทางสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะการจัดการตนเอง		
ระดับต่ำ (1.00-2.00)	20	9.81
ระดับปานกลาง (2.01-3.00)	119	58.33
ระดับสูง (3.01-4.00)	65	31.86
ระดับความรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ		
ระดับต่ำ (1.00-2.00)	13	6.37
ระดับปานกลาง (2.01-3.00)	127	62.26
ระดับสูง (3.01-4.00)	64	31.37
ระดับความรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะการตัดสินใจ		
ระดับต่ำ (1.00-2.00)	36	17.65
ระดับปานกลาง (2.01-3.00)	116	56.86
ระดับสูง (3.01-4.00)	52	25.49

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบ Multivariate ใช้สถิติวิเคราะห์ Multiple logistic regression ด้วยเทคนิค Backward elimination พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร ได้แก่ ระดับความรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะความรู้ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะความรู้ ในระดับสูงจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะความรู้ ในระดับต่ำถึงปานกลางเป็น 2.12 เท่า (AOR = 2.12, 95% CI [1.17, 3.83]) ระดับความรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพ ในระดับสูงจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ในระดับต่ำถึงปานกลางเป็น 2.82 เท่า (AOR = 2.82, 95% CI [1.56, 5.14]) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร

ปัจจัย	จำนวน	% คุณภาพชีวิตไม่ดี	Crude OR	AOR	95% CI	p-Value
ระดับความรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะความรู้						
ระดับสูง	96	47.92	1	1		< .001
ระดับต่ำถึงปานกลาง	108	29.63	2.16	2.12	1.17, 3.83	
ระดับความรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูล						
ระดับสูง	98	51.02		1	1	< .001
ระดับต่ำถึงปานกลาง	106	26.42	2.90	2.82	1.56, 5.14	

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 55 ถึง 64 ปี ซึ่งสอดคล้องกับสรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2558 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข (2558) พบว่ามีอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มสูงอายุ พบในกลุ่มที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป โรคประจำตัวอื่นนอกจากโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่ คือ โรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเร่งให้เกิดผนังหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) และนำไปสู่การทำลายหลอดเลือดขนาดใหญ่ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยความรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะความรู้ความเข้าใจ พบว่าผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอนิคมน้ำอูนประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 47.06) มีความรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับสูง เนื่องจากส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา สามารถอ่านออกและเขียนได้ จึงทำให้ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมให้กับตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลายชุมพล อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ที่พบว่าความรู้ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง (เกษฎากร โนอินทร์, ทิพย์วาทิ มีจันท, สุกัญญา กัญศรี, และพิสิษฐ์ พูลประเสริฐ, 2560) เนื่องจากอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างคือ 61.31 ปี ซึ่งอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ จึงทำให้การเข้าใจถึงทักษะต่าง ๆ ของความรู้ทางสุขภาพได้ค่อนข้างยาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พงษ์ศิริ งามอัมพรนรา (2560) ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่าการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการตัดสินใจ ด้านทักษะการจัดการตนเอง ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ อยู่ในระดับปานกลาง

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอนิคมน้ำอูนอยู่ในระดับปานกลางมีจำนวนเกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 61.27) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.53) ไม่มีหนี้สิน ทำให้ไม่เกิดภาวะเครียดจากการเป็นหนี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

โรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชิงเครือโพธิ์ชัย ตำบลเชิงเครือ อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ที่พบว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ศรีบุญศรี ศรีไชยจรรยาพงศ์ และคณะ, 2559)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอนิคมน้ำอูน คือ ความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะความรู้ โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีระดับความรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะความรู้ในระดับสูง มีคุณภาพชีวิตดีเป็น 2.12 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีระดับความรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะความรู้ อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา สามารถรับรู้และสร้างโอกาสในการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพดี (กองสุขศึกษา, 2554) การที่บุคคลที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมีความพร้อมหรือมีความสามารถในการดูแลจัดการดูแลตนเอง (Self- management) การศึกษาหรือทักษะความรู้เป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากการป่วยเป็นโรคเบาหวานนั้นบุคคลต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มากมายทั้งในด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และบทบาทชีวิต ผู้ป่วยจะต้องปรับตนเองให้สามารถยอมรับและดำรงชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังให้ได้ (ปัญญาวุฒิ ปรากฏผล และคณะ, 2558)

ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพพบว่าผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอนิคมน้ำอูนที่มีระดับความรู้ทางสุขภาพด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับสูง มีคุณภาพชีวิตดีเป็น 2.82 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีระดับความรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา สามารถที่จะอ่านออกเขียนได้ ช่วยเสริมสร้างศักยภาพของคนให้มีทักษะความสามารถในการปรับตัวได้อย่างรู้เท่าทันในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจึงทำให้เข้าใจถึง ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน และเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ เช่น การอ่านใบยินยอมการรักษา ฉลากยา การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ เข้าใจการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนหรือจากการอธิบายจากบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (Nutbeam, 2000) และการเข้าถึงและใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเป็นการนำความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติในบริบทของสุขภาพและการป้องกันปัญหาสุขภาพไปประยุกต์โดยคิดวิเคราะห์ ตรวจสอบด้วยหลักเหตุผลความน่าเชื่อถือ ความชอบธรรมตามสิทธิและหน้าที่และวัฒนธรรมอันดีของสังคม เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิต (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554) แตกต่างกับการศึกษาของพงษ์ศิริ งามอัมพรนารา (2560) ที่พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพบริการสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อจำกัดในการวิจัยในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งเน้นศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้นจึงมีข้อจำกัดในการวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลของบางตัวแปรที่จะนำมาศึกษา เช่น พฤติกรรมการดูแลตนเอง การควบคุมภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะความรู้ และทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายหรือมาตรการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร ดังนี้

1. ส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ ทักษะด้านความรู้ และทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ เช่น การสร้างนวัตกรรมการเผยแพร่ความรู้ หรือการเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังมีความรู้ความไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เช่น สาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานเกิดจากกรรมพันธุ์เพียงอย่างเดียว

2. ศึกษารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพสำหรับการจัดทำกิจกรรมที่จะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่นที่สนับสนุนการวิจัย และขอขอบพระคุณผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2554). *ความรอบรู้ทางสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์นิเวศรรคการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด.
- จตุพร แต่งเมือง, และเบญจา มุกตพันธุ์. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสุศึกษา*, 41(1), 103-113.
- เจษฎากร โนอินทร์, ทิพย์วาทิ มีจันท, สุกัญญา กัญศรี, และพิสิษฐ์ พูลประเสริฐ. (2560). *พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพลายชุมพล อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก*. การประชุมสัมมนาวิชาการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติเครือข่ายบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ 17, พิษณุโลก.
- ปัฐยาวัชร ปราบกุลผล, เยาวดี สุวรรณนาคะ, อรุณี ไชยฤทธิ์, บุญสืบ โสโสม, สราวุธ สีถาน, มยุรี สร้อยศรีสวัสดิ์, และสำราญ จันทพงษ์. (2558). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อน และแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. (รายงานการวิจัยไม่ได้ตีพิมพ์). กรุงเทพมหานคร. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- พงษ์ศิริ งามอัมพรนารา. (2560). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรหมเจริญ, กนิษฐา ไทยกล้า, และวราภรณ์ เสถียรนพเก้า. (2559). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดส์ดีไซน์.
- ศรีบุญศรี ศรีไชยจรรยาพงศ์, ธวัชชัย อินทสระร้อย, อภิญญา เพชรวิสัย, และรุ่งทิพย์ ไพศาล. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเครือโพธิ์ชัย ตำบลเชียงเครือ อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. *สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*, 23(3), 23-33.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. (2561). *รายงานพื้นฐานข้อมูลโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ*. สืบค้นจาก https://snk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=71cff4a5f828ddbe688784c2659abfe9
- สำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2558*. สืบค้นจาก <http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2015/aesr2558/Part%201/11/diabetes.pdf>
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2560). *การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย*. (รายงานการวิจัยไม่ได้ตีพิมพ์). กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J. A., Gazmararian, J. A., & Huang, J. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of Internal Medicine*, 167(14), 1503-1509. doi: 10.1001/archinte.167.14.1503
- Best, J. W. (1977). *Research in education*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Bucher, H. C., & Ragland, D. R. (1995). Socioeconomic indicators and mortality from coronary heart disease and cancer: a 22-year follow-up of middle-aged men. *American Journal of Public Health*, 85(9), 1231-1236. <https://doi.org/10.2105/ajph.85.9.1231>
- Dewalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004). Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, 19(12), 1228-1239. doi: 10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x
- Gallant, M. P., & Dorn, G. P. (2001). Gender and race differences in the predictors of daily health practices among older adults. *Health Education Research*, 16(1), 21-31. doi: 10.1093/her/16.1.21
- International Diabetes Federation. (2019). *Diabetes facts & figures*. Retrieved from <https://www.idf.org/aboutdiabetes/what-is-diabetes/facts-figures.html>

- Katikireddi, S. V., Morling, J. R., & Bhopal, R. (2011). Is there a divergence in time trends in the prevalence of impaired glucose tolerance and diabetes? A systematic review in South Asian populations. *International Journal of Epidemiology*, 40(6), 1542-1553. doi: 10.1093/ije/dyr159
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006). The health literacy of America's adults: results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006-483). U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics.
- Mancuso, J. M. (2009). Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature. *Nursing & Health Sciences*, 11(1), 77-89. doi: 10.1111/j.1442-2018.2008.00408.x
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. doi: 10.1093/heapro/15.3.259
- Suwannaphant, K., Laohasiriwong, W., Puttanapong, N., Saengsuwan, J., & Phajan, T. (2017). Association between socioeconomic status and diabetes mellitus: The National Socioeconomics Survey, 2010 and 2012. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(7), LC18-LC22. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/28221.10286>
- World Health Organization. (2014). *Prevalence of diabetes worldwide*. Retrieved from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

กาญจนา พรหมทอง, พย.ม.¹

อาภรณ์ทิพย์ บัวเพชร, ประ.ด.²

ปิยะนุช จิตตุนนท์, ประ.ด.³

(วันที่ส่งบทความ: 3 มีนาคม 2562; วันที่แก้ไข: 29 พฤษภาคม 2562; วันที่ตอบรับ: 19 กรกฎาคม 2562)

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและยาวนาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มเสี่ยงให้มีความเหมาะสมร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นการป้องกันหรือชะลอเวลาไม่ให้อาการของโรคกลายเป็นกลุ่มผู้ป่วยและยังเป็นการพัฒนาชุมชนให้มีความเข้มแข็งยิ่งขึ้น การวิจัยเชิงพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โปรแกรมนี้ถูกพัฒนาขึ้นจากแบบจำลองวิธีการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนร่วมกับหลักการเลือกชนิดการรับประทานอาหารและการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 1 และ 2 จำนวน 18 เรื่อง นักวิจัยได้ประยุกต์ใช้ขั้นตอนการพัฒนาตามกรอบแนวคิดไอโอวา โมเดล (The Iowa Model) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะพัฒนาโปรแกรมและระยะประเมินคุณภาพของโปรแกรม ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) แนวปฏิบัติของโปรแกรม 3 ระยะ คือ ระยะสะสมพลัง ระยะสมดุลพลัง และระยะแสดงพลัง 2) แผนกิจกรรมของโปรแกรม จำนวน 6 ครั้ง และ 3) สื่อและคู่มือลดเสี่ยงเบาหวานด้วยอาหารจานสุขภาพ ผลการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่ามีดัชนีความตรงของเนื้อหา = 1.00 มีข้อเสนอแนะในการปรับเนื้อหาให้เข้าใจได้ง่ายและชัดเจน เมื่อประเมินความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมจากพยาบาลวิชาชีพ พบว่าโปรแกรมสามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 100 มีข้อเสนอแนะในการปรับภาษาให้เข้าใจง่าย ปรับลดระยะเวลาการจัดกิจกรรมและขั้นตอนการดำเนินงานให้สั้นและกระชับ ซึ่งโปรแกรมที่พัฒนานี้ควรมีการทดสอบประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: การส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหาร, การเสริมพลังชุมชนเป็นฐาน, กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

¹นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

³รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

¹Corresponding author: กาญจนา พรหมทอง, Email: kanchana.yee@gmail.com

The Development of a Community – Based Program for Promoting Food Consumption Behaviors in Pre-Diabetes Groups

Kanchana Promtong, M.N.S.¹

Aporntip Buapetch, Ph.D.²

Piyanuch Jittanoon, Ph.D.³

(Received: March 3rd, 2019; Revised: May 29th, 2019; Accepted: July 19th, 2019)

Abstract

Type 2 Diabetes is a chronic illness that requires continuous-long term care. Proper behavior modification of at risk groups' food consumption, along with empowering community involvement, will prevent or delay advancement from the at risk groups to the ailing groups. This will also strengthen the communities. This developmental research was aimed at developing a community empowerment program for promoting food consumption behaviors for diabetes risk groups. This program was underpinned with the concept of Way of Promoting Health Community with food choices and a review of 18 empirical studies at levels 1 and 2. The researchers applied the IOWA Model to develop the program, which consisted of 2 phases: the program's development and program testing. The results of this study showed that the program that was developed consisted of 3 components; 1) the three-phase program guidelines: getting together–collecting power, balancing power, and exercising power, 2) a set of six activity plans, and 3) the program media and handbook to decrease risk for diabetes with healthy foods. Three experts evaluated the content validation with unanimous approval (the index of item objective congruence = 1.00). However, they did suggest amending its content for easier understanding and clearer communication. All registered nurses (100%) who used the program found it was feasible. They also suggested simplifying the language used in the program to be more easily understood, as well as to decrease duration of activities and to shorten operational procedures. The program that was developed should not undergo further testing of confirm its effectiveness.

Keywords: promoting food consumption behaviors, community–based program, diabetes risk group

¹Master's student, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

²Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

³Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

¹Corresponding author: Kanchana Promtong, Email: kanchana.yee@gmail.com

บทนำ

ในศตวรรษที่ 21 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและยาวนาน โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นทั่วโลก และนับเป็นภาวะเร่งด่วนทางสุขภาพที่สำคัญ (American Diabetes Association [ADA], 2016) โดยสัดส่วน 1 ใน 3 ของผู้ป่วยเบาหวานยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานมาก่อนและอาจเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ยังแฝงอยู่ในกลุ่มที่ไม่ได้คัดกรองโรคเบาหวาน ปัจจุบันมีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่อยู่ในระยะก่อนเป็นเบาหวาน จำนวน 4.1 ล้านคน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2558) และมีความชุกในผู้ที่มีอายุ 20-79 ปี ร้อยละ 9.3 โดยครึ่งหนึ่งของจำนวนนี้ยังขาดความตระหนักหรือเพิกเฉยต่อการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะต่อมา (International Diabetes Federation [IDF], 2019) และจากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ. 2557 มีคนไทยเป็นเบาหวานมากขึ้นทุกช่วงอายุ ร้อยละ 8.9 ส่วนใหญ่พบในช่วงวัยรุ่นและวัยทำงาน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557) ซึ่งคนกลุ่มนี้จะมีระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงกว่าค่าปกติ แต่ยังไม่สามารถวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และมีความเสี่ยงสูงที่จะกลายไปเป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานได้ในอนาคตหากไม่มีการจัดการตนเอง ซึ่งจากการศึกษา พบว่า ภาวะอ้วนลงพุงจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ในขณะที่โรคอ้วนเพิ่มความเสี่ยงถึง 3 เท่า (ชัชชาติ รัตตสาร, 2556; นิพา ศรีช้าง, วิโรจน์ เกษมจรัสรังษี, วิชัย เอกพลากร, และศิริเพ็ญ สุขกาญจนกันติ, 2553) ดังนั้นการป้องกันโรคเบาหวานจึงสามารถทำได้ด้วยการจัดการกับภาวะอ้วนลงพุงโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารของกลุ่มเสี่ยงให้เหมาะสม

โรคเบาหวานมีระยะการแฝงตัวของโรคอยู่นานก่อนแสดงอาการ ทำให้กลุ่มเสี่ยงจำนวนมากเพิกเฉยและไม่มีการจัดการกับตนเองตั้งแต่ระยะเริ่มต้น (นิพา ศรีช้าง และคณะ, 2553; สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2555) ถึงแม้ว่าจะมีการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model [CCM]) มากำหนดเป็นแนวทางในการดำเนินงานจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ในโครงการคนไทยไร้พุง มาใช้ในการดูแลสุขภาพประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานแล้วก็ตาม (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557; เขียวภา ค้างทอง, 2555; Diet Physical Activity Clinic [DPAC], 2557) แต่ยังคงพบว่าการดำเนินงานดังกล่าวยังขาดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และขาดรูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหารที่เป็นรูปธรรม รวมทั้งไม่สามารถให้การดูแลกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดเข้าร่วมโครงการได้ เนื่องจากจำนวนพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีจำนวนจำกัด จึงทำให้การดำเนินงานส่วนใหญ่มีอาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) และคณะกรรมการองค์กรในชุมชนมาร่วมเป็นเครือข่ายหลักในการดำเนินการ ซึ่งยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร (เขียวภา ค้างทอง, 2555)

ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่าวิธีการแก้ปัญหาการเกิดโรคเบาหวานที่ดีที่สุดคือ การป้องกันในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยการเพิ่มความรู้และการรับรู้ของบุคคลที่จะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารของบุคคล และอาศัยการมีส่วนร่วมจากครอบครัวและชุมชนซึ่งเป็นการ

สนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองภายใต้ทรัพยากรและบริบทของชุมชนนั้น ๆ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ขั้นตอนปฏิบัติ คือ มีการประเมินสภาพปัญหาหรือความต้องการของชุมชน การวางแผน การปฏิบัติตามแผนที่กำหนดร่วมกัน การประเมินผล และการปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตามผลการประเมิน อันจะนำไปสู่การเป็นชุมชนเข้มแข็ง วิธีการนี้สอดคล้องกับแนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐานตามแบบจำลองวิธีการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน (Way of promoting a health community) ของอุมพร ปญญโสพรรณ (2000) ซึ่งเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับบุคคลโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว และชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมและมีความเหมาะสมกับบริบทของวิถีชีวิต

ประชาชนในจังหวัดตรังมีวิถีชีวิตในการรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูง และสามารถหาซื้ออาหารได้ตลอด 24 ชั่วโมง จึงเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการบริโภคอาหาร และส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ดังสถิติกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีแนวโน้มเพิ่มแม้ว่าจะไม่คงที่ในแต่ละปี ซึ่งในปีงบประมาณ 2556 – 2558 มีจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 9.52, 8.20 และ 8.71 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง, 2558) เช่นเดียวกับผลการคัดกรองโรคเบาหวานในประชาชน 15 ปีขึ้นไป ในหมู่บ้านแห่งหนึ่งของอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง พบว่า มีจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ร้อยละ 3.65, 7.48 และ 15.72 ตามลำดับ

ผลการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นโดยใช้กระบวนการกลุ่มด้วยเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation - Influence - Control [A-I-C]) ของผู้วิจัยเมื่อเดือนตุลาคม ปี พ.ศ. 2558 พบว่าชุมชนมีความต้องการลดจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน และป้องกันกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เกิดเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มสงสัยรายใหม่ที่ได้รับการคัดกรองแล้วไม่เข้าใจคำแนะนำที่ได้รับ ไม่อยากปฏิบัติตามคำแนะนำเพราะคิดว่าตนเองยังไม่ได้ป่วย และไม่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง และจากการสอบถามถึงความร่วมมือของ อสม. พบว่ามีความต้องการพัฒนาศักยภาพตนเองในการจัดการกับกลุ่มเสี่ยง และผู้นำชุมชนมีความพร้อมในการช่วยเหลือด้านงบประมาณ การวางแผน และการดำเนินการ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ดังนั้นเพื่อให้เกิดรูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เป็นรูปธรรม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบจำลองวิธีการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนร่วมกับหลักการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีความสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพของกลุ่มเสี่ยงทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งจะเป็นการป้องกันหรือชะลอเวลาไม่ให้เกิดกลุ่มเสี่ยงกลายเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และยังเป็นการพัฒนาชุมชนให้มีความเข้มแข็งยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

คำถามการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เหมาะสมมีองค์ประกอบอะไรบ้าง มีความตรงเชิงเนื้อหาและมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้หรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการส่งเสริมการรับประทานอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตามแบบจำลองวิธีการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน (Boonyasopun, 2000) และหลักการเลือกชนิดการรับประทานอาหารตามโภชนาการ การเลือกอาหารที่หลากหลายในหมวดเดียวกันตามรายการอาหารแลกเปลี่ยน รวมทั้งการกำหนดปริมาณโดยใช้หลักการรับประทานอาหารตามแบบจำลองจานอาหารของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2555) มาใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นรายบุคคล ซึ่งผ่านกระบวนการวิเคราะห์งานวิจัยที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการออกแบบโปรแกรมโดยการคัดเลือกและแบ่งระดับการประเมินคุณภาพและคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ ระดับ 1 และ 2 ซึ่งมีระดับคำแนะนำเกรด A (Joanna Briggs Institute [JBI], 2014)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพัฒนานี้ เป็นการประยุกต์ใช้กระบวนการพัฒนาตามแบบจำลองของไอโอวา ซึ่งแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะพัฒนาองค์ประกอบของโปรแกรม และ ระยะประเมินคุณภาพของโปรแกรม โดยประยุกต์แบบจำลองวิธีการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนร่วมกับหลักการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเสี่ยง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาองค์ประกอบของโปรแกรมเสริมพลังชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน การดำเนินการมี 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาจากการปฏิบัติงานและองค์ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และการจัดการทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนโดยการติดตามข้อมูลย้อนหลัง และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2. ขั้นการสืบค้นและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ โดยการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบแนวคิดพิโค (PICO framework) ดังนี้

- 2.1 กำหนดคำสำคัญทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษในการสืบค้น ดังนี้ 1) P: กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน, Diabetes risk group/Pre-diabetes 2) I: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร, Food consumption behaviors 3) C: การส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน, Community – based for promoting food consumption behaviors 4) O: ระดับน้ำตาลในเลือด, ดัชนีมวลกาย และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร, Blood sugar levels, Food consumption behaviors

- 2.2 กำหนดแหล่งสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ CINAHL,

Pubmed, ProQuest, www.tci-thaijo.org และ www.scholar.google.co.th ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ของสถาบันการศึกษาในประเทศไทย และงานวิจัยที่ค้นคว้ามาได้ และค้นกลับไปยังเอกสารอ้างอิง และนอกจากนี้ยังได้ทำการสืบค้นด้วยมือจากวารสาร ตำราและหนังสือที่เกี่ยวข้อง

3. วิเคราะห์ สังเคราะห์ ประเมินงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพ และระดับความน่าเชื่อถือของงานวิจัยตามสถาบัน (JBI, 2014) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์มีจำนวน 18 เรื่องที่ผ่านตามหลักเกณฑ์ และได้ทำการคัดเลือกหลักฐานระดับ 1 จำนวน 4 เรื่อง ระดับ 2 จำนวน 14 เรื่อง ซึ่งทุกเรื่องมีระดับคำแนะนำในการประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์เกรด A ดังตารางในเอกสารเพิ่มเติม (หน้า 159-160)

4. ดำเนินการพัฒนาโปรแกรม โดยการสร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์จากการสรุปประเด็นสำคัญ โดยการนำผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์ผลงานวิจัย ผู้วิจัยได้ประยุกต์แบบจำลองวิธีการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนร่วมกับหลักการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมากำหนดและออกแบบกิจกรรมในโปรแกรมเสริมพลังชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ผ่านกระบวนการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 สะสมพลัง (Getting together – collecting power) ระยะที่ 2 สมดุลพลัง (Balancing power) และ ระยะที่ 3 แสดงพลัง (Exercising power)

ระยะที่ 2 ระยะประเมินคุณภาพของโปรแกรม การประเมินคุณภาพของโปรแกรมเสริมพลังชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน การดำเนินการในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้งานของโปรแกรมที่ถูกพัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ถูกพัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้เชี่ยวชาญด้านแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน และผู้เชี่ยวชาญด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชน จากนั้นได้นำโปรแกรมมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

2. การประเมินความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้ โดยนำโปรแกรมที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ประกอบด้วยแนวปฏิบัติของโปรแกรม แผนกิจกรรมของโปรแกรม และคู่มือลดเสี่ยงเบาหวานด้วยอาหารจานสุขภาพ ไปให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 5 ท่าน อ่านแผนกิจกรรมของโปรแกรมและคู่มือดังกล่าว พร้อมทั้งตรวจสอบความยาก – ง่ายของกิจกรรมตามโปรแกรม

คำจำกัดความเชิงปฏิบัติการ

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน คือชุดกิจกรรมที่ใช้ในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการ

เสริมพลังชุมชนตามแบบจำลองวิธีการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน (Way of promoting a healthy community) ร่วมกับการทบทวนวรรณคดีและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องระดับ 1 จำนวน 4 เรื่อง ระดับ 2 จำนวน 14 เรื่อง รวม 18 เรื่อง ที่มีระดับคำแนะนำ ระดับ A ใช้เวลาทำกิจกรรมทั้งหมด 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 สะสมพลัง เป็นระยะการรวมพลัง ในการปฏิบัติที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ ใช้เวลา 1 สัปดาห์ ระยะที่ 2 สมดุลพลัง เป็นระยะการพัฒนาความสัมพันธ์ของสมาชิกเพื่อให้เกิดความมั่นใจและไว้วางใจ ใช้เวลา 1 สัปดาห์ และระยะที่ 3 แสดงพลัง เป็นการให้ชุมชนปฏิบัติตามแผนการดำเนินการ สร้างเสริมสุขภาพที่กำหนดร่วมกัน เพื่อนำผลการตัดสินใจเลือกทางเลือกในระยะสมดุลพลังมาปฏิบัติ อย่างเป็นรูปธรรม ใช้เวลา 6 สัปดาห์

กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานหรือระยะก่อนเบาหวาน (Pre-diabetes) คือกลุ่มบุคคลที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำ อาหาร (Fasting blood sugar) อยู่ระหว่าง 100 – 125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้เชี่ยวชาญด้านแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน และผู้เชี่ยวชาญด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามความเชี่ยวชาญดังกล่าว จำนวน 3 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 5 ท่าน โดยทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงผู้ที่มีประสบการณ์ในการดำเนินงานเกี่ยวกับการดำเนินงานในชุมชน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสหนังสือรับรอง PSU IRB 2018 – Nst 059 ลงวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2562 และผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Research participants) โดยการแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และให้สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการประเมินคุณภาพ หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามรายละเอียดได้จากผู้วิจัยได้ตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรม ซึ่งมีการตรวจสอบความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการวัด ความถูกต้อง ความเหมาะสม และความชัดเจน ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบให้ผู้เชี่ยวชาญเลือกตอบว่า “เห็นด้วย” หรือ “ไม่เห็นด้วย” พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง

2. แบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรม ซึ่งมีการประเมินความยาก-ง่ายของกิจกรรมตามโปรแกรมที่ถูกพัฒนาขึ้น ลักษณะของแบบประเมินเป็นรายการประเมินให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เลือกตอบว่า “ยาก” หรือ “ง่าย” และความสามารถในการนำไปใช้ “ปฏิบัติได้” หรือ “ปฏิบัติไม่ได้” พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการสืบค้นข้อมูลผู้เชี่ยวชาญจากฐานข้อมูลของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครินทร์ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และทฤษฎีทางการพยาบาล จากนั้นผู้วิจัยได้ประสานงานด้าน วาจา ออกหนังสือราชการขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมการวิจัย และเข้าพบผู้เข้าร่วมในการวิจัยที่สถานที่ปฏิบัติงานของแต่ละท่านที่ได้คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามความเชี่ยวชาญ โดยทุกท่านยินดีตอบรับ และยินดีเป็นผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดตรัง จำนวน 5 ท่าน เพื่อชี้แจงรายละเอียด และให้ผู้เข้าร่วมในการวิจัยพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมกับวัตถุประสงค์การวิจัย และประเมินความยาก - ง่าย และความสามารถในการนำไปใช้ตามแผนการจัดกิจกรรมในแนวปฏิบัติของโปรแกรม และคู่มือลดเสี่ยงเสี่ยงเบาหวาน ด้วยอาหารจานสุขภาพ เป็นสื่อประกอบในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมพลังชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหารสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. การประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-objective congruence index [IOC]) โดยวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยจากการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งในส่วนของการเสนอแนะจะนำมาวิเคราะห์และจัดกลุ่มของเนื้อหา
2. การประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้ด้วยวิเคราะห์ความถี่ และร้อยละของความยากง่ายและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจากการประเมินของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดตรัง จำนวน 5 ท่าน

ผลการวิจัย

จากการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหารโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารในระดับบุคคล และอาศัยการมีส่วนร่วมจากสมาชิกในครอบครัวและชุมชน พบผลการวิจัย ดังนี้

1. องค์ประกอบของโปรแกรมเสริมพลังชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหาร สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรม และแนวปฏิบัติของโปรแกรมเสริมพลังชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหารสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

โดยแต่ละส่วนมีรายละเอียด ดังนี้

- 1.1 แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรม โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบจำลองวิธีการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนร่วมกับหลักการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เป็น

แนวทางในการดำเนินงานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับบุคคลตามหลักการเลือกชนิดการรับประทานอาหารตามโซนสีเลือกอาหารที่หลากหลายในหมวดเดียวกันตามรายการอาหารแลกเปลี่ยน รวมทั้งกำหนดปริมาณอาหารตามแบบจำลองจานอาหารของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2555) โดยนำหลักการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว และชุมชนมาใช้ในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารในระดับบุคคลอย่างเป็นรูปธรรม และมีความเหมาะสมกับบริบทของวิถีชีวิต

โปรแกรมมีการดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 สะสมพลัง เป็นระยะการรวมพลังในการปฏิบัติที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ เป็นการรวมกลุ่มแกนนำสุขภาพของชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) อสม. พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีการประเมินภาวะสุขภาพ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ผลกระทบจากโรคเบาหวาน และวิธีการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเสี่ยง ระยะที่ 2 สร้างสมดุลพลัง เป็นระยะการพัฒนาความสัมพันธ์ของสมาชิก เพื่อให้เกิดความมั่นใจและไว้วางใจ เป็นการให้กลุ่มเสี่ยงและผู้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องการ แนวทางเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารของตนเองและคนในชุมชนอย่างเท่าเทียม และพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสมกับตนเอง และระยะที่ 3 แสดงพลัง เป็นการให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และผู้มีส่วนร่วมปฏิบัติตามแผนการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพที่กำหนดร่วมกันในระยะสร้างสมดุลพลัง เพื่อนำผลการตัดสินใจเลือกทางเลือกมาปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

1.2 แนวปฏิบัติของโปรแกรมเสริมพลังชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหารสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่ออธิบายรายละเอียด ขั้นตอน เป้าหมายของโปรแกรม และการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย คำชี้แจงในการใช้โปรแกรม ซึ่งอธิบายเกี่ยวกับปัญหา ความสำคัญ วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย ผู้ใช้โปรแกรม ระยะเวลาของกิจกรรม สถานที่ และรายละเอียดขั้นตอนของโปรแกรม ทั้งขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการ และขั้นประเมินผล รวมถึงแผนภูมิการใช้สื่อ อุปกรณ์ในการจัดกิจกรรม โดยแบ่งการดำเนินการของโปรแกรม ออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ ในขั้นตอนนี้จะมีการเตรียมอุปกรณ์ สมาชิกแกนนำ การฝึกทักษะการเจาะน้ำตาล เตรียมสื่อประกอบกิจกรรม รวบรวมรายชื่อกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการ เป็นการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งสามารถสรุปเป็นแผนภูมิ ดังแสดงในภาพที่ 1 แบ่งเป็น 4 กิจกรรม จำนวน 10 ครั้ง ดังนี้ มีการประเมินภาวะสุขภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และฝึกทักษะการรับประทานอาหาร การใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูล และการร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ตัดสินใจเลือกร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 รู้ทัน เบาหวาน แบ่งเป็น 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที

รวมระยะเวลา 3 ชั่วโมง เป็นกิจกรรมในระยะที่ 1 ระยะสะสมพลัง ดังนี้

1) กิจกรรมที่ 1 รู้ทัน เบาหวาน (ครั้งที่ 1) ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที ประกอบด้วย

1.1) สร้างแกนนำด้านสุขภาพโดยการรับสมัครกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน 30 คน ตามเกณฑ์การคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ยังไม่มีอาการแสดง และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ สามารถสื่อสารโดยการเขียน และพูดภาษาไทยได้ และคัดเลือกสมาชิกในครอบครัว 30 คน โดยคัดเลือกจากสมาชิก ครอบครัวละ 1 คน อสม. 3 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน อบต. 2 คน และพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน

1.2) อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง

1.3) ประเมินภาวะสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมและพฤติกรรม การรับประทานอาหารเช้าก่อนการศึกษาโปรแกรมโดยการฝึกทักษะการติดตามด้วยการชั่งน้ำหนัก คำนวณดัชนีมวลกาย และวัดรอบเอวของตนเอง และให้ อสม. ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานบันทึกผลในกลุ่มมือ ลดเสี่ยงเบาหวาน ด้วยงานอาหารสุขภาพด้วยตนเอง และให้ อสม. แจกผลแก่กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานทราบเป็นรายบุคคล

2) กิจกรรมที่ 1 รู้ทัน เบาหวาน (ครั้งที่ 2) ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที ประกอบด้วย

2.1) ใช้กระบวนการกลุ่มในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับอัตราป่วย และจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานแก่สมาชิกกลุ่มแกนนำด้านสุขภาพทุกคน

2.2) ให้ความรู้แก่สมาชิกกลุ่มแกนนำด้านสุขภาพทุกคนเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความสำคัญของการควบคุมโรคระยะก่อนเบาหวาน ความรุนแรงของโรค และฝึกทักษะตามแนวทางในการป้องกันโรคเบาหวานด้วยการรับประทานอาหารเช้าตามหลักการเลือกชนิดอาหารตามโซนสี และเลือกอาหารที่หลากหลายในหมวดเดียวกันตามรายการอาหารแลกเปลี่ยน ตลอดจนการกำหนดปริมาณโดยใช้หลักการรับประทานอาหารเช้าตามแบบจำลองจานอาหาร

สัปดาห์ที่ 2 ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 2 ร่วมแรง ร่วมใจ ด้านภัยเบาหวาน เป็นกิจกรรมในระยะที่ 1 ระยะสะสมพลัง ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง และกิจกรรมที่ 3 ร่วมดูแล แบ่งปัน ให้กำลังใจกัน ซึ่งเป็นกิจกรรมในระยะที่ 2 ระยะสมดุลพลัง ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที ดังนี้

3) กิจกรรมที่ 2 ร่วมแรง ร่วมใจ ด้านภัยเบาหวาน ระยะเวลา 1 ชั่วโมง ประกอบด้วย

3.1) โดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวิเคราะห์ความคาดหวัง ปัญหา/อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นเมื่อต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า กำหนดแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าโดยมีพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่ปรึกษา

3.2) ใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานร่วมกันสรุปแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าที่เหมาะสมกับตนเอง และกลุ่มที่จะต้องทำร่วมกันในกิจกรรมหมู่บ้านอ่อนหวาน

4) กิจกรรมที่ 3 ร่วมดูแล แบ่งปัน ให้กำลังใจกัน ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วย

4.1) ให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานแนะนำตนเอง บอกค่าน้ำตาลในเลือดแล้วให้วิเคราะห์ความเสี่ยงตามสาเหตุต่อการเกิดโรคเบาหวาน และพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เป็นความคาดหวังตามหลักการรับประทานอาหารที่ได้รับความรู้ ในขั้นตอนที่ 1 ให้สมาชิกกลุ่มแกนนำด้านสุขภาพคนอื่น ๆ รับฟัง

4.2) เชิญบุคคลต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารได้ดี และกลุ่มเสี่ยงที่กลายเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานมาเล่าประสบการณ์ในการดูแลตนเอง วิธีการที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารรวมถึงสาเหตุและปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร

4.3) ให้สมาชิกกลุ่มแกนนำด้านสุขภาพ บุคคลต้นแบบได้พูดคุยให้กำลังใจ และกล่าวชมเชยซึ่งกันและกัน ในการเริ่มต้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และร่วมกันเสนอทางเลือกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร

4.4) ให้สมาชิกกลุ่มแกนนำด้านสุขภาพ ร่วมสรุปแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร

4.5) ให้สมาชิกกลุ่มแกนนำด้านสุขภาพตัดสินใจเลือกแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร

4.6) สมาชิกกลุ่มแกนนำด้านสุขภาพ ปฏิบัติตามแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ได้จากการตัดสินใจเลือกอย่างมีส่วนร่วม

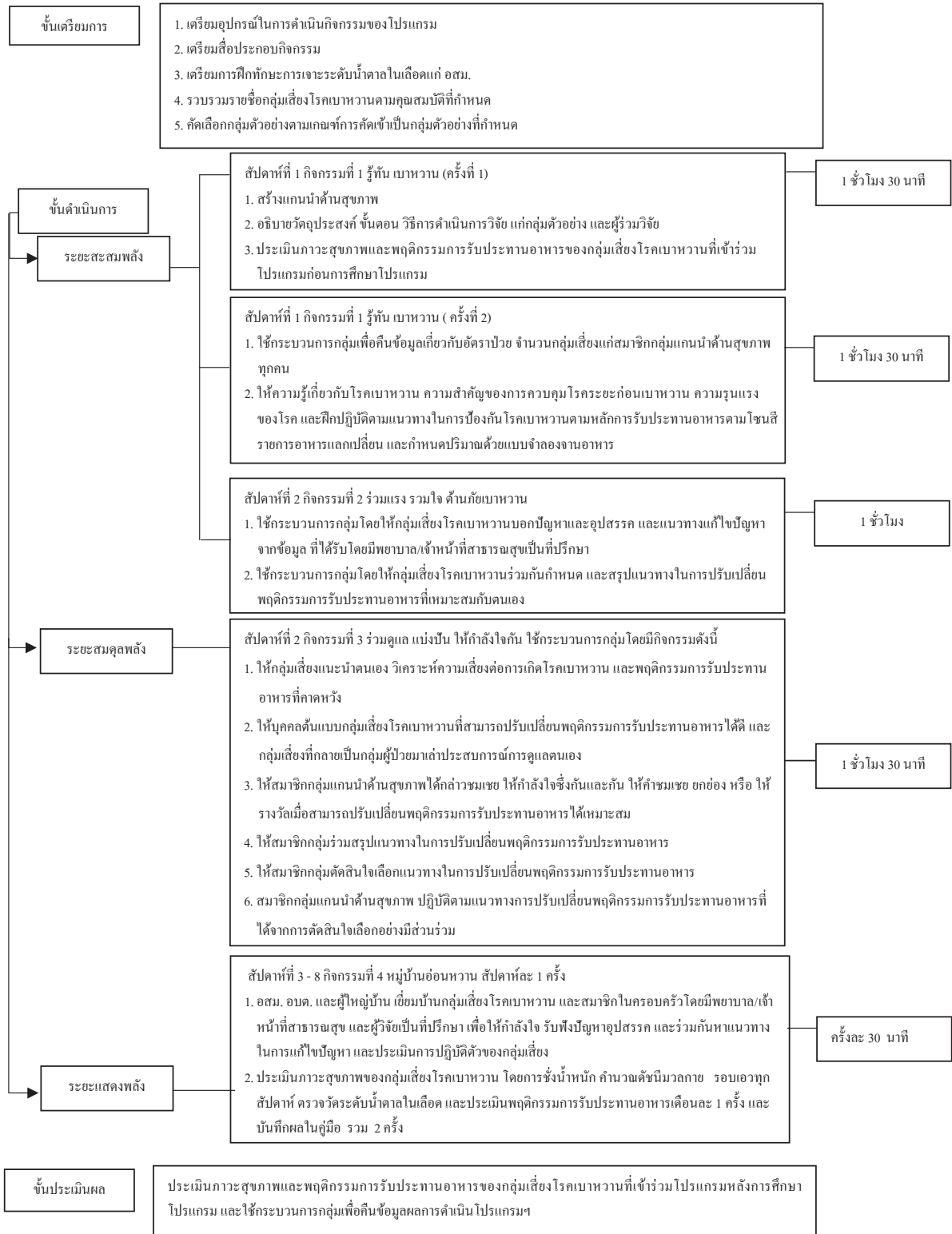
สัปดาห์ที่ 3 - 8 เป็นกิจกรรมในระยะที่ 3 แสดงพลัง ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 4 หมู่บ้านอ่อนหวาน แบ่งเป็น 6 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที

5) กิจกรรมที่ 4 หมู่บ้านอ่อนหวาน ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

5.1) การเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อีกทั้งเป็นการให้กำลังใจ รับฟังปัญหา/อุปสรรคและร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ระหว่างกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน สมาชิกในครอบครัว อสม. อบต. โดยมีพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษา

5.2) ประเมินภาวะสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรม โดยการชั่งน้ำหนัก คำนวณดัชนีมวลกาย รอบเอวทุกสัปดาห์ ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด และประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหารเดือนละ 1 ครั้ง และบันทึกผลในคู่มือลดเสี่ยงเบาหวาน ด้วยจานอาหารสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินผล หลังเสร็จสิ้นการปฏิบัติตามแนวทางได้ตกลงร่วมกัน ในสัปดาห์ที่ 8 มีการประเมินภาวะสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรม โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด และบันทึกผลในคู่มือลดเสี่ยงเบาหวานด้วยจานอาหารสุขภาพ พร้อมทั้งประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหารแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ในภาพรวม และใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อคืนข้อมูลผลการดำเนินโปรแกรมแก่สมาชิกกลุ่มแกนนำด้านสุขภาพ จากแนวปฏิบัติของโปรแกรมเสริมพลังชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหารสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน สามารถสรุปได้เป็นแผนภาพ ดังนี้



ภาพที่ 1 แผนภูมิการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหารโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

2. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมเสริมพลังชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรม การรับประทานอาหารสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Index of item objective congruence [IOC]) เท่ากับ 1.00 และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงองค์ประกอบของโปรแกรมเพื่อให้มีความชัดเจนและมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้มากขึ้นในประเด็น ดังนี้ 1) ลดกิจกรรมเหลือสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 2) ปรับให้สอดคล้องกับบริบทการทำงานในสภาพจริง การบันทึกมาก ๆ ไม่เหมาะกับผู้เข้าร่วมที่เป็นประชาชนทั่วไปโดยเฉพาะข้อที่ทำยาก/ เขียนมาก และ 3) การชี้แจงรายละเอียดของโปรแกรมแก่ผู้นำโปรแกรมไปใช้เพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. การประเมินความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้โดยตรวจสอบความยาก-ง่ายและความสามารถในการปฏิบัติตามโปรแกรม ผลการประเมินจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกท่านประเมินความคิดเห็นว่ากิจกรรมในโปรแกรมสามารถนำไปปฏิบัติได้ ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของความยากง่ายในการใช้โปรแกรม

ประเด็น	ความยาก		ความง่าย	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1.ความชัดเจนของเนื้อหา	0	0	5	100
2.ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม	0	0	5	100
3.ภาษาเข้าใจง่าย	0	0	5	100
4.ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	0	0	5	100

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามการใช้โปรแกรม

ประเด็น	ปฏิบัติได้		ปฏิบัติไม่ได้	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1.ขั้นเตรียมการ	5	100	0	0
2.ขั้นดำเนินการ				
กิจกรรมที่ 1 รู้ทัน เบาหวาน	5	100	0	0
กิจกรรมที่ 2 ร่วมแรง ร่วมใจ ด้านภัยเบาหวาน	5	100	0	0
กิจกรรมที่ 3 ร่วมดูแล แบ่งปัน ให้กำลังใจกัน	5	100	0	0
กิจกรรมที่ 4 หมู่บ้านอ่อนหวาน	5	100	0	0
3.ขั้นประเมินผล	5	100	0	0

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ได้องค์ประกอบของโปรแกรม 2 ส่วน คือ แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรม และแนวปฏิบัติของโปรแกรม โดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

โปรแกรมเสริมพลังชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานนี้ถูกพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการเสริมพลังชุมชนตามแบบจำลองวิธีการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน ของ Boonyasopun (2000) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมจากครอบครัวและชุมชน และวิธีการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับบริบท และความเชื่อของกลุ่มนั้น ๆ อย่างเป็นรูปธรรม สามารถส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในระดับบุคคลได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเยวภา ค้างทอง (2555) และอารียา หมัดอะดัม (2557) ซึ่งผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าน้ำตาลก่อนอาหาร มีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$; เยวภา ค้างทอง, 2555) อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน (อรุณี พุยปุย และวันเพ็ญ ปันราช, 2556) พบว่า หลังการศึกษากลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้การประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวมุ่งเน้นการส่งเสริมการแก้ปัญหาในกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกในครอบครัวที่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้อย่างเหมาะสม ขาดความเชื่อมั่น และยังไม่ตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้เหมาะสม เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง และการได้รับการบริการจากบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่ทั่วถึง อีกทั้งยังสามารถนำไปใช้ในชุมชนที่ยังไม่มีเครื่องมือหรือโปรแกรมที่สนับสนุนในการเพิ่มศักยภาพให้แก่บุคคล และชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารร่วมกับบริบทด้านความเชื่อของแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน (อกนิษฐ์ ชาตกิจจอนันต์, นฤมล เอื้อมณีกุล, พิมสุภาว จันทนะโสทธิ, และทัศนีย์ วรวิรุณ, 2557; นางนุช โอบะ, ชุติกร ด้านยุทธศิลป์, และสมจิต ชัยรัตน์, 2551)

หลักการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่นำมาประยุกต์ใช้เป็นเนื้อหาหลักในการดำเนินงานโปรแกรม โดยใช้หลักการเลือกชนิดอาหารตามโภชนาการ โดยแนะนำให้รับประทานอาหารในโภชนาการซึ่งมีพลังงาน ไขมัน และน้ำตาลต่ำ ร่วมกับการกำหนดปริมาณอาหารในแต่มื้อด้วยจานที่มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 9 นิ้ว ลึก ½ นิ้ว โดยการรับประทานอาหาร 2 ส่วน ข้าว-แป้ง 1 ส่วน และเนื้อสัตว์ 1 ส่วน (นวลนิตย์ ไชยเพชร และคณะ, 2560; รัตนา เกียรติเฝ้า, 2558; Brand-Miller, Hayne, Petocz, & Colagiuri, 2003; Yokoyama, Barnard, Levin, & Watanabe, 2014) ดังนั้นโปรแกรมที่ถูกพัฒนาขึ้นนี้จึงน่าจะส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของตนเอง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อีกทั้งมีวิธีการที่สอดคล้องกับบริบทและความเชื่อของตนเอง

แนวปฏิบัติของโปรแกรมเสริมพลังชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เป็นเอกสารอธิบายรายละเอียดขั้นตอนเป้าหมายของโปรแกรม และการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยแบ่งการดำเนินการของโปรแกรม ออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการ และขั้นประเมินผล แบ่งเป็น 4 กิจกรรม จำนวน 10 ครั้ง และเมื่อแนวปฏิบัติของโปรแกรมดังกล่าวผ่านการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พบว่าเนื้อหา มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และเนื้อหา มีความถูกต้องเหมาะสม และชัดเจน และได้มีข้อเสนอแนะในการปรับปรุงองค์ประกอบของโปรแกรม เพื่อให้โปรแกรมมีความชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่ถูกพัฒนาขึ้นนี้มีคุณภาพและถูกต้องตามหลักวิชาการ และมีการดำเนินการตามระยะและขั้นตอนที่ชัดเจนตามรูปแบบของไอโอวา และการส่งเสริมการรับประทานอาหารยังสอดคล้องตามหลักการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ผ่านกระบวนการวิเคราะห์งานวิจัยที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือ มีความเป็นมาตรฐานสากลเป็นที่ยอมรับจากการเกิดผลลัพธ์การปฏิบัติที่ดี

การประเมินความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้ โดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชน จำนวน 5 ท่าน ผลการประเมินพบว่า ทุกคนมีความคิดเห็นว่าโปรแกรมที่ถูกสร้างขึ้นมีความง่าย และมีความเป็นไปได้ต่อการนำไปใช้งานในชุมชนได้จริง และเป็นแนวทางที่มีความเหมาะสมต่อการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชนเนื่องจากการมีส่วนร่วมของชุมชน และมีการเสนอแนะให้ปรับรายละเอียดของกิจกรรม และการบันทึกพฤติกรรมการรับประทานอาหารในคู่มือควรปรับการบันทึกให้ง่ายขึ้นให้สามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้นสำหรับประชาชนในชุมชน และมีความเป็นไปได้ต่อการนำไปใช้งานจริงในชุมชน

สรุปและข้อเสนอแนะ

โปรแกรมเสริมพลังชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ประกอบด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย และเป็นลำดับขั้นตอนตามกรอบแนวคิด เพื่อเป็นการส่งเสริม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลต่อการป้องกันหรือชะลอกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานไม่ให้กลายเป็นกลุ่มผู้ป่วย หากมีการนำโปรแกรมไปใช้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ควรมีการสร้าง ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแต่ละคนให้ชัดเจน เนื่องจากผู้ร่วมวิจัยมีหลากหลาย และต้องการผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน
2. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม และนำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญและพยาบาลวิชาชีพ มาพัฒนาโดยการปรับเนื้อหาให้เข้าใจได้ง่ายและชัดเจน ปรับภาษาให้เข้าใจง่าย ลดระยะเวลาการจัดกิจกรรม และขั้นตอนการดำเนินงานให้สั้นและกระชับยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ และพยาบาลวิชาชีพที่ตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมวิจัยเพื่อนร่วมงาน บิดามารดา และสมาชิกในครอบครัว ที่คอยเป็นกำลังใจ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *คู่มือการประเมิน คลินิกไร้พุง คุณภาพ (DPAC Quality)*. สืบค้นจาก <http://dopah.anamai.moph.go.th/wp-content/uploads/2014/06/Exam2.pdf>
- ชัชลิต รัตสาร. (2556). *การระบาดของโรคเบาหวานและผลกระทบที่มีต่อประเทศไทย*. สืบค้นจาก <http://www.diabassocthai.org>
- นงนุช โอบะ, ชุติกร คำนยทศศิลป์, และสมจิต ชัยรัตน์. (2551). ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 2(1), 78 – 90.
- นฤมล ท้าวทอง, นพวรรณ เปียเชื้อ, สุจินดา จารุพัฒน์ มารุโอ, และแสงเดือน ปิยะตระกูล. (2558). ผลของโปรแกรมควบคุมความดันโลหิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้เป็นความดันโลหิตสูงในชุมชน. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(3), 15 - 34. สืบค้นจาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/viewFile/44338/36695>
- นิพา ศรีช้าง, วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, วิชัย เอกพลกร, และศิริเพ็ญ สุภกาญจณกันติ. (2553). ต้นทุนและประสิทธิผลของวิธีการคัดกรองโรคเบาหวาน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 19(2), 288 – 299.
- นวลนิตย์ ไชยเพชร, อุดมศิลป์ แก้วกล้า, สิทธิพงษ์ สอนรัตน์, และ ยุติ วิทย์พันธ์. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อ พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชุมชนโพหวาย ตำบลบางกุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(2), 45-62.
- เยาวภา ค้างทอง. (2555). *โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- รัตนา เกียรติเฝ้า. (2558). ผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการลดความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของประชากรกลุ่มเสี่ยง ตำบลทัพทัน อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(3), 405-412.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2557). *ความชุกของโรคเบาหวาน ปี พ.ศ. 2557*. สืบค้นจาก <https://www.dmthai.org/index.php/knowledge/the-chart/the-chart-1/550-2018-02-09-00-17-33>
- สุพัตรา ศรีวนิชชากร. (2555). *การจัดการโรคเรื้อรังในชุมชนเวทีเสวนา “ร่วมพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน” ครั้งที่ 7*. นครปฐม: สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน(สพข.) สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้นจาก <http://www.thaiichr.org/upload/forum/ChronicDiseaseManagement.pdf>

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *อิม อร่อย ได้สุขภาพ สไตน์เบาหวาน: สำหรับผู้ที่เป็นเบาหวานที่ยังไม่มีภาวะของโรคแทรกซ้อน*. นนทบุรี: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2558). *รายงานประจำปี 2558*. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/annual-report-2015.pdf>

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. (2558). *รายงานจำนวนประชากรที่มีภาวะเบาหวานจากการคัดกรอง (ไม่รวมผู้ป่วย) อยู่ในกลุ่มเสี่ยง*. สืบค้นจาก http://hdc.tro.moph.go.th/chronic/rep_dmscreen_r1.php

อารียา หมดอดัม. (2557). *การพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังชุมชนในการปรับพฤติกรรมเพื่อควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีน้ำหนักเกิน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

อรุณี ผุยไผ่, และวันเพ็ญ ปิ่นราช. (2556). การพัฒนาแนวทางการดูแลกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีส่วนร่วมชุมชน กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดพิจิตร. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(4), 80 – 88.

อกนิษฐ์ ชาตกิจจอนันต์, นฤมล เอื้อมมณีกุล, พิมสุภาวี จันทนะโสตร์, และทัศนีย์ วรวิรุณกุล. (2557). ผลของการประยุกต์กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 28(3), 113–128.

American Diabetes Association. (2016). Standards of medical care in diabetes 2016. *The Journal of Clinical and Applied Research and Education*, 39, 1–4. Retrieved from <http://care.diabetesjournals.org>

Brand-Miller, J., Hayne, S., Petocz, P., & Colagiuri, S. (2003). Low-glycemic index diets in the management of diabetes. *Diabetes Care*, 26(8), 2261–2267. doi:10.2337/diacare.26.8.2261

Boonyasopun, U. (2000). *Ways of promoting a healthy community: A critical ethnography of rural Thai women*. (Unpublished doctoral thesis). University of Maryland, Baltimore, USA.

Yokoyama, Y., Barnard, N. D., Levin, S. M., & Watanabe, M. (2014). Vegetarian diets and glycemic control in diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Cardiovascular Diagnosis and Therapy*, 4(5), 373–382. doi:10.3978/j.issn.2223-3652.2014.10.04

International Diabetes Federation. (2019). *IDF Diabetes Atlas Ninth edition 2019*. Retrieved from https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133351_IDFATLAS9e-final-web.pdf

- Morey, M. C., Pieper, C. F., Edelman, D. E., Yancy, W. S., Green, J. B., Lum, H., . . . Taylor, G. A. (2012). Enhanced fitness: A randomized controlled trial of the effects of home-based physical activity counseling on glycemic control in older adults with pre diabetes mellitus. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(9). 1655-1662. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04119.x
- The Joanna Briggs Institute. (2014). *The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2014 the systematic review of economic evaluation evidence*. Retrieved from <https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Economic.pdf>

เอกสารเพิ่มเติม

ลำดับ	ผู้แต่ง (ปี)	ชื่อเรื่อง	ระดับคุณภาพ
1.	Jordi Salas-Salvado et al. (2014)	Prevention of diabetes with mediterranean diets	1
2.	Morey et al. (2012)	Enhanced fitness: A randomized controlled trial of the effects of home-based physical activity counseling on glycemic control in older adults with pre diabetes mellitus	1
3.	Nilsen, Bakke, and Frode Gallefoss (2011)	Effects of lifestyle intervention in persons at risk for type 2 diabetes mellitus - results from a randomized controlled trial	1
4.	Baker, Simpson, Lloyd, Bauman, and Singh (2010)	Behavioral strategies in diabetes prevention programs: A systematic review of randomized controlled trials	1
5.	สุรพล อริยะเดช (2555)	ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของข้าราชการอำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง	2
6.	อกนิษฐ์ ขาดิจอนันต์, นฤมล เอี่ยมมณีกุล, พิมสุภาว จันทนะโสตร์, และทัศนีย์ วิริยกุล (2557)	ผลของการประยุกต์กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	2
7.	คำทิ กลางประพันธ์, ชุภาศิริ อิกนันท์เดชา, และ วริญญ สัตยวงศ์ทิพย์ (2558)	ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อในความสามารถแห่งตน คำปลั่งงาม อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด	2
8.	รัชณี อุททธิสิงห์, เผ่าไทย วงศ์เหล่า, และบวร ไชยมา (2557)	รูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี	2
9.	อัมพร ไวโยภา (2555)	การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรค เบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสันมะนะ ตำบลต้นธง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน	2
10.	วาสนา บุญเย็น, พัชราพร เกติมงคล, ทัศนีย์ วิริยกุล, ขวัญใจ อำนาจสัจย์เชื้อ, และอรพรรณ แก้วชูแก้ว (2557)	ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	2

ลำดับ	ผู้แต่ง (ปี)	ชื่อเรื่อง	ระดับคุณภาพ
11.	รัตนา เกียรติเต่า (2558)	ผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการลดความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลทัพทัน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดอุดรธานี	2
12.	พรพิมล พันทะสา, กระจ่าง ตลับนิล, และวัชรภากร บุญพิมพ์สว (2558)	ผลของโปรแกรมการเฝ้าระวังตัวตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตาลเนิน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร	2
13.	อนัน โกนสันเทียะ (2557)	ผลของโปรแกรมให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานต่อภาวะสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา	2
14.	นวลนิตย์ ไซเพชร, อุดมศิลป์ แก้วกล้า, ลิทธิพงษ์ สอนรัตน์, และยุวดี วิทยพันธ์ (2560)	ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อ พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชุมชนโพหวาย ตำบลบางกุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี	2
15.	อดิญาณ์ ศรีเกษมตริน, รุ่งภา จันทรา, รสติกร ขวัญชุม, และลัดดา เรืองด้วง (2560)	ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต.คลองนกนา อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี	2
16.	นฤมล ท้าวทอง, นพวรรณ เป็ยเชื้อ, สุจินดา จารุพัฒน์ มารูโอ, และแสงเดือน ปิยะตระกูล (2558)	ผลของโปรแกรมควบคุมความดันโลหิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและความดันโลหิตของผู้เป็นความดันโลหิตสูงในชุมชน	2
17.	สุดาสินี สุทธิฤทธิ์, ดวงกมล ปิ่นเกลียว, และทิพย์ จันทร เกษโกมล (2561)	ประสิทธิผลโปรแกรมกำกับตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีเกาเข้านำหนักเกินมาตรฐาน ตำบลท่าโรงช้าง จังหวัดสุราษฎร์ธานี	2
18.	Schellenberg, Dryden, Vandermeer, Ha, and Korownyk (2013)	Lifestyle interventions for patients with and at risk for type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis	2

จากชีวิตการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ภายใต้บริบทชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

เบญจยามาศ พิทยานต์, ประ.ด.¹

เจริญชัย หมั่นห่อ, พย.ม.²

เนาวรัตน์ เสนาไชย, พย.ม.¹

สงกรานต์ นกบุญ, ประ.ด.³

สุพมาพร พิงผาสุก, พย.ม.¹

(วันที่ส่งบทความ: 15 เมษายน 2563; วันที่แก้ไข: 29 พฤษภาคม 2563; วันที่ตอบรับ: 18 พฤศจิกายน 2563)

บทคัดย่อ

การดูแลตนเองเป็นปัจจัยสำคัญของการควบคุมการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานซึ่งผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนจะมีจากชีวิตการดูแลตนเองที่หลากหลายการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาจากชีวิตการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเพื่อพัฒนาแอปพลิเคชันติดตามและดูแลสุขภาพส่วนบุคคลสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานบนสมาร์ตโฟน เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงจากชุมชนแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลหลัก 65 คน ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแล เจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนผู้ให้ข้อมูลรองมี 1 คน คือ ผู้ใหญ่บ้าน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การสนทนากลุ่ม การบันทึกภาคสนามและการศึกษาเอกสาร เก็บข้อมูลจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัวคือวิเคราะห์ข้อมูลแล้วไม่พบข้อมูลใหม่ ตรวจสอบคุณภาพข้อมูลโดยการตรวจสอบแบบสามเส้าด้วยการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่ง เก็บข้อมูลด้วยวิธีการที่หลากหลายและตรวจสอบทานข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการดูแลตนเองจำแนกได้ 3 จากชีวิต ได้แก่ 1) ยามปกติ ผู้ป่วยเบาหวานจะดูแลตนเองเท่าที่ทำได้ เช่น ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย รับประทานยาและไปตรวจตามนัด 2) ยามฉุกเฉิน ผู้ป่วยเบาหวานจะดูแลตนเองเบื้องต้นและไปพบแพทย์หากอาการไม่ทุเลา และ 3) ยามอยากหาย จะแสวงหาวิธีการดูแลรักษาตนเองเพิ่มเติม เช่น การรักษาด้วยยาสมุนไพรและการซื้อยารับประทานเอง เป็นต้น จากชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่ค้นพบในชุมชนแห่งนี้สามารถนำมาออกแบบการจัดบริการสุขภาพและวางแผนส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน, การดูแลตนเอง, ชุมชน

¹อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

³นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม จังหวัดนครพนม

¹Corresponding author: เบญจยามาศ พิทยานต์, E-mail: nongpi3@gmail.com

Life Scenes of the Self-care of Patients with Diabetes Within the Community Context in Northeastern, Thailand

Benjayamas Pilayon, Ph.D.¹

Charoenchai Muenhor, M.N.S.²

Naovarat Senachai, M.N.S.¹

Songkran Nakbun, Ph.D.³

Sukhamabhorn Phuengphasook, M.N.S.¹

(Received: April 15th, 2020; Revised: May 29th, 2020; Accepted: November 18th, 2020)

Abstract

Self-care is an important factor in controlling the occurrence of complications in patients with diabetes (PDs). Those living in communities have various life-scenes of self-care. An objective of this qualitative research was to study life scenes of self-care among PDs. It was a part of a study on the development of a monitoring and personal health care application for a smartphone. Purposive sampling method was used to select informants from a community of northeastern Thailand. There were 65 primary informants, including PDs, caregivers, staff from primary care units, and village health volunteers, and a secondary informant who was the village headman. The data were collected by in-depth interviews, observations, focus group discussions, field notes, and document studies. Data were collected until data saturation was achieved, meaning that no new information was being discovered. Data quality was verified by triangulation from multiple sources, collected by different methods, and presented to the informants to review its accuracy. Content analysis was employed for data analysis. The study results revealed that there were three life scenes contributing to self-care of the PDs, including 1) normal situations in which the PDs usually took care of themselves as much as possible with regard to such things as diet, exercising, taking medicines, and having health check-up appointments; 2) emergency situations in which the PDs would initially take care of themselves and only see a doctor if their symptoms did not disappear; and 3) requiring-to-recover situations in which the PDs would seek additional self-care methods, such as taking herbal medicines and buying medicines without a prescription. These discovered life-scenes of the PDs in this community can be applied to designing health services and planning for self-care promotion among the PDs.

Keywords: diabetes, self-care, community

¹Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University

²Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University

³Public Health Technical Officer, Nakhon Phanom Provincial Health Office, Nakhon Phanom

¹Corresponding author: Benjayamas Pilayon, E-mail: nongpi3@gmail.com

บทนำ

อุบัติการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานของประชากรไทยและทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 2.8 (171 ล้านคน) ในปี พ.ศ. 2000 ได้มีการคาดการณ์ว่าประชากรทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 4.4 (366 ล้านคน) ในปี พ.ศ. 2573 (Wild, Roglic, Green, Sicree, & King, 2004) และองค์การอนามัยโลก ระบุว่าโรคเบาหวานจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 7 ของโลก (World Health Organization, 2017) จากการสำรวจสุขภาพคนไทยในปี พ.ศ. 2557 พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 8.9 โดยในผู้หญิงมีความชุกสูงกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 9.8 และ 7.9 ตามลำดับ) คนอายุน้อยมีความชุกต่ำสุดและเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้นและสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ในผู้ชาย (ร้อยละ 16.1) และผู้หญิง (ร้อยละ 19.2; วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2557) นอกจากนี้ผลการศึกษาในเขตบริการสุขภาพที่ 8 พบประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีอัตราชุกโรคเบาหวานที่จำนวน 243,785 คน (ร้อยละ 6.9) ป่วยเป็นโรคเบาหวานและได้รับการรักษาจำนวน 239,836 คน (ร้อยละ 6.8) ไม่ได้รับการรักษาจำนวน 116,592 คน (ร้อยละ 3.3; คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2557) ซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ผลกระทบสำคัญที่เกิดจากโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดขนาดเล็กและหลอดเลือดขนาดใหญ่ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางไต จอประสาทตา ตาบอด ประสาทส่วนปลายเสื่อม โรคหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง ความรู้สึกลมเพลตลงและภูมิคุ้มกันโรคที่ลดลงทำให้เกิดโรคติดเชื้อได้ง่าย การเสียชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานจากภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองสูงถึงร้อยละ 65 มีความดันโลหิตสูงร้อยละ 73 และมีภาวะไตวายร้อยละ 44 ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทร้อยละ 60-70 เป็นสาเหตุสำคัญของการถูกตัดขาส่วนปลายถึงร้อยละ 60 (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560)

ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวในชุมชน วิถีชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนมีความแตกต่างหลากหลาย ผู้ป่วยและครอบครัวจึงเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ปัจจุบันหน่วยบริการสุขภาพมีหลายแนวทางในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรักษาอย่างต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้อึดต่อการควบคุมโรค จากประสบการณ์ของผู้วิจัยในการร่วมจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมอาหารตามแผนการรักษาได้ทั้งหมด จะมีการควบคุมตามที่ตนเองสามารถทำได้ ผู้ป่วยได้รับความรู้และคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพเป็นอย่างดี แต่ไม่ได้ปฏิบัติตามได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีความจำเป็นที่ต้องจัดการดูแลในหลายลักษณะ สะท้อนว่าชุดความรู้และกลวิธีที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิจะนำมาอธิบายหรือออกแบบการพยาบาลเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงตามบริบทสังคม วัฒนธรรมของแต่ละชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ระดับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

อยู่ในระดับปานกลาง มีหลายตัวแปร เช่น อายุ รายได้ ระยะเวลาป่วย และระดับน้ำตาลในเลือด มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (นุชชญกร คณาภรณ์ทิพย์, 2561) ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนยังควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีพอและอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานมีมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งภาวะไตวาย ความดันโลหิตสูง ตามัว จอประสาทตาเสื่อม แผลที่เท้าและการตัดปลายเท้า เป็นต้น (กมลลักษณ์ พูนศรี และวัชร ศรีทอง, 2560) การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองทั้งในรูปแบบการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มุ่งอธิบายลักษณะของพฤติกรรม การดูแลตนเอง แต่ยังไม่ปรากฏการศึกษาจากชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ดังการศึกษาการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานในบริบทอีสานอธิบายการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรม การดูแลตนเอง (พรภัทรา แสนเหลา, นัฐธัมภาพร ธนปิยวัฒน์, และ ศรีงามลักษณ์ ศรีปวิศร, 2562) การวิเคราะห์สถานการณ์พฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในเขตพื้นที่อีสานใต้ ประเทศไทย (กุลธิดา กุลประทีปปัญญา, เพชรณิ วิริยะสืบพงศ์, รุ่งรังษิ วิบูลย์ชัย, และจิตติมา โกศลวิตร, 2560) ทั้งนี้จากการดำเนินงานที่ผ่านมาของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิร่วมกับชุมชนยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยในแต่ละเหตุการณ์ทั้งในยามปกติ ยามฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ การทำความเข้าใจจากชีวิตในแต่ละเหตุการณ์จะช่วยให้หน่วยบริการสุขภาพนำมาออกแบบการดูแลแก่ผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างเหมาะสม

ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายจากชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ที่จะนำไปสู่การเข้าถึงความรู้ความจริงของวิถีชีวิตแต่ละเหตุการณ์ของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ชุดความรู้ที่ได้จะสามารถนำไปออกแบบวิธีการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในแต่ละเหตุการณ์ รวมทั้งสามารถนำไปปรับเปลี่ยนการจัดบริการสุขภาพเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดนำไปสู่การลดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาจากชีวิตการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตามบริบทสังคมและวัฒนธรรมชุมชนที่ศึกษา

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนภายใต้ชุดโครงการวิจัยพัฒนาแอปพลิเคชันติดตามและดูแลสุขภาพส่วนบุคคลสำหรับผู้ป่วยเบาหวานบนสมาร์ตโฟน มุ่งอธิบายประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน สะท้อนให้เห็นจากชีวิตการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

การเลือกพื้นที่ศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้พื้นที่ศึกษา 2 แห่ง ซึ่งเป็นพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในตำบลเดียวกัน เขตอำเภอเมือง มีบริบทในการดำเนินงานใกล้เคียงกัน ตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียง

เฉียงเหนือ ประเทศไทย มีผู้ป่วยเบาหวาน รวมทั้งสิ้นจำนวน 350 คน มีการจัดบริการสุขภาพที่สำคัญ เช่น ตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป การจัดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับเครือข่ายสุขภาพ การจัดบริการตรวจรักษาในคลินิก การจัดบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน การประสานงานส่งต่อการรักษาระหว่าง รพ.สต. และ โรงพยาบาลจังหวัด เป็นต้น

ผู้ให้ข้อมูล

การศึกษานี้เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive Sampling) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม จำนวนทั้งสิ้น 66 คนคือ

1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรง การดูแลตนเองหรือสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วยผู้ป่วยเบาหวานที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานตั้งแต่ 1 ปีและมีอายุ 35 ปี ขึ้นไป (จำนวน 44 คน) ผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัวหรือผู้ที่บุคคลในครอบครัวจ้างให้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน (จำนวน 4 คน) เจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (จำนวน 2 คน) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. (จำนวน 15 คน) รวมทั้งสิ้นจำนวน 65 คน

2. ผู้ให้ข้อมูลรอง (General informants) กำหนดคุณสมบัติ คือ เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักอ้างถึงว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้จากการบอกต่อจากผู้ให้ข้อมูลหลักว่ามีความเกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน (จำนวน 1 คน) ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานกล่าวถึงผู้ใหญ่บ้านว่าได้มีการประชาสัมพันธ์ประกาศเสียงตามสายกรณีที่มีการตรวจสุขภาพหรือมีกิจกรรมโครงการด้านสุขภาพ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแลในครอบครัว และพยาบาลวิชาชีพ การสนทนากลุ่ม อสม. การสังเกตการณ์ดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวาน และการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. และการศึกษาเอกสารจากข้อมูลของ รพ.สต. เก็บข้อมูลจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว (Saturation) ด้วยการเก็บข้อมูลจากหลายแหล่งหลายบุคคล เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน พยาบาลวิชาชีพ อสม. เป็นต้น จนกระทั่งได้ข้อมูลที่แน่น (Rich) สามารถตรวจได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลจะเกิดซ้ำ ๆ หลังการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นแล้ว ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยที่ได้ไปสอบถามและเติมเต็มกับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการศึกษาวิจัยในคน จังหวัดนครพนม หนังสือรับรองเลขที่โครงการ HE 610006 ลงวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2560 หลังจากได้รับการอนุมัติได้ดำเนินการขอหนังสือขออนุญาตเข้าพื้นที่ มีการดำเนินการตามประเด็นจริยธรรม อย่างเข้มงวดตามประเด็นจริยธรรมตามหลักสากลทั้ง 3 หลักการ ได้แก่ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยได้มีการดำเนินการให้ผู้ให้ข้อมูลเซ็นใบยินยอมและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับการปกปิดข้อมูลและป้องกันการเข้าถึงข้อมูล ด้วยการเก็บในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่าน ข้อมูลที่ได้ไม่มี

การเปิดเผยชื่อ นามสกุลจริง นำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม 2) หลักประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) ตามหลักการนี้ ผู้วิจัยได้ประสานขอรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อระบุผู้ให้ข้อมูลหลัก และประสาน อสม. ติดต่อประสานงานกลุ่มผู้ให้ข้อมูล และขออนุญาตเก็บข้อมูล ตามวัน เวลา สถานที่ ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก โดยผู้วิจัยได้อธิบายประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากงานวิจัย ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีประโยชน์ที่ได้รับคือองค์ความรู้และไม่มีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายแก่ผู้ให้ข้อมูล และ 3) หลักยุติธรรม (Justice) การวิจัยครั้งนี้ได้ให้ความสำคัญกับการให้คุณค่าต่อผู้ให้ข้อมูลโดยไม่เลือกปฏิบัติ ไม่มีการแบ่งแยกกลุ่มชนชั้น เช่น การมีความพิการ ความยากจน ไม่มีผู้ดูแลเจ็บป่วย และระดับการศึกษา เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การพัฒนาเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่สำคัญของการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้วิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการทำงานวิจัยเชิงคุณภาพมาเป็นระยะเวลานานและมีการฝึกทักษะการวิจัยอย่างต่อเนื่องได้มีการกำหนดแนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์เชิงลึก สทนทา กลุ่มแนวทางการสังเกต และแนวทางการวิเคราะห์เอกสารให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย หลังจากเก็บข้อมูลได้มีการใช้ข้อมูลจากบันทึกภาคสนามร่วมกับการถอดเทป จัดทำเป็นตารางสกัดสาระสำคัญของเอกสาร และการบันทึกภาคสนามผู้วิจัยได้เตรียมสมุดบันทึกเพื่อจดบันทึกระหว่างเก็บข้อมูล รายละเอียด ดังนี้

1. ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในงานวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ผ่านการฝึกทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ การกำหนดโจทย์การวิจัย การบริหารจัดการโครงการวิจัย ทักษะการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล การเขียนรายงานการวิจัย เป็นต้น
2. แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแนวคำถามเกี่ยวกับฉากชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง หรือสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย ข้อคำถามสำหรับเจ้าหน้าที่สุขภาพ (จำนวน 11 ข้อ) ผู้ป่วยเบาหวาน (จำนวน 14 ข้อ) และ อสม. (จำนวน 11 ข้อ) ตัวอย่างแนวคำถามสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) คำถามทั่วไป เช่น “ท่านเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานนานเท่าใด” 2) คำถามเชิงกว้าง เช่น “วิธีการรักษาในปัจจุบันของท่านเป็นอย่างไร” และ 3) คำถามเฉพาะประเด็น เช่น “ท่านมีวิธีสนับสนุนให้เกิดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างไร” เป็นต้น
3. แนวทางการสังเกต ได้จากการระดมความคิดกำหนดประเด็นที่ต้องสังเกตของคณะผู้วิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participatory observation) ประกอบด้วย สังเกตสถานะแวดล้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังเกตสิ่งแวดล้อมในชุมชน สังเกตสถานะแวดล้อมที่บ้านและการดูแลของผู้ดูแลที่บ้าน สังเกตการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน สำหรับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participatory Observation) ผู้วิจัยได้ร่วมจัดบริการสุขภาพในคลินิกเบาหวานกับเจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และ อสม. โดยผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการสังเกตในแต่ละประเด็น ระหว่างที่สังเกตได้มีการจดบันทึกภาคสนาม บันทึกประเด็นที่ได้เพื่อนำมาประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล

4. แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สนทนากลุ่ม อสม. โดยมีการกำหนดประเด็น เช่น 1) สถานการณ์ของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ 2) นโยบายและแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ และ 3) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามประสบการณ์ของ อสม. เป็นต้น

5. แนวทางการศึกษาเอกสาร (Document study) ซึ่งเป็นการศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิจากชุมชน (อารีयरณ อ่วมตานี, 2549) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการกำหนดแนวทางสำหรับการศึกษาเอกสารจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) เอกสารระบบฐานข้อมูลของ รพ.สต. (JHCIS) 2) รายงานประจำปีของ รพ.สต. ประกอบด้วย ทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยเบาหวาน สถานบริการที่เข้ารับการรักษาหลัก สถิติการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานผู้แนะนำเข้าสู่พื้นที่ศึกษา (Gate keeper) ซึ่งครั้งนี้คือ อสม. ซึ่งทำหน้าที่ประสานงานนัดหมายผู้ให้ข้อมูลในแต่ละหมู่บ้านล่วงหน้าผู้วิจัยได้ทำการศึกษาข้อมูลจากเอกสารโปรแกรมระบบฐานข้อมูลของ รพ.สต. และรายงานประจำปีของ รพ.สต. เพื่อนำมากำหนดผู้ให้ข้อมูลหลักและนำมาวิเคราะห์ด้วยการจัดทำตารางวิเคราะห์บริบทผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยชุดข้อมูล ประกอบด้วย ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ สถิติการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น หลังจากได้รายละเอียดของผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยได้ประสานงาน อสม. เพื่อนัดหมายผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแลในครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ ใช้สถานที่สัมภาษณ์ใน รพ.สต. หรือบ้านตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายประโยชน์ที่จะได้รับจากงานวิจัย และให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถตัดสินใจว่ายินยอมจะให้ข้อมูลหรือไม่ อธิบายเกี่ยวกับแนวทางการปกปิดความลับของผู้ให้ข้อมูล และการนำเสนอข้อมูลเฉพาะในภาพรวม ผู้วิจัยใช้ภาษากลางในการสื่อสาร แต่ผู้ให้ข้อมูลเลือกที่จะสื่อสารได้ทั้งภาษากลางและภาษาท้องถิ่นระหว่างสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ทำการบันทึกภาคสนาม (Field note) เช่น เส้นทางชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน แผนผังเครือญาติ เขียนบรรยายสภาพแวดล้อมในบ้าน จดประเด็นความคิดเห็นของผู้วิจัยเพื่อละวางความเชื่อเดิมของผู้วิจัย (Backing) ในระหว่างเก็บข้อมูล เป็นต้น การวิจัยครั้งนี้ได้มีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant observation) และสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participant observation) ร่วมกัน (อารีयरณ อ่วมตานี, 2549) ประกอบด้วย จากชีวิตการดูแลตนเอง การจัดเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การออกกำลังกายและการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย การรับประทานยา และการไปตรวจตามนัด เป็นต้น แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาจัดระเบียบข้อมูล ศึกษาและสร้างข้อสรุป (ชาย โพธิ์ลีตา, 2550)

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยมีกลุ่มผู้ให้ข้อมูลคือ อสม. ที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มละ 6 - 10 คน ทำการสนทนากลุ่มจำนวน 2 ครั้ง โดยใช้พื้นที่วัดหรือ รพ.สต. ก่อนเริ่มการสนทนากลุ่มผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขอบอนุญาต

จดบันทึกและบันทึกเสียงภาคสนามระหว่างสนทนามีผู้จรรยาละเอียดของการสนทนาผู้ดำเนินการสนทนาเริ่มต้นตั้งคำถามในประเด็นทั่วไป คือ “ท่านมีประสบการณ์เป็น อสม. มากี่ปี” และตามด้วยคำถามเพื่อให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นร่วมกัน คือ “ภาวะฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีอะไรบ้าง และมีการจัดการดูแลในสถานการณ์ดังกล่าวอย่างไร” ผู้วิจัยจะเน้นให้แต่ละบุคคลที่เข้าร่วมกลุ่มสนทนาได้แสดงความคิดเห็นอย่างทั่วถึงเพื่อหาข้อสรุปร่วมกัน

การตรวจสอบข้อมูล มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มั่นใจในความเชื่อถือได้ของข้อมูลและเพื่อประเมินคุณภาพของข้อมูลการวิจัย Guba and Lincoln (1989) การศึกษาครั้งนี้ได้ตรวจสอบความถูกต้องเชื่อถือได้ของข้อมูลใน 4 ประเด็น ดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) การวิจัยครั้งนี้ได้มีการสร้างความน่าเชื่อถือของการอธิบายข้อสรุปที่ได้ คือ 1) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยเทคนิคแบบสามเส้าของข้อมูล (Data triangulation technique) 3 ประเด็น 1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล โดยมีการเปรียบเทียบข้อมูลความแตกต่างของ 3 ส่วน ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลที่แตกต่างกัน การเก็บห้วงเวลาที่แตกต่างกัน การเก็บข้อมูลในสถานที่ที่แตกต่างกัน ตัวอย่างการใช้เทคนิคแบบสามเส้าในการตรวจสอบข้อมูล เช่น การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อสรุปจากชีวิตการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องในชุมชนจากผู้ให้ข้อมูลหลายกลุ่มทั้งจากผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแล พยาบาลวิชาชีพ ผู้ใหญ่บ้าน อสม. มีการเก็บข้อมูลจากหลายช่วงเวลาตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากหลายสถานที่เช่น สัมภาษณ์เชิงลึกและสังเกตจากชีวิตการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแล สังเกตการจัดบริการสุขภาพในรพ.สต. เป็นต้น 2) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีเก็บข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลากหลายวิธี ได้แก่ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและการศึกษาจากเอกสาร และ 3) การตรวจสอบจากผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล (Member checking) โดยได้มีการดำเนินการนำเสนอผลการวิจัยให้แก่พยาบาลวิชาชีพผู้ป่วยเบาหวานและอสม. รับทราบและผู้ให้ข้อมูลร่วมตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำมาเพิ่มเติมข้อสรุปจากชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานให้สมบูรณ์สอบทานข้อสรุปที่ได้และให้ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

2. ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยเกี่ยวกับฉากชีวิตการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน สามารถนำไปเป็นแนวทางสำหรับปรับระบบบริการสุขภาพทั้งในส่วนของหน่วยบริการสุขภาพ การหนุนเสริมการดำเนินงานจาก อสม. และการสนับสนุนการดูแลตนเองของครอบครัว ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ซึ่งครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาฉากชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมือง

3. ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) การวิจัยครั้งนี้ใช้ผู้วิจัยหลายคนและเก็บรวบรวมหลายวิธี ได้มีการเชื่อมโยงและเปรียบเทียบความคงที่ของข้อมูล ทั้งจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตการสนทนากลุ่ม และการศึกษาเอกสาร นอกจากนี้คณะผู้วิจัยที่มีประสบการณ์การทำวิจัยเชิงคุณภาพได้ร่วมวิเคราะห์สังเคราะห์และสอบทานความถูกต้องของข้อมูล (Peer debriefing) เพื่อลดอคติจากการวิจัย

4. ความสามารถในการยืนยัน (Conformability) ผู้วิจัยได้มีการดำเนินการตามกระบวนการวิจัยที่มีการออกแบบการวิจัยตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้พัฒนาทักษะในการเป็นนักวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การออกแบบกระบวนการถอดบทเรียนของชุมชน การเข้าร่วมและออกแบบการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการฝึกทักษะการจัดการความรู้ที่มีการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้มีการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลจากการถอดบทเรียน การบันทึกภาคสนามและเอกสารของพื้นที่

การวิเคราะห์ข้อมูล ครั้งนี้ใช้แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพของ Miles, Huberman, and Saldana (2014) โดยผู้วิจัยได้บันทึกข้อมูลภาคสนาม จดบันทึกบริบทของสิ่งที่สังเกตเห็น จดบันทึกคำพูดจากผู้ให้ข้อมูล นำมาวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลจากการถอดบทเรียน ข้อมูลจากการศึกษาเอกสาร นำมาตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลนำมาวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลภาคสนามและข้อมูลจากการถอดบทเรียน หลังจากนั้นได้นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ด้วยการจัดระเบียบเนื้อหาข้อมูล นำมาอ่านวิเคราะห์ ทบทวนวิเคราะห์ประเด็นหลัก แยกประเด็น เปรียบเทียบข้อมูล ตีความข้อมูล สร้างข้อสรุป รวบรวมเรื่องราวเขียนปรากฏการณ์โดยใช้ภาษาของเจ้าของประสบการณ์ ตรวจสอบซ้ำ และเขียนเนื้อหาที่ได้

ตารางที่ 1 ตัวอย่างการจัดระเบียบเนื้อหาข้อมูล

ข้อมูล	ประเภทของข้อมูล
“...อาหารก็เป็นปนปลา แจ่วพริกจิ้มผัก มีผัดบ้าง ผัดผัก ผัดแตง ผัดอะไร... แล้วก็แกงจืด แกงอะไรไปก็กินแบบ พุดไม่ได้แต่ถ้ามีอะไรก็กินไปแต่ถ้าบางทีกินแล้วไม่อร่อยก็หยุดกิน อันนี้อร่อยก็กินไป สมมุติจะหมอบไม่ให้กินแกงเผ็ดมัน แต่ถ้าแกงเผ็ดมันอร่อยก็ตัดกรดข้าวนิดหน่อย เราไม่ได้กินเยอะราดข้าวพอประมาณ...”	พฤติกรรมการรับประทานอาหารในยามปกติ พยายามควบคุมเท่าที่ทำได้
“...ออกกำลังกายนิดๆ น้อย วิ่ง เดินเยาะๆ รอบบ้าน รดน้ำทำสวน บางทีทำสวนมันก็ลืมน ไม่ได้วิ่ง บางทีตื่นเช้ามาก็วิ่งก่อน ถ้าทำงานอื่นไปก่อนก็ ลืม...”	ออกกำลังกายและทำงาน

ผลการวิจัย

การศึกษานี้ได้ข้อมูลจากการเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องในระดับชุมชน จากผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 66 คน แบ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเบาหวานที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานไม่เกิน 10 ปี (45 คน) ผู้ดูแลเป็นบุตรของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต เดินลำบากจำเป็นต้องมีผู้ดูแล (2 คน) พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานใน รพ.สต. (2 คน) อสม. ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป (15 คน) และผู้ให้ข้อมูลรอง เป็นทั้งผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์ข่าวสารการตรวจคัดกรอง การจัดบริการเสียงตามสาย (1 คน) ดำเนินการวิจัยด้วยวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การสังเกตการดำเนินงานของบุคลากรทีมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การบันทึกภาคสนาม และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง แล้วนำข้อมูลเพื่อให้ได้มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและจำแนกชนิดข้อมูล พบว่า มีเหตุการณ์ที่นำมาสู่การดูแลตนเองของผู้ป่วย 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) หากชีวิตยามปกติ จะดูแลตนเองเท่าที่ทำได้ 2) หากชีวิตยามฉุกเฉิน จะดูแลตนเองเบื้องต้นและไปพบแพทย์ และ 3) หากชีวิตยามอยากหาย จะแสวงหาวิธีการดูแลรักษาตนเองเพิ่มเติมดังนี้

จากชีวิตที่ 1 ยามปกติ ดูแลตนเองเท่าที่ทำได้ผู้ป่วยเบาหวานที่อาศัยอยู่ในชุมชน ในยามปกติที่มีอาการแทรกซ้อน จะดูแลตนเองเต็มศักยภาพของตนเอง ประกอบด้วย 3 ประเด็น ได้แก่ 1) คุมการกินเท่าที่เสกินได้ (การควบคุมอาหารเท่าที่จะสามารถปฏิบัติได้) ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า

เราก็ควบคุมการกินตามที่หมอบอก แนะนำ หวานอย่ากินเยอะ อาหารมันนะ กินข้าวแะบ (อร่อย) นอนหลับได้ก็กินเยอะอยู่ บางครั้งลูกบอกว่าแม่พอแล้ว บได้ ก็คิดว่าหมอบอกว่าควบคุมอาหารแล้วก็ควบคุมแน่ ก็อยากจะกินจกเล็กจกน้อย (Pt.1)

2) ออกกำลังกาย (ออกกำลังกายและทำงาน) ผู้ป่วยเบาหวานมีการออกกำลังกาย ทำงานบ้าน หรือประกอบอาชีพตามวิถีของตนเอง ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า “...ออกกำลังกายนิดๆหน่อยๆ วิ่ง เดินเยอะๆ รอบบ้าน รดน้ำทำสวน บางทีทำสวนมันก็ลื้ม ไม่ได้วิ่ง บางทีตื่นเช้ามาก็วิ่งก่อน ถ้าทำงานอื่นไปก่อนก็ลื้ม...” (Pt.2)

3) กินอยู่เป็นเวลา ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า

ก็กินข้าวกินยาตามปกติ เที่ยงก็กินปกติ ก็กิน กินให้ตรงเวลา ถ้าไม่ตรงเวลาก็เหนื่อย เหนื่อยสั้น ตัวสั้นเหงื่อออก ก็ต้องมาให้กินปกติข้าว กินข้าวสวยข้าวเจ้า กินข้าวสวยข้าวเหนียวแบบนี้ (Pt.3)

จากชีวิตที่ 2 ยามฉุกเฉิน ดูแลตนเองเบื้องต้นแล้วไปพบแพทย์ กรณีฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนคือ ภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดสูงและภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ โดยในเบื้องต้นผู้ป่วยเบาหวานจะมีวิธีการดูแลตนเอง เช่น ดื่มน้ำหวาน การอมลูกอม ผู้ป่วยจะมีการช่วยตนเองเบื้องต้นก่อนจะเดินทางไปรักษาในโรงพยาบาลหากอาการไม่ดีขึ้น ประกอบด้วย 2 ประเด็น ได้แก่ 1) ไปพบแพทย์เวลาน้ำตาลขึ้นสูงหรือต่ำ ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า

ให้กินน้ำแดงก่อน กินไปแก้วหนึ่งแล้วก็ ไปเจาะเลือดอีก ยังมีอีกก็ให้กินอีกแก้วที่สอง ก็ไม่รู้ว่าเป็นยังไงนะ ก็เลยจิ้มข้างนี้แล้วก็มาจิ้มอีกข้างนี้ เขาก็บอกว่า มันดีขึ้นแล้ว ก็ไปรับยาตามปกติ พอมันดีขึ้นเขาก็ให้ออกมา (Pt.4)

2) มีทักษะการดูแลตนเองก่อนไปโรงพยาบาลผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า

ส่วนใหญ่ก็คือจะเป็นคนไข้ของโรงพยาบาลจังหวัดคะคือเขาจะไปก็จะเรียกรถ แต่บางคนก็เคยมีทักษะการดูแลตนเอง จะดื่มน้ำหวาน ถ้ารู้สึกตัวดีขึ้นแล้วก็จะไปโรงพยาบาล คือ รพ.สต. จะได้เราจะทราบก็ตอนคนไข้มาตรวจกับเราว่ามีอาการแล้วเขาจะเล่าให้ฟัง ว่าเป็นอย่างนี้อย่างนี้ เขาจะไม่มารพ.สต.เขาจะไปโรงพยาบาลจังหวัดเลยคะ เนื่องจากพื้นที่เราใกล้โรงพยาบาลจังหวัด (N1)

ฉากชีวิตที่ 3 ยามอยากหาย จะแสวงหาวิธีการดูแลรักษาตนเองเพิ่มเติมผู้ป่วยเบาหวานที่อาศัยอยู่ในชุมชน มีความต้องการที่อยากจะหายขาดหรือดีขึ้นจากการเจ็บป่วย ในกลุ่มที่ไม่เจ็บป่วยจะแสวงหาวิธีการดูแลตนเองจากเพื่อนที่เจ็บป่วยมาก่อน บางกลุ่มจะฟังสื่อโฆษณา ทั้งจากวิทยุและโทรทัศน์ แล้วจัดหายาด้วยการซื้อยารับประทานเพิ่มจากยาหลัก ออกกำลังกายหลังรับทราบจากสื่อ การใช้ยาสมุนไพร ประกอบด้วย 2 ประเด็น ได้แก่ 1) ถามหมู่ที่เป็นก่อนว่าเฮ็ดจังได้ (ถามวิธีการดูแลกับเพื่อนผู้ป่วยเบาหวานที่เจ็บป่วยมาก่อน) ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า

เขาก็บอกว่าถ้าสมมุติเบาหวานขึ้นเขาแนะนำให้พกลูกอมในกระเป๋า เวลาเบาหวานขึ้นอันดับแรกก็พกลูกอม วันนั้นหาลูกอมแทบตายมีอยู่เม็ดหนึ่งในกระเป๋ามันก็ช่วยได้นะ ก็รู้สึกมันจะดีขึ้นแต่มันก็ไม่ทั้งหมด เพลีย เหนื่อย ไม่มีแรง ไม่รู้ว่ามันขึ้นหรือลงนะแต่รู้สึกเหมือนอะไรนี้แหละ เหมือนปากมันจะแห้งทำนองนี้แหละ เวลาหิว ตอนนั้นน่าจะใช้กินข้าวไม่ตรงเวลา ก็เหนื่อยอะไรนี้แหละเหมือนเราเด็กใหม่ก็ถามคนที่เขาเป็น 10-20 ปี ที่จริงคุณแม่ก็พยายามไม่อยากให้เป็น เพราะไม่อยากกินยาตัวนี้ (Pt.5)

2) หาแนวรักษาเจ้าของ (หาวิธีรักษาตัวเอง) ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า

ช่วงหลังเขาก็จะไปสืบหาข้อมูลเพราะเดี๋ยวนี้สื่อวิทยุ โทรทัศน์เขาได้ไปดูก็จะมาเล่าให้ฟังว่ามันมีการดูแลสุขภาพ เช่น เรื่องการออกกำลังกาย ยาสมุนไพรพื้นบ้านบางตัวที่ช่วยลดน้ำตาล ที่เป็นหญ้าอะไรนะ หญ้าหวาน บางทีเขาก็กินกับกาแฟนะคะ คือ คนไข้ไปรับข้อมูลมาก็มาถามเรา เหมือนกับผสมกับกาแฟ ใช้แทนน้ำตาล เขาก็จะเริ่มหาวิธีดูแลตนเองมากขึ้น จากที่เราจะเป็นคนสอนฝ่ายเดียว (N2)

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลในประเด็นสำคัญตามฉากชีวิต ดังนี้

ฉากชีวิตยามปกติ ผู้ป่วยเบาหวานจัดการดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกาย การทำงานบ้าน ควบคุมอาหารและไปพบแพทย์ตามนัดเต็มศักยภาพที่ผู้ป่วยจะสามารถทำได้ แต่จะมีช่วงที่ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมได้เหมาะสมโดยจะรับประทานอาหารจำนวนมากและจะมีอาหารหวานร่วมด้วย ตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวาน จะรับรู้ว่าคุณเองได้พยายามควบคุมอย่างเต็มที่และตนก็สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติจึงไม่จำเป็นต้องควบคุมตลอดเวลา ทำเท่าที่ทำได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกมลลักษณ์ พุนศรี และวัชร ศรีทอง (2560) ได้อธิบายวิธีการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ทักษะการแก้ปัญหา การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ การใส่ใจที่ถูกวิธี การตรวจสอบสุขภาพด้วยตนเอง และการนำสมุนไพรมาใช้ในการรักษา การศึกษาของนุชชญากร คณาภรณ์ทิพย์ (2561) ซึ่งศึกษาระดับของพฤติกรรมจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จะมีพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหารมากที่สุด ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง และด้านการควบคุมอารมณ์ ตามลำดับ การอธิบายฉากชีวิตของผู้ป่วยในยามปกติ สามารถนำข้อมูลไปออกแบบการสนับสนุนการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับบริบทมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีมุมมองว่าตนเองทำเต็มศักยภาพแต่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษาของกุลธิดา กุลประทีปปัญญา และคณะ (2560) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมไม่ทานอาหารหวานและมันเลยเพียงร้อยละ 1.35 - 9.46 ดังนั้นเจ้าหน้าที่สุขภาพ จึงควรให้คำแนะนำ เช่น วิธีการจัดการหากต้องการรับประทานอาหารหรือผลไม้หวาน วิธีสนับสนุนให้ครอบครัวและ อสม. กำกับติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างสม่ำเสมอ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับหลักการออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางกายที่สามารถเผาผลาญพลังงาน เป็นต้น

ฉากชีวิตยามฉุกเฉิน ในกรณีที่ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดสูงและภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ ผู้ป่วยเบาหวานจะพยายามดูแลตนเองเบื้องต้นและไปพบแพทย์ (เบญจมาศ ศิริกมลเสถียร, 2561) ได้นำเสนอว่าการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำหรือสูง ผู้ป่วยควรมีการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเมื่อเจ็บป่วย โดยจำเป็นต้องมีการประเมินอาการและระดับความรู้สึกตัว หลังการช่วยเหลือตนเองควรมีการประเมินซ้ำ ควรตรวจสอบสาเหตุเพื่อหาแนวทางการกลับเป็นซ้ำ มีการบันทึกข้อมูลส่วนตัว หากนำมาเทียบเคียงกับฉากชีวิตยามฉุกเฉิน จากการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยจะมีการปฐมพยาบาลตนเองในเบื้องต้น เช่น การดื่มน้ำหวาน การอมลูกอม เป็นต้น หากอาการไม่ทุเลาจึงจะเดินทางไปโรงพยาบาล ซึ่งการจัดการของผู้ป่วยจะเป็นการจัดการตนเองตามประสบการณ์ร่วมกับการใช้ความรู้และคำแนะนำที่ได้จากหน่วยบริการสุขภาพ และควรเพิ่มการบันทึกภาวะสุขภาพส่วนตัว วางแผนการจัดการกรณีฉุกเฉินร่วมกับครอบครัวและเจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพ

ฉากชีวิตยามอยากหาย ผู้ป่วยเบาหวานจะแสวงหาวิธีการดูแลรักษาตนเองเพิ่มเติมจากการรักษาตามแพทย์แผนปัจจุบัน เนื่องจากต้องการหายขาด จึงมีบางส่วนไม่ตระหนักถึงผลกระทบในการบริโภคยา

หรืออาหารเสริมที่ไม่ปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (นงนภัทร รุ่งเนย, ศิริพร ครุฑทากศ, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, นงคราญ บุญอึ้ง, และน้ำฝน วชิรตันพงษ์เมธี, 2563) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการเลือกใช้วิธีการดูแลตามสามัญชน การดูแลตามแพทย์แผนปัจจุบันและระบบแพทย์พื้นบ้าน มีการขอคำปรึกษาจากเพื่อนบ้าน ญาติและเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสจากจากโทรศัพท์ จากผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยเบาหวานจะแสวงหาข้อมูลประกอบการตัดสินใจจากการสอบถามผู้ที่เจ็บป่วยมาก่อน หาแหล่งข้อมูลจากสื่อวิทยุและโทรทัศน์นำมาตัดสินใจตามแผนการรักษา เจ้าหน้าที่สุขภาพจึงเฝ้าระวังและติดตาม ให้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกการรักษาในรูปแบบอื่นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีจากชีวิตที่เจ็บป่วยมานานและต้องการหาย

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาจากชีวิตการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานด้วยระเบียบวิธีการวิจัยศึกษาเชิงคุณภาพ จำแนกได้ 3 จากชีวิตคือ จากชีวิตยามปกติ จากชีวิตยามฉุกเฉิน และจากชีวิตยามอยากหาย ข้อค้นพบจากการวิจัยนำไปสู่ข้อเสนอแนะดังนี้

1. ออกแบบกิจกรรมสนับสนุนการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับจากชีวิต เช่น ยามปกติควรเพิ่มกิจกรรมที่สนับสนุนการดูแลตนเองตามรายกรณีให้ครอบคลุม ยามฉุกเฉินควรมีฝึกอบรมการดูแลเบื้องต้นจากผู้ป่วยเบาหวานรายเก่ามาแลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยมีเจ้าหน้าที่สุขภาพให้ข้อมูลการจัดการที่ต้องเพิ่มเติมการจัดทำข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลออนไลน์ และในยามอยากหายเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพและ อสม. ควรติดตามเยี่ยมบ้านและข้อเสนอแนะอย่างใกล้ชิดเกี่ยวกับการรักษาทางเลือกอื่น
2. พัฒนาศักยภาพ อสม. ในการติดตามและจัดทำข้อมูลการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีจากชีวิตฉุกเฉินเกิดขึ้นซ้ำและยามที่ต้องการหาย เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการจัดการดูแลรายกรณี
3. วิจัยการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กมลลักษณ์ พูนศรี, และวัชร ศรีทอง. (2560). *ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบุ ตำบลหนองพลวง อำเภोजักราช จังหวัดนครราชสีมา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการสาธารณสุข). มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- กมลลักษณ์ พูนศรี, และวัชร ศรีทอง. (2560). *ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบุตำบลหนองพลวง อำเภोजักราช จังหวัดนครราชสีมา*. รายงานสืบเนื่องการประชุมสัมมนาวิชาการการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติเครือข่ายบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ 17. (2541-2552). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม.

- กุลธิดา กุลประทีปปัญญา, เพชรมณี วิริยะสืบพงศ์, รุ่งรังษิ วิบูลย์ชัย, และจิตติมา โกศลวิตร. (2560). การวิเคราะห์สถานการณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในเขตพื้นที่อีสานใต้ ประเทศไทย. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4, 19-33.
- คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 8. (2557). *Service Plan แผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. อุดรธานี: มปท.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2550). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- นางณัท รุ่งเนย, ศิริพร ครุฑทาส, เขียวลักษณ์ มีบุญมาก, นงคราญ บุญอึ้ง, และน้ำฝน วชิรตันพงษ์เมธี. (2563). พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(2), 201-210.
- นุชนาฏกร คณาภรณ์ทิพย์. (2561). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพสะ อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 12(2), 60-69.
- เบญจมาศ ศรีกมลเสถียร. (2561). การจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 41(3), 138-149.
- พรภัทรา แสนเหลา, นัฏฐารัณพร ธนปิยวัฒน์, และศรีงามลักษณ์ ศรีปวีรส. (2562). การจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในบริบทของชุมชนอีสาน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(3), 221-229.
- วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรอคเจริญ, กนิษฐา ไทยกล้า, และวราภรณ์ เสถียรนพเก้า. (2557). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมาร. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560*. ปทุมธานี: ร่มเย็น มีเดีย.
- อารีวรรณ อ่วมตานี. (2549). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Miles, M.B., Huberman, M.A., & Saldana, J. (2014). *Qualitative data analysis a methods sourcebook* (3rd ed). New Delhi: Sage.
- Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., & King, H. (2004). Global prevalence of diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 87, 1047-1053.
- World Health Organization. (2017). *Diabetes 2017*. Retrieved from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ใน สถานสงเคราะห์คนชรา จังหวัดนครราชสีมา

สุหทัย โตสังวาลย์, Ph.D.¹

(วันที่ส่งบทความ: 22 มิถุนายน 2563; วันที่แก้ไข: 8 สิงหาคม 2563; วันที่ตอบรับ: 10 สิงหาคม 2563)

บทคัดย่อ

การพักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย เช่น การรับรู้ตราบาปในการพักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา และการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ต่ำ เป็นต้น อย่างไรก็ตามการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ยังมีจำนวนจำกัด และมีการศึกษาเฉพาะในประชากรหญิง ดังนั้นการวิจัยแบบตัดขวางนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราในจังหวัดนครราชสีมา ทำการวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 85 คน ที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 2 แห่ง โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยแบบสั้น (Thai version of the 15-item of Geriatric Depression Scale [TGDS-15]) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .82 และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกแบบย่อ (Thai version of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire [WHOQOL-BREF-THAI]) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .84 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 32.9 ($n=28$) และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 61.17 ($n=52$) นอกจากนี้ยังพบว่า ในภาพรวมคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.583, p < 0.001$) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง โดยผู้สูงอายุที่มีระดับคะแนนของคุณภาพชีวิตสูง จะมีระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้าต่ำ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการพัฒนาและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา มีระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น ซึ่งอาจจะมีส่วนช่วยลดและป้องกันภาวะซึมเศร้าในประชากรกลุ่มนี้

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ, สถานสงเคราะห์คนชรา

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

¹Corresponding author: สุหทัย โตสังวาลย์, E-mail: suhathai@knc.ac.th

The Relationship Between Depressive Symptoms and Quality of Life Among Older Adults Living in Care Homes in Nakhon Ratchasima Province

Suhathai Tosangwarn, Ph.D.¹

(Received: June 22nd, 2020; Revised: August 8th, 2020; Accepted: August 10th, 2020)

Abstract

Living in a care home is associated with depressive symptoms among older adults. Possible factors related to depressive symptoms include the stigma associated with living in a care home and a low level of perceived quality of life. However, there is limited knowledge on the relationship between quality of life and depressive symptoms, with only a study having been conducted among older female adults. Therefore, the purpose of this cross-sectional survey study was to explore the factors associated with quality of life and depressive symptoms among older adults living in care homes in Nakhon Ratchasima province, Thailand. The study was conducted among 85 older adults residing in two care homes. The questionnaires included the Thai version of the 15 item Geriatric Depression Scale (TGDS-15), which had a reliability of .82, and the Thai version of the World Health Organization quality of life questionnaire (WHOQOL-BREF-THAI), which had a reliability of .84. Pearson product moment correlation coefficient was used to analyze the relationship between depressive symptoms and quality of life among older adults. The results of the study illustrated that 32.9% of older adults were experiencing some level of depressive symptoms ($n = 28$) and 61.17% perceived that they had good level of quality of life ($n = 52$). In addition, the results showed a statistically significant negative relationship between quality of life and depressive symptoms among older adults ($r = -0.583$, $p < 0.001$). This illustrates a moderate relationship exists. Wherefore, older adults, who report a high level of quality of life would have a lower level of depressive symptoms. Therefore, organizations related to care homes should develop and promote a good quality of life among the older adults living in the care homes as this will reduce, or prevent, depressive symptoms among this population.

Keywords: quality of life, depressive symptoms, older adults, care home

¹Registered Nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Praboromarajchanok Institute

¹Corresponding author: Suhathai Tosangwarn, E-mail: suhathai@knc.ac.th

บทนำ

ประเทศไทยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากข้อมูลสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ พบว่า ในปี พ.ศ. 2562 มีประชากรผู้สูงอายุสูงถึง 11,136,059 คน คิดเป็นร้อยละ 16.73 ของประชากรทั้งประเทศ โดยได้มีการคาดการณ์ไว้ว่าในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 20 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากข้อมูลสถิติผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุถึง 3,532,115 คน คิดเป็นร้อยละ 16.04 ของประชากรทั้งหมดในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยจังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนผู้สูงอายุ 453,388 คน หรือร้อยละ 17.12 ของผู้สูงอายุทั้งหมดในเขตจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมากเป็นลำดับที่สองของประเทศรองจากจังหวัดกรุงเทพมหานคร (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562)

ผลจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร สภาพสังคมและเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การอพยพย้ายถิ่นของประชากรกลุ่มวัยทำงานจากชนบทสู่เมือง ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่ตามลำพัง ในชนบทเป็นจำนวนมาก ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา เมื่อปี พ.ศ. 2550 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพัง คิดเป็นร้อยละ 7.7 และมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2557 มีจำนวนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 8.7 และเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องถึง ร้อยละ 10.8 ในปี 2560 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563ก) ซึ่งการที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้ชีวิตอยู่ตามลำพังอาจก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมาได้หลายประการ เช่น ขาดผู้ช่วยเหลือหรือดูแลในยามที่เจ็บป่วย ไม่มีเงินใช้จ่ายและเลี้ยงดูตนเอง หรือมีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่มีสาเหตุเกิดจากความเหงาและโดดเดี่ยว (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2561; วงศ์ศิริ แจ่มฟ้า, ศิริรัตน์ จำปีเรือง, และพิมพรรณ เรืองยุทธ, 2562; ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์, 2563)

จากผลกระทบดังที่ได้กล่าวข้างต้นส่งผลให้มีจำนวนผู้สูงอายุบางส่วนตัดสินใจที่จะเข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา หรือถูกส่งตัวมาจากหน่วยงานของรัฐบาล โดยจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า สาเหตุที่ผู้สูงอายุเข้ามาพักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ประกอบไปด้วย ปัญหาทางสุขภาพ (ร้อยละ 32) ปัญหาข้อขัดแย้งภายในครอบครัว (ร้อยละ 27.3) ปัญหาความยากจน (ร้อยละ 25.8) การที่ไม่มีครอบครัว (ร้อยละ 6.3) ความโดดเดี่ยว (ร้อยละ 4.7) และการถูกทอดทิ้งจากครอบครัว (ร้อยละ 3.9) จากเหตุผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีเหตุผลจำเป็นในการเข้ามาพักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรามากกว่าการยินยอมเข้ามาพักอาศัยด้วยความสมัครใจ (Tosangwarn, Clissett, & Blake, 2018a; Tosangwarn, Clissett, & Blake, 2018b)

จากการทบทวนวรรณกรรม อาจสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการที่ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรากับภาวะซึมเศร้าได้ โดยมีรายงานว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา มีภาวะซึมเศร้าสูงถึง ร้อยละ 41.4 (Tosangwarn et al., 2018a) ซึ่งภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการซึ่งมีอาการแสดงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอารมณ์และการรู้คิด ซึ่งบางรายอาจมีความผิดปกติด้านอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า รู้สึกหมดหวัง บกพร่องความจำระยะสั้น (Singhad, 2016) หากภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการรักษา ก็จะส่งผลให้มีอาการที่รุนแรงมากขึ้น จนทำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ของผู้ป่วย

บกพร่อง มีบุคลิกภาพและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งยังทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น มีความเสี่ยงต่อการเกิดทุพพลภาพ และมีความเสี่ยงในการที่จะฆ่าตัวตายอีกด้วย (Singhad, 2016)

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา อาจมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ทั้งจากด้านกรรมพันธุ์หรือปัจจัยทางชีวภาพ เช่น การเปลี่ยนแปลงของระดับสารเคมีในสมอง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ด้านสังคมและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป เช่น กฎระเบียบของสถานสงเคราะห์คนชรา ทำให้ขาดอิสรภาพ สูญเสียบทบาท และปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง (สุจิตรา สมพงษ์ และนางนุช โรจนเลิศ, 2557) ด้านจิตใจ เช่น รู้สึกห่อหุ้ม เสร้า เสียใจ หรือวิตกกังวล ซึ่งมีสาเหตุมาจากการถูกทอดทิ้งของบุตรหลาน ญาติมิตร และขาดผู้ดูแล (สุจิตรา สมพงษ์ และนางนุช โรจนเลิศ, 2557) นอกจากนี้การศึกษาวิจัยที่ผ่านมายังพบว่าความพึงพอใจของผู้สูงอายุในการพักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรายังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอีกด้วย โดยเฉพาะปัจจัยทางด้านสังคม คือ การที่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจน้อยเมื่อเทียบกับปัจจัยด้านอื่น ๆ คือ ร่างกาย จิตใจและสิ่งแวดล้อม (วงพิศตร ภูพันธ์ศรี และพีสสัลลัม ชำรงศักรกุล, 2561) ดังนั้น คุณภาพชีวิตอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจและสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งคุณภาพชีวิตมีองค์ประกอบอยู่ทั้งหมด 4 ด้านด้วยกัน คือ ด้านร่างกาย (Physical domain) ด้านจิตใจ (Psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ซึ่งถ้าหากองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตแต่ละด้านเกิดความไม่สมดุลกัน ก็จะทำให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ และอาจส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ดันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และราณี พรมานะจิรังกุล, 2540) ดังนั้น การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในองค์ประกอบต่าง ๆ เป็นสิ่งที่สำคัญมากต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในบั้นปลาย นอกจากนี้การศึกษาวิจัยในผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในชุมชนสนับสนุนว่าผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีจะมีภาวะซึมเศร้าในระดับที่ต่ำ (วงศ์ศิริ แจ่มฟ้า และคณะ, 2562) ในขณะที่การศึกษาวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในบ้านพักผู้สูงอายุจะรับรู้ถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่ำกว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่กับครอบครัว (Amonkar et al., 2018)

อย่างไรก็ตามยังพบว่า การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรายังมีจำนวนจำกัด และอยู่ในขอบเขตของกลุ่มเป้าหมายที่ไม่สามารถอ้างอิงไปถึงประชากรโดยรวมได้ มีเพียงการศึกษาเฉพาะกลุ่มประชากรหญิงเท่านั้น ดังนั้นการขยายขอบเขตของการศึกษาความสัมพันธ์ดังกล่าวที่ครอบคลุมถึงคุณลักษณะของกลุ่มเป้าหมายที่สามารถอ้างอิงได้ถึงประชากรโดยรวม จะทำให้ได้ข้อมูลในภาพกว้างและเกิดความเข้าใจถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปพัฒนา ปรับปรุงการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราต่อไปได้อย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ในจังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ในจังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) ณ สถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 2 แห่ง ในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีสถานสงเคราะห์คนชราจำนวนมากที่สุดในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากทั้งหมด 4 แห่งในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) ทำการเก็บข้อมูลในระหว่างเดือนตุลาคม 2561 ถึงเดือนมีนาคม 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและชาย ที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ในจังหวัดนครราชสีมา โดยมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าแบบต่อเนื่อง (Consecutive sampling; Setia, 2016) เนื่องจากประชากรมีขนาดเล็ก ซึ่งในขณะที่ทำการศึกษามีผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราทั้ง 2 แห่ง จำนวน 149 คน ทำให้ไม่ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability random sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและยินดีเข้าร่วมงานวิจัย กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือ สัญชาติไทยและมีอายุ 60 ปีขึ้นไปและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ส่วนเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสูญเสียการได้ยินและไม่สามารถสื่อสารด้วยวิธีการอื่น ๆ ได้ มีการเจ็บป่วยร่วมกับการที่ไม่สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ หรือมีปัญหาที่เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม หรือสุขภาพจิตอันส่งผลให้ไม่สามารถให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถามได้ ซึ่งในระหว่างการศึกษาที่มีผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 57.05 ของจำนวนประชากรทั้งหมด มีผู้สูงอายุ จำนวน 64 คน ไม่ผ่านเกณฑ์ในการคัดเลือกเนื่องจากมีภาวะสูญเสียการได้ยินและไม่สามารถสื่อสารด้วยวิธีการอื่น ๆ ได้ (จำนวน 1 คน) อายุต่ำกว่า 60 ปี (จำนวน 1 คน) เจ็บป่วยร่วมกับไม่สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ (จำนวน 19 คน) มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรงอันส่งผลให้ไม่สามารถให้ข้อมูล (จำนวน 31 คน) และปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา (จำนวน 12 คน)

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ก่อนที่จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา (ID: 084/2018) โดยผู้สูงอายุแต่ละคนจะได้รับใบชี้แจงสำหรับผู้ร่วมวิจัย และลงนามยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ ในระหว่างการทำแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมวิจัยอาจมีความตึงเครียดทาง

อารมณ์ ผู้วิจัยแนะนำให้หยุด พักการตอบแบบสอบถามชั่วคราว ให้เวลาในการตอบแบบสอบถามโดยไม่เร่งรัด กรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการอ่านหรือเขียน ผู้วิจัยจะเป็นผู้ที่คอยดูแลช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการตอบแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้แจ้งผู้สูงอายุว่ามีสิทธิในการถอนตัวออกจากงานวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องทำการแจ้งเหตุผล และการยกเลิกเข้าร่วมโครงการดังกล่าวจะไม่ส่งผลกระทบต่อ การบริการที่จะได้รับต่อไปในอนาคตขณะที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ปัญหาสุขภาพปัจจุบัน รายได้ ระยะเวลาในการเข้าพักอาศัย โดยแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปได้รับการพัฒนาจากผู้วิจัย

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยแบบสั้น จำนวน 15 ข้อ (Thai Geriatric Depression Scale [TGDS-15]) ซึ่ง Wongpakaran and Wongpakaran (2012) ได้พัฒนาจาก Yesavage et al. (1982) TGDS-15 เป็นแบบวัดความเศร้าสำหรับให้ผู้สูงอายุตอบด้วยตนเอง โดยพิจารณาความรู้สึกรู้สึกของตนเอง ภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีคำตอบให้เลือก ใช่ และ ไม่ใช่ โดยเกณฑ์การแปลผลคะแนน คือ 0-4 คะแนน หมายถึง ปกติ ไม่มีภาวะซึมเศร้า 5-8 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 9-11 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และ 12-15 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง แบบวัด TGDS-15 ถูกนำไปทดสอบเพื่อหาค่าความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุที่ไม่มีความผิดปกติของความสามารถของสมอง คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .82 (Wongpakaran & Wongpakaran, 2013)

ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกแบบย่อ ฉบับภาษาไทย (Thai version of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire [WHOQOL-BREF-THAI]) จำนวน 26 ข้อ พัฒนาโดยสุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วณิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และราณี พรมานะจิรัฐกุล (2540) จากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (The World Health Organization Quality of Life [WHOQOL]) ซึ่งมีจำนวน 100 ข้อ แบบวัด WHOQOL-BREF-THAI เป็นแบบวัดเพื่อประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของตนเองภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นมาตรการประเมิน 5 ระดับ (5 Rating scales) ดังนี้ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ซึ่งมีเกณฑ์การแปลผล คือ ช่วงคะแนน 26-60 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ช่วงคะแนน 61-95 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ และช่วงคะแนน 96-130 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งคณะผู้พัฒนาแบบวัดนี้ได้ทบทวนและปรับปรุงภาษา โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีความรู้พื้นฐานแตกต่างกัน ก่อนนำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำ ทำเช่นนี้อยู่ 3 รอบ จากการศึกษาพบว่าเครื่องมือดังกล่าวพบว่ามีค่าความเที่ยงตรง (Validity) ที่ดี โดยมีค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ .65 โดยการทดสอบวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84 ซึ่งเป็นค่าความเชื่อมั่นที่ดี (สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ, 2540)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เนื่องจาก แบบวัด TGDS-15 และแบบวัด WHOQOL-BREF-THAI ได้รับการพัฒนาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญจากหลายสาขา เช่น จิตเวชศาสตร์ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ และนักจิตวิทยามีผลการทดสอบคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาที่ดี ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ประกอบกับประชากรที่ศึกษามีขนาดเล็ก ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทดลองใช้เครื่องมือในกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง แต่ได้วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดดังกล่าวจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .77 และ .85 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการพิจารณาและให้การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลงานวิจัยดังกล่าว จากนายกองค์การบริหารจังหวัดนครราชสีมาและหัวหน้าสถานสงเคราะห์คนชราทั้ง 2 แห่ง รวมถึงชี้แจงรายละเอียดที่สำคัญเกี่ยวกับงานวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการดำเนินงาน หลังจากได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่เพื่อให้อำนวยความสะดวกในการคัดเลือกรายชื่อของผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมาะสมตามเกณฑ์การคัดเลือกที่ได้กำหนดไว้ หลังจากที่ได้รับรายชื่อของผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมาะสมตามเกณฑ์ ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์รายละเอียดของการวิจัยให้กับกลุ่มผู้สูงอายุดังกล่าวที่สนใจทราบ และผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามเฉพาะผู้สูงอายุที่สมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์เวลาประมาณ 60-90 นาที ต่อผู้สูงอายุจำนวน 1 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ระดับความถี่ และระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อหาค่าความถี่และร้อยละ และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้า คือ การทดสอบค่าทีแบบตัวอย่างอิสระกัน (Independent t-test) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ .05 (Pallant, 2016)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์จำนวน 85 คน โดยมาจากสถานสงเคราะห์คนชรา แห่งที่ 1 จำนวน 37 คน (ร้อยละ 43.5) และ แห่งที่ 2 จำนวน 48 คน (ร้อยละ 56.5) อายุเฉลี่ย 75.95 ปี ($SD = 7.70$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.5) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.6) สถานภาพสมรส เป็นหม้าย (ร้อยละ 44.7) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60) มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 56.5) โดยมีปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุดคือ ปวด (ร้อยละ 40) พักอาศัย

อยู่ในสถานสงเคราะห์ น้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 58.8) และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 600 บาท (ร้อยละ 71.8) **ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ**

ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า คือ 3.37 ($SD = 3.07$) โดยผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์ คนชรา ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 67) แต่อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์ยังพบว่ามีผู้สูงอายุกว่า ร้อยละ 33 ($n = 28$) ที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา

ระดับภาวะซึมเศร้า	ร้อยละ	จำนวน ($n = 85$)
ปกติ	67.1	57
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	27.1	23
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	2.4	2
มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง	3.5	3

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ($n = 85$) ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตที่ดี คือ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 99.62 คะแนน ($SD = 12.38$) โดยเฉพาะด้านจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ดี แต่อย่างไรก็ตามในด้านของร่างกายและสัมพันธภาพทางสังคม ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตในระดับกลาง ๆ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับคุณภาพชีวิต
ด้านร่างกาย (Physical domain)	26.11	4.53	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ
ด้านจิตใจ (Psychological domain)	23.56	3.87	คุณภาพชีวิตที่ดี
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Social relationship)	10.81	2.23	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ
ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)	31.54	3.94	คุณภาพชีวิตที่ดี
คุณภาพชีวิตโดยรวม	99.62	12.38	คุณภาพชีวิตที่ดี

ความแตกต่างของคุณภาพชีวิตระหว่างผู้สูงอายุที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้า

ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 67 ($n = 57$) และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 33 ($n = 28$) ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมในผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คือ 100.60 ($SD = 8.87$) และผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า คือ 90.07 ($SD = 10.78$) และการทดสอบค่าที พบว่า ค่าคะแนนของคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและมีภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.79, p = .001$)

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรามีความสัมพันธ์ในเชิงลบหรือผกผันหรือตรงกันข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.583$) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง (Pallant, 2016) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา

ตัวแปรที่ศึกษา	ภาวะซึมเศร้า
	<i>r</i>
คุณภาพชีวิตโดยรวม	-.583**
ด้านร่างกาย (Physical domain)	-.342**
ด้านจิตใจ (Psychological domain)	-.634**
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Social relationship)	-.238*
ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)	-.476**

** $p < .01$ และ * $p < .05$

เมื่อแยกเป็นรายด้าน จะพบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า รองลงมาคือด้านสิ่งแวดล้อมและด้านร่างกาย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย ในขณะที่ด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยเช่นกัน (Smarandache, 2016)

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้า รวมทั้งวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ในจังหวัดนครราชสีมา โดยพบว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 67 แต่อย่างไรก็ตามพบว่าผู้สูงอายุถึงร้อยละ 33 ที่ประสบปัญหาภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยก่อนหน้านี้ ที่ได้รายงานความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ร้อยละ 41.4 ในผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (Tosangwarn et al., 2018a; Tosangwarn et al., 2018b) และ ร้อยละ 38.4 ในผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน

สถานสงเคราะห์คนชราในภาคเหนือ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2013) โดยข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรากำลังประสบกับปัญหาภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากหลายสาเหตุ เช่น การเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและโรคเรื้อรัง หรือ การรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับตราใบของการเข้ามาพักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา (Tosangwarn et al., 2018b) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรารับรู้ถึงสถานสงเคราะห์คนชราในแง่ลบ เช่น “คนด้านนอกมองผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์เป็นคนยากจนและอนาถา คำว่าสงเคราะห์มันน่ากลัว” ผู้สูงอายุชาย (Tosangwarn, 2018)

ส่วนผลการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต พบว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราส่วนใหญ่ รับรู้ถึงคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับดี อาจเป็นผลเนื่องมาจากการได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ เช่น อาหาร การจัดกิจกรรมนันทนาการ หรือ การดูแลในยามที่เจ็บป่วย ซึ่งผลงานวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ อัมภัสรา ภาณุชชอบ (2546) ที่ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรานานบางแค และสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรานานบางแค และสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลอยู่ในระดับดี ร้อยละ 48.8 และร้อยละ 73.8 ตามลำดับ (อัมภัสรา ภาณุชชอบ, 2546) สำหรับการศึกษาพบว่าองค์ประกอบในด้านของจิตใจมีการรับรู้ในระดับที่ดี ซึ่งด้านจิตใจเป็นการรับรู้เกี่ยวกับสภาพทางจิตใจของตนเอง ความรู้สึกทางบวกที่มีต่อตนเอง รวมถึงความสามารถในการจัดการทางอารมณ์ (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540)

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับที่ดีเช่นกัน ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมเป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ รอบตัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ความปลอดภัยในสถานที่ การให้บริการแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่สถานสงเคราะห์คนชราเป็นผู้จัดหาให้ (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540) สัมพันธ์กับผลการวิจัยของ วงพัตตร์ ภูพันธ์ศรี และพิศสลัณธ์ ขำรังสรวงกุล (2561) ที่พบว่า ผู้สูงอายุหญิงที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรารู้สึกพึงพอใจกับการให้บริการและการอำนวยความสะดวกของสถานสงเคราะห์ และจากงานวิจัยของนุชาฮิดา เจ๊ะมามะ (2559) ที่ทำศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ความสุขของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในเขตภาคใต้ พบว่า การมีสิ่งแวดล้อมที่ดีหรือการบริการที่ดี เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสุขจากการที่ได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี นอกจากนี้ การรับรู้ในสิ่งแวดล้อมที่ดีอาจมีความสัมพันธ์กับการที่ผู้สูงอายุบางส่วนมาจากครอบครัวที่มีฐานะยากจนถึงร้อยละ 25.8 (Tosangwarn et al., 2018a) ทำให้การเข้ามาพักอาศัยในสิ่งแวดล้อมใหม่ในสถานสงเคราะห์คนชราจึงอาจเกิดความพึงพอใจว่าการอยู่อาศัยในที่อยู่เดิม ทั้งนี้เนื่องจากการอำนวยความสะดวก และการช่วยเหลือต่าง ๆ ของเจ้าหน้าที่

แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุยังรับรู้คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับด้านร่างกายและด้านสัมพันธภาพทางสังคมในระดับกลาง ๆ ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องกับการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยทางร่างกาย เช่น อาการปวด การเดิน การมองเห็นหรือการได้ยิน และมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูงหรือ

โรคเบาหวาน (Tosangwarn et al., 2018a) ส่วนด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่า การใช้ชีวิตอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา มีความจำเป็นต้องใช้สถานที่หลายอย่างร่วมกัน เช่น ห้องน้ำ ห้องนอน หรือ ห้องอาหาร รวมถึงต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบภายในสถานสงเคราะห์คนชรา ทำให้ขาดความเป็นส่วนตัว และอาจนำไปสู่ข้อขัดแย้งของผู้สูงอายุได้ง่าย ด้วยเหตุผลนี้อาจทำให้ผู้สูงอายุรับรู้เกี่ยวกับด้านสัมพันธภาพทางสังคมในระดับกลาง (Tosangwarn, 2018)

ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์ กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้ามีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ซึ่งคุณภาพชีวิตมีความเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบหลายประการ เช่น ด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านจิตใจ (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2540) ดังจะเห็นได้ว่าบุคคลเมื่อมีภาวะซึมเศร้าจะแสดงถึงการมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ เช่น เบื่อหน่าย เสรีาลิ้นหวัง หรือ แสดงความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมการแสดงออก เช่น การแยกตัว อยู่ตามลำพัง ไม่ร่วมกิจกรรมสังคม (Gilbert, 2009) ซึ่งประเด็นดังกล่าวสะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่า เมื่อบุคคลมีภาวะซึมเศร้าย่อมส่งผลกระทบต่อ การรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของตนเอง ซึ่งผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่า คุณภาพชีวิตในด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า รองลงมา คือ ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านร่างกาย ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย ในขณะที่ด้านสิ่งแวดล้อมนั้นมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยมากเมื่อเทียบกับด้านอื่น ๆ อาจเนื่องมาจากการที่ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่มีฐานะยากจนและไม่มีที่พึ่งพา การได้เข้ามาพักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยในการใช้ชีวิตทั้งเรื่องของที่อยู่และอาหาร เป็นเหตุผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมต่ำกว่าด้านอื่น ๆ (Tosangwarn et al., 2018)

ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา มีความสัมพันธ์กันในทิศทางตรงกันข้าม นั่นหมายถึง ผู้สูงอายุที่มีคะแนนของภาวะซึมเศร้าสูงจะมีการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของตนเองต่ำ ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ สานิตย์ ศรีเพชร และคณะ ที่พบว่าระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าที่สูงขึ้นเป็นปัจจัยที่ทำให้ระดับคุณภาพชีวิตลดลง (सानิตย์ ศรีเพชร, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, กมลชนก แสนทวีสุข, เกวลิน พิมพ์พิศนิง, และภาพันท์ ไทยพิสุทธิกุล, 2562) นอกจากนี้ผลการวิจัยครั้งนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ จีราพร ทองดี, ดารารรรณ รองเมือง, และฉันทนา นาคฉัตรีย์ (2555) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะสุขภาพด้านร่างกาย รองลงมาเป็นด้านจิตวิญญาณ และด้านจิตสังคมตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าว จึงอาจเป็นไปได้ว่าคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ในด้านลบกับภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านของจิตใจ ซึ่งเกี่ยวกับการรับรู้ต่อตนเอง เช่น ภาพลักษณ์ ความภาคภูมิใจ ความมั่นใจ ดังนั้น สถานสงเคราะห์คนชรา จึงควรมีการพัฒนาในระดับคุณภาพชีวิตในองค์ประกอบต่าง ๆ โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ ซึ่งอาจจะมีส่วนช่วยส่งเสริมและการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราของจังหวัดนครราชสีมาได้เพิ่มขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

หนึ่งในสามของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรากำลังประสบกับปัญหาภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบว่าการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับภาวะซึมเศร้าของประชากรในกลุ่มนี้ ดังนั้นบ้านพักคนชราต่าง ๆ ควรมีการเพิ่มระบบการพัฒนาให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น ซึ่งอาจมีส่วนช่วยทำให้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีภาวะซึมเศร้าน้อยลงได้ ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไปมีดังต่อไปนี้

1. ควรมีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทยเพื่อใช้ในการเปรียบเทียบและอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรทั้งประเทศได้
2. ควรออกแบบการศึกษาวิจัยระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อให้สามารถทำการติดตามการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ทุก 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี
3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในประชากรกลุ่มนี้
4. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชรา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่กรุณาสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ขอขอบคุณผู้บริหารองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมาและเจ้าหน้าที่สถานสงเคราะห์คนชราที่อนุญาตและอำนวยความสะดวกในระหว่างการศึกษาวิจัย และที่สำคัญขอขอบคุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ที่สนับสนุนงบประมาณในการผลิตผลงานการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2561). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561*. สืบค้นจาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1573033396-261_0.pdf
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). *สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2562*. สืบค้นจาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1580099938-275_1.pdf
- จิราพร ทองดี, ดารารัตน รองเมือง, และฉันทนา นาคฉัตรีย์. (2555). ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(3), 88-99.
- นุรชาฮิดา เจ๊ะมามะ. (2559). *ประสบการณ์ความสุขของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในเขตภาคใต้*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- มานิช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วงพัทตร์ ภูพันธ์ศรี, และพิศสลัณธ์ ชำรงศรีวรกุล. (2561). คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่สถานสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุหญิง. *วารสารจันทร์เกษมสาร*, 24(47), 110-125.
- วงศ์ศิริ แจ่มฟ้า, ศิริรัตน์ จำปีเรือง, และพิมพวรรณ เรืองยุทธ. (2562). ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 11(2), 259-270.
- ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์. (2563). *สังคมสูงวัย: ความท้าทายประเทศไทย*. สืบค้นจาก <http://www.dop.go.th/th/know/3/276>
- สุจิตรา สมพงษ์, และนงนุช โรจนเลิศ. (2557). ความสุขของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในจังหวัดนครปฐม. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(1), 204-218.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563ก). *ผลสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยปี 2560*. สืบค้นจาก <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2561/N10-07-61.aspx>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563ข). *สำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย*. สืบค้นจาก <http://statstd.nso.go.th/definition/projectdetail.aspx?periodId=48&defprodefId=613>
- สถานิตย์ ศรีเพชร, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, กมลชนก แสนทวีสุข, เกวลิน พิมพ์พิศคณี, และภาพันธ์ ไทยพิสุทธิกุล. (2562). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามารับดี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 22(3), 88-99.
- สาวิตรี สิงหา. (2559). การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 18(3), 15-24.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และราณี พรมานะจิริงกุล. (2540). *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อัมภัสรา ภาณุชชอบ. (2546). *การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- Amonkar, P., Mankar, M. J., Thatkar, P., Sawardekar, P., Goel, R., & Anjenaya, S. (2018). A comparative study of health status and quality of life of elderly people living in old age homes and within family setup in Raigad district, Maharashtra. *Indian Journal of Community Medicine*, 43(1), 10-13.
- Gilbert, P. (2009). *Overcoming depression: A self-help guide using cognitive behavioral techniques*. New York: Basic Books.
- Pallant, J. (2016). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (6th ed.). Maidenhead: McGraw-Hill Education.

- Setia, M. S. (2016). Methodology series module 5: Sampling strategies. *Indian Journal of Dermatology*, 61(5), 505-509.
- Smarandache, F. (2016). *Alternatives to Pearson's and Spearman's correlation coefficients*. Retrieved from SSRN Website: <https://ssrn.com/abstract=2725499> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2725499>
- Tosangwarn, S. (2018). *Exploring the factors associated with depressive symptoms and understanding stigma associated with living in a care home among older adults residing in care homes in Thailand*. (Doctoral dissertation). University of Nottingham, Nottingham.
- Tosangwarn, S., Clissett, P., & Blake, H. (2018a). Predictors of depressive symptoms in older adults living in care homes in Thailand. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1), 51-56.
- Tosangwarn, S., Clissett, P., & Blake, H. (2018b). Psychometric properties of the Thai Internalised Stigma Scale (TIS-LCH) for care home residents. *Clinical Gerontologist*, 40(5), 362-368.
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2012). Prevalence of major depressive disorders and suicide in long-term care facilities: A report from northern Thailand. *Psychogeriatrics*, 12(1), 11-17.
- Wongpakaran, T., & Wongpakaran, N. (2013). Detection of suicide among the elderly in a long-term care facility. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1553-1559.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.

การเรียนการสอนแบบออนไลน์ในการศึกษาพยาบาล ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19

พิเชษฐ แซ่โซ้ว, พย.ม.¹

ฐศักรียันนาร, ประ.ด.²

นัฐิยา เพียรสูงเนิน, พย.ม.³

(วันที่ส่งบทความ: 29 เมษายน 2563; วันที่แก้ไข: 11 กรกฎาคม 2563; วันที่ตอบรับ: 10 สิงหาคม 2563)

บทคัดย่อ

การจัดการศึกษาทางการพยาบาลระหว่างการระบาดของ COVID-19 ต้องใช้วิธีการจัดการเรียนรู้ออนไลน์ ซึ่งวิธีการเรียนรู้ออนไลน์ได้มีรูปแบบได้เริ่มขึ้นเพื่อตอบสนองต่อมาตรการทางสังคมที่มุ่งลดการแพร่กระจายของเชื้อ วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกได้ปรับการจัดการเรียนการสอน และได้เลือกแอปพลิเคชันออนไลน์ที่เหมาะสมเพื่อดำเนินการสอนและการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ วัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ออนไลน์คือเพื่อช่วยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมในชั้นเรียน และเพื่อพัฒนาทักษะการพยาบาลของผู้เรียนเพื่อให้บรรลุมาตรฐานและวัตถุประสงค์การเรียนรู้ของหลักสูตรการพยาบาล อาจารย์และผู้เรียนจะต้องมีข้อตกลงร่วมกันในแผนการสอนอย่างเป็นระบบ การเริ่มต้นห้องเรียนออนไลน์ต้องมีการวางแผนที่เหมาะสม เช่น การเตรียมอาจารย์ผู้สอน ผู้เรียน อุปกรณ์และการทำงานที่เหมาะสม การเลือกหลักสูตร วิธีการสอน และกระบวนการสอนออนไลน์ ควรพิจารณาความสามารถของผู้เรียนในการเข้าสู่ระบบการเรียนรู้ออนไลน์ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่แนวทางการเรียนรู้ออนไลน์ในการศึกษาการพยาบาลในช่วงการระบาดของ COVID-19 เนื้อหาประกอบด้วยผลกระทบต่อระบบการศึกษาพยาบาล กลยุทธ์การจัดการเรียนการสอนพยาบาล การเตรียมความพร้อมสำหรับสถาบันการศึกษา ด้านผู้สอน และด้านผู้เรียน โปรแกรมที่ใช้ในการเรียนออนไลน์ ประโยชน์ และข้อจำกัดของการเรียนออนไลน์ และการประเมินตามสภาพจริงในการเรียนแบบออนไลน์

คำสำคัญ: COVID-19, เรียนออนไลน์, พยาบาล

¹ วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ สถาบันพระบรมราชชนก

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ สถาบันพระบรมราชชนก

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

³ Corresponding author: นัฐิยา เพียรสูงเนิน, E-mail: nuttiya@knc.ac.th

Learning and Teaching Online in Nursing Education During the COVID-19 Pandemic

Pishet Sasow, M.N.S.¹

Choosak Yuennan, Ph.D.²

Nattiya Peansungnern, M.N.S.³

(Received: April 29th, 2020; Revised: July 11th, 2020; Accepted: August 10th, 2020)

Abstract

Nursing education management during the outbreak of COVID-19 requires a completely online learning method. Fully online learning methods have been initiated in response to social distancing measures that aim to reduce the spread of the disease. Nursing colleges, under the Praboromajanok Institute, has adapted their learning management and has chosen proper online applications to conduct teaching and learning, both in the theory sessions and nursing practice. The purpose of online learning is to assist the students to participate in classroom activities and to develop their nursing skills to achieve the standards and learning objectives of the Nursing curriculum. Teachers and students must have a mutual agreement on a systematic teaching plan. Initiating online classrooms must have proper planning which includes preparation for instructors, learners, equipment, and proper applications. Course selection, methods, and the process of online teaching should take into consideration the ability of the students to participate in online learning. The purpose of this article is to disseminate the guidelines for online learning in nursing education during the COVID-19 pandemic. The content includes a summary of the impacts on the nursing education system, teaching strategies in nursing, preparing education institutions both instructor and learners, online learning programs, as well as the benefits and limitations of online learning, and authentic assessments of online learning.

Keywords: COVID-19, online learning, nursing

¹Instructor, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Praboromarajchanok Institute

²Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Praboromarajchanok Institute

³Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Praboromarajchanok Institute

³Corresponding author: Nattiya Peansungnern, E-mail: nuttiya@knc.ac.th

บทนำ

การระบาดของเชื้อโรค COVID-19 ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตของประชาชนทั่วโลก โดยประเทศจีนแจ้งต่อองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) ตั้งแต่วันที่ 31 ธันวาคม 2019 ว่าพบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจำนวนมาก ที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสที่ไม่ทราบสายพันธุ์ในหัวฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ภาคกลางของจีน ไวรัสชนิดใหม่นี้มีชื่อปัจจุบันคือ ไวรัสโคโรนา 2019 (Corona virus disease of 2019 [COVID-19]) สามารถทำให้เกิดโรกระบบทางเดินหายใจในมนุษย์และทำให้เสียชีวิตได้ในรายงาน ณ วันที่ 30 มกราคม 2020 พบจำนวนผู้เสียชีวิต 170 รายและพบการติดเชื้อเพิ่มขึ้นใน 18 ประเทศทั่วโลก (Burki, 2020) ในวันที่ 11 มีนาคม 2563 WHO ได้ยกระดับความรุนแรงให้ COVID-19 เป็นโรคติดต่อที่มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก (Roxby, 2020) รายงาน ณ วันที่ 9 เมษายน 2563 พบผู้ติดเชื้อ 1,436,198 ราย เสียชีวิต 85,522 ราย (WHO, 2020) ส่วนในประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อ 2,931 ราย เสียชีวิต 52 ราย (กรมควบคุมโรค, 2563) การระบาดนี้ส่งผลกระทบเป็นวงกว้างในหลาย ๆ ด้าน รวมทั้งด้านการศึกษาและการสาธารณสุข

การแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 เกิดขึ้นได้จากการใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อน้อยกว่า 1-2 เมตร มีการสัมผัสสองต่อสอง น้ำลายเสมหะ การไอจามใส่กัน หรือสัมผัสพื้นผิวสิ่งของที่ปนเปื้อนเชื้อโรคแล้วเอาเข้าปาก จมูกหรือตาของตนเอง (Centers for Disease Control and Prevention, 2020) ทำให้ต้องมีการกำหนดมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อ เช่น การล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่ นานอย่างน้อย 20 วินาที หลีกเลี่ยงการสัมผัสดวงตา จมูก และปาก ใส่หน้ากากป้องกันและงดกิจกรรมร่วมกันของคนจำนวนมาก รักษาระยะห่างทางสังคม (Social distancing) โดยอยู่ห่างจากคนอื่นอย่างน้อย 2 เมตร และแนะนำให้ติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นด้วยระบบออนไลน์ ทำงานจากบ้าน เป็นต้น (กรมอนามัย, 2563) เพื่อเป็นการควบคุมการระบาดของโรคในประเทศไทยคณะรัฐมนตรีมีมติสั่งปิดสถานการศึกษาและให้ปรับการเรียนการสอนเป็นทางออนไลน์ (กระทรวงศึกษาธิการ, 2563) ต่อมารัฐบาลไทยได้ประกาศใช้ พ.ร.ก.ฉุกเฉิน ในระหว่างวันที่ 26 มี.ค. – 30 เม.ย. 2563 เพื่อยกระดับในการดำเนินการควบคุมการแพร่ระบาด (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2563) ส่งผลให้ระบบการศึกษาของไทยต้องเข้าสู่ระบบการเรียนการสอนออนไลน์ (Online learning) อย่างเต็มรูปแบบ

การเรียนออนไลน์เป็นการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีมาช่วยในการสอนและการเรียนสามารถแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ 1) ผู้เรียนเรียนด้วยตนเองเป็นการเรียนเนื้อหาจากสื่อการเรียนด้วยการสื่อสารทางอินเทอร์เน็ต โดยผู้เรียนสามารถเลือกเนื้อหาและกำหนดเวลาเรียนได้ด้วยตนเอง ส่วนผู้สอนมีหน้าที่ออกแบบการเรียนรู้ จัดเตรียมสื่อและกิจกรรมการเรียนไม่ต้องแสดงบทบาทผู้สอนในขณะที่ผู้เรียนกำลังเรียน และ 2) ผู้เรียนเรียนจากผู้สอนแบบออนไลน์โดยผู้สอนสอนเนื้อหาแสดงสื่อการเรียนโดยใช้การสื่อสารทางระบบอินเทอร์เน็ตและการประเมินผลการเรียนในระบบออนไลน์ โดยไม่ได้เผชิญหน้ากับผู้เรียนแต่ยังคงมีปฏิสัมพันธ์แบบทันทีทันใด เช่น ห้องสนทนา (Chat room) การประชุมทางไกลผ่านระบบวิดีโอ (Video conference) เป็นต้น ทั้งนี้ผู้สอนเป็นส่วนสำคัญในการสอนออนไลน์รูปแบบที่ 2 นี้อย่างมาก (ฐาปนีย์ ธรรมเมธา, 2557) การจัดการเรียนออนไลน์สามารถทำได้หลายวิธี เช่น กาญจนา รัตนศิริวิเชียร (2555)

ได้พัฒนาบทเรียนออนไลน์วิชาอัลกอริทึมเบื้องต้น เรื่องการเขียนผังงาน สำหรับนักศึกษาปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง และนิบล ทองชัย (2556) ได้ประยุกต์ใช้สื่อการเรียนออนไลน์ เพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์ในการเรียนรายวิชาภาษาอังกฤษสำหรับวิทยาการคอมพิวเตอร์

จากสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ทำให้ผู้เรียนมีความจำเป็นต้องรักษาระยะห่างทางสังคม จึงต้องเดินทางกลับภูมิลำเนาในระหว่างที่ยังมีการเรียนการสอนอยู่ วิทยาลัยพยาบาลจึงพิจารณาปรับการเรียนการสอนเป็นแบบการเรียนออนไลน์ซึ่งสามารถชดเชยการเรียนในชั้นเรียนปกติได้ ซึ่งวิธีการเรียนนั้นประกอบด้วย ผู้สอน และผู้เรียน มีการเข้าสอนและเรียนตามเวลาที่กำหนดไว้พร้อม ๆ กันทุกคน กิจกรรมการเรียนการสอนได้รับการจัดการจากผู้สอน และวิธีการออนไลน์ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต

ผลกระทบต่อระบบการศึกษาพยาบาล

ผู้เรียนมากกว่า 850 ล้านคนทั่วโลกได้รับผลกระทบจากการปิดสถาบันการศึกษาเนื่องจากการระบาดของ COVID-19 (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2020) ทำให้มีการเรียนการสอนระบบออนไลน์เพื่อให้การศึกษาดำเนินการต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ระบบการศึกษาของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เป็นวิชาชีพที่มีการเรียนการสอนทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยกำหนดมาตรฐานผลการเรียนรู้ 6 ด้าน ที่สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของสาขาพยาบาลศาสตร์ (กระทรวงศึกษาธิการ, 2560) ไว้ดังนี้คือ 1) คุณธรรม จริยธรรม 2) ความรู้ 3) ทักษะทางปัญญา 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6) ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพจากการประกาศปิดสถาบันการศึกษาทำให้การสอนในชั้นเรียนและการฝึกปฏิบัติของทุกรายวิชาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตต้องเปลี่ยนไปเป็นการเรียนแบบออนไลน์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการวัดผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning outcome) ข้อที่ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ข้อที่ 5) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ ข้อที่ 6) ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพซึ่งภายใต้การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนี้ นับว่าเป็นโจทย์ที่ท้าทายระบบการศึกษาของสถาบันการพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่จะจัดการเรียนการสอนอย่างไรเพื่อให้ผู้เรียนบรรลุมาตรฐานผลการเรียนรู้ตามความต้องการของหลักสูตร

การเรียนการสอนพยาบาลในสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19

องค์ประกอบสำคัญที่จะทำให้ประสบความสำเร็จในการจัดเรียนการสอนออนไลน์คือความพร้อมของสถาบันการศึกษา การเตรียมผู้สอน และผู้เรียนให้สามารถใช้ระบบการเรียนการสอนออนไลน์ และการประเมินการเรียนให้เกิดสัมฤทธิ์ผล มีการเตรียมความพร้อมสำหรับสนับสนุนการเรียนการสอนพยาบาลอย่างครบถ้วน

การเตรียมความพร้อมสำหรับสถาบันการศึกษา

การเตรียมความพร้อมสำหรับสถานศึกษาพยาบาลในการปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอนเป็นแบบออนไลน์โดยมีการเตรียมรูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน (กรณีดาตาระหอม, 2562) ได้แก่ 1) ขั้นเตรียมการ 2) ขั้นปฏิบัติ และ 3) ขั้นประเมินผลดังที่ภาณุวัฒน์ วรพิทยเบญจา, จำรัสกลิ่นหนู, และณรงค์ศักดิ์ ศรีสม (2558) ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนาแอปพลิเคชันการจัดการเรียนการสอนในห้องเรียนเสมือนจริงบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ สำหรับกลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โดยใช้กระบวนการดังกล่าวเพื่อแก้ปัญหาข้อจำกัดของระบบบริหารจัดการเรียนการสอน โดยสามารถใช้สมาร์ตโฟนหรือแท็บเล็ตในการเรียนได้ สำหรับสถานศึกษาพยาบาลได้มีการสำรวจเบื้องต้นพบว่าผู้เรียนในสถานศึกษาพยาบาลนั้นส่วนใหญ่มิสามารถใช้สมาร์ตโฟนได้ ในขั้นปฏิบัติขั้นนี้ผู้เรียนสามารถใช้อุปกรณ์เคลื่อนที่ในการเรียนออนไลน์ได้การทบทวนเนื้อหาวิชาเรียน ช่วยให้นักเรียนเข้าใจและสามารถจดจำเนื้อหาวิชาเรียนได้ดียิ่งขึ้น และยึดหลักการประเมินผลที่สอดคล้องกับมาตรฐานการเรียนรู้ เพื่อให้การเรียนการสอนบรรลุวัตถุประสงค์

จากการสรุปปัญหาการใช้งานจริงของผู้เรียนพบว่าการเรียนแบบออนไลน์ มีความต้องการแหล่งเรียนรู้ที่สนับสนุนให้ผู้สอนและผู้เรียน เช่น ระบบสืบค้นด้วยอินเทอร์เน็ต ฐานข้อมูลวิชาการต่าง ๆ และห้องสมุดออนไลน์ ทั้งนี้ UNESCO (2020) แนะนำโปรแกรมและแพลตฟอร์มที่มีความเหมาะสมกับการเรียน รองรับการสื่อสารผ่านวิดีโอ คือ ไลน์ (Line) ชูม (Zoom) กูเกิ้ลมีต (Google Meet) และกูเกิ้ลคลาสรูม (Google Classroom) ซึ่งสนับสนุนให้ผู้สอนและผู้เรียนร่วมกันจัดตารางเรียน กำหนดวิธีวัดประเมินผลในระบบออนไลน์ ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การสอบเก็บคะแนน การสอบวัดผลตลอดจนสนับสนุนผู้สอนทำการสอนจากบ้าน (Teaching from home) อีกด้วย

การเตรียมความพร้อมด้านผู้สอน

การเรียนออนไลน์มีความแตกต่างจากการเรียนในชั้นเรียนในเรื่องบรรยากาศ ลักษณะการสอน และทักษะของผู้สอน ผู้เขียนได้ใช้แนวคิดของ Hampel and Stickler (2005) ที่เสนอแผนภูมิพีระมิดที่แสดงทักษะ 7 ระดับ อธิบายการเตรียมความพร้อมของผู้สอนออนไลน์ดังในแผนภาพ ที่ 1



ภาพที่ 1 แผนภูมิพีระมิด

(ที่มา: Hampel & Stickler, 2005, p.317)

- 1) ความรู้พื้นฐานทางด้านการใช้เทคโนโลยีเป็นทักษะพื้นฐานที่สำคัญในการเรียนออนไลน์ เช่น ความสามารถในการใช้งานคอมพิวเตอร์ทั่วไป โปรแกรมการพิมพ์งาน การนำเสนองาน การใช้อินเทอร์เน็ต
 - 2) ความรู้ด้านการใช้โปรแกรม ผู้สอนต้องมีทักษะในการใช้โปรแกรมเพื่อการสอนออนไลน์ที่หลากหลาย เช่น โน้ตบุ๊ค คุกกี้และคุกกี้คลาสมูว อย่างคล่องแคล่วและสามารถใช้งานได้มากกว่าหนึ่งโปรแกรม เนื่องจากการสอนบางครั้งอาจต้องใช้หลาย ๆ โปรแกรมเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้
 - 3) การจัดการกับข้อจำกัดและความเป็นไปได้ของสื่อที่ใช้ ผู้สอนต้องเตรียมเนื้อหาและสื่อที่เหมาะสมกับโปรแกรมที่ใช้สอนออนไลน์ และรองรับอุปกรณ์ที่ผู้เรียนมี ผู้ที่ใช้สมาร์ตโฟนเรียนควรได้รับความรู้ในระดับเดียวกับผู้ที่ใช้คอมพิวเตอร์ในการเรียน เพื่อเปิดโอกาสการเรียนรู้อย่างเท่าเทียมกัน ทั้งนี้เนื้อหาที่มีความถูกต้อง ทันสมัย น่าสนใจ และมีการจัดลำดับบทเรียนตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้และมีสอดคล้องกับหลักสูตรจะทำให้เป็นสื่อที่มีคุณภาพดีส่งผลดีต่อการเรียนการสอน และช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาในบทเรียนได้ง่ายยิ่งขึ้น
 - 4) การอยู่ร่วมกันทางสังคมออนไลน์ การสร้างบรรยากาศที่น่าเรียน ผู้สอนต้องมีทักษะในการสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง หาแนวทางร่วมกันกับผู้เรียนเรื่องการปฏิบัติตัวขณะเรียน และหาวิธีการกระตุ้นการเรียนรู้ สนับสนุนการอภิปรายและการมีส่วนร่วมของผู้เรียน รวมทั้งแสดงความช่วยเหลือและให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดความมั่นใจและมุ่งมั่นในการเรียนจนบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ของรายวิชา
 - 5) จัดสิ่งสนับสนุนความสามารถด้านการสื่อสาร หมายถึง การจัดช่องทางการสื่อสารให้ผู้เรียนสามารถรับและส่งสารได้อย่างสะดวก เลือกสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้เรียนตลอดจนมีทักษะในการใช้โปรแกรมในการพูดคุยทางออนไลน์ มีการเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์ และผู้ช่วยเหลือทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อสนับสนุนให้การเรียนรู้เป็นไปอย่างราบรื่น
 - 6) การสร้างสรรค์และสร้างตัวเลือกที่ทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างเท่าเทียม ผู้สอนควรออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนออนไลน์อย่างมีประสิทธิภาพ เตรียมช่องทางการเข้าเรียนที่หลากหลายสำหรับผู้เรียนที่อาจอยู่ในพื้นที่ที่มีปัญหาของการเชื่อมต่อระบบอินเทอร์เน็ตให้สามารถเรียนร่วมกันได้ทุกคน
 - 7) การสร้างแนวทางการสอนของตัวเอง เป็นระดับสูงสุดของพิธีมิต โดยผู้สอนสามารถพัฒนาแนวทางการสอนของตนเองสามารถเลือกวิธีการสอน สื่อและกิจกรรมการเรียนการสอนและใช้ทรัพยากรการเรียนการสอนอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งคุณภาพการเรียนการสอนแปรผันตามความสามารถของผู้สอนแต่ละคน
- ทั้งนี้ผู้สอนควรมีการกระตุ้นผู้เรียนเป็นระยะ ๆ มีการจัดลำดับสื่อการสอนและกิจกรรมในบทเรียนออนไลน์ รวมถึงการถ่ายทอดเนื้อหาวิชาที่เหมาะสม (Wheatley, McInch, Fleming, & Lord, 2015) จะส่งผลดีต่อการเรียนของผู้เรียน เช่น การที่ผู้สอนใช้ระบบจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ (Learning management system [LMS]) เข้ามาช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ได้แก่ การมอบหมายงาน การตั้งกระดานสนทนา และการตั้งคำถามหลังจากเรียนจบเนื้อหา นั้น ทำให้ผู้สอนสามารถติดตามผู้เรียนจากการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ได้ การกระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมนี้จะทำให้ผู้เรียนมีทัศนคติที่ดีต่อการเรียนรู้สึกพอใจและชื่นชอบการสอนและบทเรียนออนไลน์ (เกตุม สรรพบุรินทร์ และศราวุฒิ แยมดี, 2559)

กล่าวโดยสรุป คือ ผู้สอนต้องมีทักษะเทคนิคพื้นฐานด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ สามารถนำโปรแกรมที่มีความจำเพาะมาใช้ในการจัดการสื่อการสอน และกระบวนการจัดการเรียนการสอนได้อย่างเหมาะสม เช่น การถ่ายทอดวิดีโอการสอนสามารถเสริมจุดเด่นของการสอน ที่ทำให้ผู้เรียนเห็นทั้งภาพและเสียง นอกจากนี้ผู้สอนควรสื่อสารให้ความรู้แก่ผู้เรียนเรื่องการสื่อสารและการอยู่ร่วมกันทางสังคมออนไลน์ ซึ่งเป็นส่วนเสริมทักษะการสื่อสารของผู้เรียนเพื่อการเรียนออนไลน์ดำเนินได้อย่างราบรื่น

การเตรียมความพร้อมด้านผู้เรียน

การเรียนออนไลน์ผู้เรียนต้องมีการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านเนื้อหาและสื่อการเรียน โดยใช้เทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตในการส่งสารสนเทศและการสื่อสาร ซึ่งถือว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญ ดังนั้นทักษะ ทักษะคิด หรือคุณสมบัติที่ควรเตรียมและปลูกฝังให้กับผู้เรียน คือ 1) ทักษะการใช้คอมพิวเตอร์ และเทคโนโลยีการเรียนรู้จะเกิดขึ้น 2) การตระหนักถึงความสำคัญของการเรียนออนไลน์ 3) ความมีวินัย ตั้งใจที่จะรับความรู้ใหม่ 4) การตั้งเป้าหมายในการเรียนที่ชัดเจน 5) การจัดตารางการทำงาน และการส่งงาน รวมถึงการติดตามการเรียนออนไลน์อย่างสม่ำเสมอ และ 6) การมีความเป็นกัลยาณมิตรกับเพื่อนร่วมเรียนออนไลน์ ช่วยเหลือแก้ไขปัญหาาร่วมกันในด้านเทคนิคการใช้เทคโนโลยี สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยด้านการเตรียมผู้เรียนที่มีผลต่อความสำเร็จในการเรียนออนไลน์ด้านผู้เรียนในระดับมหาวิทยาลัย คือผู้เรียนมีความสนใจและมีความกระตือรือร้นต่อการเรียนออนไลน์ มีความเพียรพยายามที่จะแสวงหาความรู้ใหม่อยู่เสมอ (พชร ลิ้มรัตนมงคล และจิรัชฌา วิเชียรปัญญา, 2556)

โปรแกรมที่ใช้ในการเรียนออนไลน์

โปรแกรมที่ใช้ในการเรียนออนไลน์มีหลากหลายแต่โปรแกรมที่กล่าวถึงในบทความนี้เป็นโปรแกรมที่ผู้สอนและผู้เรียนสามารถใช้ในการเรียนการสอนออนไลน์ ดังนี้

ไลน์ (LINE)

เป็นโปรแกรมด้านการสื่อสารที่สามารถส่งสื่อได้หลากหลาย เช่น ข้อความ ข้อความเสียง เอกสาร PDF เอกสารประกอบการสอน ตลอดจนใช้รวบรวมเอกสารไว้ในระบบ ทำให้สามารถจัดการเรียนการสอนได้ทุกที่ทุกเวลา นอกจากนี้ผู้สอนยังสามารถส่งข้อความถึงผู้เรียนได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม รวมถึงการสนทนาด้วยเสียง และการคุยกันแบบเห็นคู่สนทนา (Video call) รองรับการสนทนามากได้ 200 คน

ซูม (Zoom)

ใช้เป็นวิธีทัศนสอนออนไลน์ได้ สามารถใช้งานได้ทุกที่และทุกอุปกรณ์ ไม่ว่าจะเป็นคอมพิวเตอร์ หรือสมาร์ตโฟนแท็บเล็ตโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรแกรมนี้รองรับผู้เรียนสามารถเข้าร่วมได้สูงสุด 100 คน สามารถเรียนแบบตัวต่อตัวได้ไม่จำกัดจำนวนครั้งการใช้งาน แต่ครั้งสามารถใช้งานได้ 40 นาที แสดงหน้าจอวิดีโอสูงสุด 25 รายการต่อหน้าจอ ช่วยให้ผู้สอนและผู้เรียนมองเห็นกันและกันได้

กูเกิ้ลมีท (Google Meet)

เป็นแอปพลิเคชันสำหรับการเรียนการสอนทางวิดีโอที่ใช้งานง่าย มีความละเอียดสูง สามารถเข้าเรียนได้สูงสุดครั้งละ 250 คน สามารถแชร์ลิงก์ให้เข้าร่วมได้สะดวก รองรับการใช้งานกับอุปกรณ์ที่

หลากหลาย เช่น คอมพิวเตอร์ สมาร์ทโฟน แท็บเล็ต สามารถแชร์หน้าจอ รูปภาพ ไฟล์และข้อความได้นอกจากนี้ยังสามารถบันทึกการสอนเป็นวิดีโอไว้ใน ยูทูป ไดร์ฟได้ และยังทำงานร่วมกับ ยูทูป คลาสรูม สามารถนัดหมายด้วยยูทูป คาร์เลนดาร์ (Google Calendar) ได้อีกด้วย

ยูทูป คลาสรูม (Google Classroom)

เป็นชุดเครื่องมือที่ได้รับการออกแบบมาเพื่อช่วยให้ผู้สอนสามารถสร้างห้องเรียนและบริหารจัดการในรูปแบบของ LMS และเก็บงานไว้ในระบบได้ มีคุณลักษณะที่ช่วยประหยัดเวลา เช่น สามารถทำสำเนาของเอกสาร (Google doc) สำหรับผู้เรียนแต่ละคนได้โดยอัตโนมัติ โดยระบบจะสร้างไฟล์เดสก์ท็อปสำหรับแต่ละงานและผู้เรียนแต่ละคน เพื่อช่วยจัดระเบียบให้ผู้เรียนสามารถติดตามกำหนดส่งงาน และผู้สอนสามารถตรวจสอบที่ดูส่งตรงหรือไม่ตรงเวลาได้ ตลอดจนสามารถแสดงความคิดเห็น ตรวจสอบให้คะแนนจัดการสอบออนไลน์ผ่านยูทูป ฟอรัม (Google Form) และใช้ยูทูปมีตเพื่อใช้เรียนออนไลน์ได้

ในระหว่างการเรียนการสอนออนไลน์ ผู้เขียนได้ศึกษาและเลือกใช้หลายโปรแกรมร่วมกัน กล่าวคือ ใช้โปรแกรมไลน์ เพื่อบันทึกและเวลาเรียนออนไลน์กับผู้เรียน และการแชทส่วนตัวเมื่อเกิดปัญหาการเรียน ใช้ยูทูปมีตในกรณีที่ต้องการเรียนการสอนแบบเรียลไทม์ เช่น การสอนบรรยาย การอภิปราย การประชุมปรึกษาทางพยาบาล และทำการบันทึกวิดีโอที่ความคมชัดระดับความละเอียดสูงไว้ที่ ยูทูป ไดร์ฟ เพื่อให้ผู้เรียนสามารถกลับมาดูย้อนหลังได้อีกด้วย และผู้เขียนยังใช้ยูทูป คลาสรูมเพื่อสร้างห้องเรียนสำหรับการแจกจ่ายเอกสารประกอบการสอน การสนทนา การสร้างกระดานถามตอบ การมอบหมายงาน การตรวจสอบ และการสอบ เป็นต้น โดยผู้เขียนได้มีการวางแผนการจัดการเรียนการสอนอย่างเป็นระบบและพัฒนาแนวทางการสอนของผู้เขียน ดังที่กล่าวไว้ในเรื่องของพีระมิดทักษะ 7 ชั้น ดังกล่าวมาข้างต้น

ประโยชน์และข้อจำกัดของการเรียนออนไลน์

ประโยชน์ของการเรียนออนไลน์

ฐาปนีย์ ธรรมเมธา (2557) ได้นำเสนอประโยชน์ของการเรียนออนไลน์ไว้ดังนี้

1. มีความยืดหยุ่น (Flexibility) ผู้เรียนสามารถเข้าถึงบทเรียนตามความต้องการได้อย่างรวดเร็ว เชื่อมโยงเข้าถึงข้อมูลที่หลากหลายทางอินเทอร์เน็ต ควบคุมการเรียนรู้ของตนในด้านลำดับการเรียน จัดสรรการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับจังหวะการเรียนรู้ของตนเองตามพื้นฐานความรู้และความสนใจ สามารถเลือกเรียนในส่วนที่ต้องการได้โดยไม่จำกัดสถานที่และเวลา อีกทั้งผู้สอนสามารถปรับปรุงเนื้อหาให้ทันสมัยได้อยู่เสมอ
2. ประหยัดเวลา (Time) และค่าใช้จ่าย (Cost) ผู้เรียนสามารถเรียนโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์หรือสมาร์ทโฟน เรียนจากที่ใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องเดินทางไปสถาบันการศึกษาหรือห้องเรียน ทำให้ผู้เรียนประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าที่พัก ค่าอาหาร ค่าวัสดุอุปกรณ์การเรียน อีกทั้งสถาบันการศึกษาสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านค่าอาคารสถานที่ได้อีกด้วย
3. การสื่อสาร (Communication) การเรียนออนไลน์เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ตอบโต้กับผู้สอนและผู้เรียนคนอื่นเพราะการสอนในลักษณะนี้ ผู้สอนจะสามารถตอบคำถามต่าง ๆ ของผู้เรียนได้ทันที เหมือน

การมีปฏิสัมพันธ์กันต่อหน้า เช่น การสนทนา (Chat) การประชุมทางวิดีโอ (Video conference) และการสื่อสารต่างเวลากัน (Asynchronous) เช่น การทิ้งข้อความไว้บนเว็บบอร์ด (Web board) เป็นต้น

ข้อจำกัดของการเรียนออนไลน์

ในขณะที่การเรียนออนไลน์ มีจุดแข็งที่สำคัญและให้การเข้าถึงการศึกษาที่มีคุณภาพ แต่ก็มีข้อจำกัดเช่นกัน โดยแบ่งออกเป็น 5 ประเภท (University of Illinois Springfield, 2020) คือข้อจำกัดด้านเทคโนโลยี ด้านตัวผู้เรียน ด้านแหล่งสนับสนุน ด้านบรรยากาศของการเรียนออนไลน์ และด้านหลักสูตร ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ด้านเทคโนโลยี

1.1 ความเสมอภาคและการเข้าถึงเทคโนโลยี เป็นประเด็นที่ต้องคำนึงถึงเป็นอันดับแรก เนื่องจากการที่ระบบการเรียนออนไลน์จะประสบความสำเร็จนั้น ผู้เรียนจะต้องเข้าถึงระบบและมีการเชื่อมต่อที่ดี เพื่อเข้าร่วมการเรียนอย่างเท่าเทียมกันหากผู้เรียนบางคนใช้โฮมอินเทอร์เน็ต (Home internet) ซึ่งมีความเสถียรและความเร็วในการรับส่งสัญญาณ ในขณะที่ผู้เรียนคนอื่น ๆ ใช้อินเทอร์เน็ตแบบแพ็กเกจที่มีข้อจำกัดในเรื่องปริมาณและความเร็ว จะทำให้เกิดความไม่เสมอภาคในการเรียนการสอนและการเข้าร่วมในโปรแกรมออนไลน์สำหรับผู้เรียนทุกคนในหลักสูตร

1.2 ความรู้คอมพิวเตอร์เพื่อให้สามารถจัดการเรียนการสอนออนไลน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งผู้เรียนและผู้สอนจะต้องมีระดับความรู้คอมพิวเตอร์ที่เพียงพอสามารถใช้คอมพิวเตอร์ค้นหาข้อมูลที่หลากหลายและสามารถใช้งานเว็บไซต์ อีเมล โปรแกรมการเรียนการสอนออนไลน์ได้ และการใช้งานอุปกรณ์ที่หลากหลาย เช่น การใช้งานคอมพิวเตอร์ ร่วมกับแท็บเล็ต หรือสมาร์ทโฟน หากไม่มีความรู้คอมพิวเตอร์ จะทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการเรียนแบบออนไลน์

1.3 ข้อจำกัดของเทคโนโลยี เทคโนโลยีที่ดีและเชื่อถือได้ ถือเป็นส่วนสำคัญในการเรียนออนไลน์หากการเรียนเกิดความขัดข้องด้านการสื่อสารจากเครือข่ายการเชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร จะส่งผลให้ระบบการเรียนการสอนอาจหยุดชะงัก โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทห่างไกลที่อาจมีปัญหของความพร้อมเท่าเทียมกันด้านการสื่อสารและคมนาคม ข้อจำกัดเหล่านี้ อาจทำให้การเรียนออนไลน์ไม่ประสบความสำเร็จได้

2. ด้านตัวผู้เรียน

ผู้เรียนที่มีลักษณะพึ่งพาผู้อื่น ขาดความรับผิดชอบต่อตนเองอาจไม่เหมาะกับการศึกษาแบบออนไลน์ อีกทั้งผู้เรียนที่ขาดอุปกรณ์และความรู้ในการใช้อุปกรณ์ หรือปรับตัวไม่ทันกับหลักสูตรที่ต้องการ ผู้เรียนที่มีทักษะทางด้านการใช้เทคโนโลยีอยู่ในระดับดี ทำให้ผู้เรียนไม่สามารถเข้าถึงประสิทธิภาพของระบบการศึกษาออนไลน์ ดังนั้นความสำเร็จของการดำเนินการเรียนการสอนแบบออนไลน์จึงขึ้นอยู่กับผู้เรียนอย่างมีนัยสำคัญ

3. ด้านแหล่งสนับสนุน

ความสำเร็จของการศึกษาออนไลน์จะถูกลดทอนลง หากผู้สอนไม่สามารถสื่อสารได้ดี ทั้งด้านการพูดและการเขียน รวมถึงไม่สามารถทำให้บรรยากาศการเรียนการสอนเหมือนกับห้องเรียนเสมือนจริงมาก

ที่สุด ตลอดจนมีเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้เรียนสามารถติดต่อผู้สอนได้ง่าย การเชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตเนื่องจากเครือข่ายไม่ดี ขาดการปฏิสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว หรือแม้แต่กิจกรรมบางอย่างที่มีความจำเป็นต้องเจอกันเพื่อการเรียนการสอน ซึ่งเป็นข้อจำกัดสำหรับการเรียนออนไลน์

4. ด้านบรรยากาศของการเรียนออนไลน์

4.1 สภาพแวดล้อมทางออนไลน์ การเรียนรู้ออนไลน์จะมีประสิทธิภาพที่สุดหากผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์ในห้องเรียนเสมือนจริง ควรมีการกำหนดข้อตกลงในการอภิปราย แสดงความคิดเห็น หรือตอบคำถามที่เป็นระบบเพื่อให้ผู้เรียนทุกคนเข้าใจและมีการปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน ซึ่งการจัดลำดับการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้เรียนออนไลน์ ส่งเสริมให้มีการสื่อสารสองทางและการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานการเรียนรู้ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ

4.2 ความเหมาะสมของรายวิชาสอนออนไลน์ในทุกวิชา ในความเป็นจริงแล้วการเรียนการสอนออนไลน์ไม่สามารถตอบสนองความต้องการและเป้าหมายด้านการศึกษาได้ทุกรายวิชา โดยเฉพาะวิชาหรือวิชาชีพที่ต้องมีการใช้ทักษะการปฏิบัติเป็นหลัก เช่น หลักสูตรทางการแพทย์และการพยาบาล ซึ่งเน้นภาคปฏิบัติทางคลินิกที่มีจุดมุ่งหมายในการพัฒนาทักษะปฏิบัติที่ซับซ้อนตามมาตรฐานของวิชาชีพ เพราะต้องคำนึงถึงทักษะอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การตัดสินใจ การคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการ ขอบเขตความรับผิดชอบตามกฎหมาย ซึ่งทักษะเหล่านี้จะปรากฏต่อเมื่อผู้เรียนได้เรียนรู้ในสถานการณ์จริง

5. ด้านหลักสูตร

การปรับแนวทางการประยุกต์ใช้หลักสูตรและวิธีการสอนให้มีการถ่ายทอดเนื้อหาและมีกิจกรรมพัฒนาทักษะ เพื่อให้เกิดสมรรถนะที่พึงประสงค์ตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ ในช่วงการเกิดโรคระบาดนี้ผู้สอนต้องให้ความสำคัญและมีความรอบคอบในการพิจารณาเนื้อหาและกิจกรรม รวมถึงการจัดทำคู่มือการใช้งานหลักสูตรเพื่อกระบวนการพัฒนาพัฒนาสมรรถนะผู้เรียนได้อย่างต่อเนื่อง เตรียมความพร้อมของผู้เรียนในการใช้แอปพลิเคชันกับการเรียนออนไลน์

การประเมินตามสภาพจริงในการเรียนแบบออนไลน์ในช่วงระบาดของ COVID 19

การประเมินผลการเรียนการสอนมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปรับวิธีการประเมินผลการเรียนให้สอดคล้องกับการเรียนแบบออนไลน์และการใช้แอปพลิเคชันที่หลากหลาย ซึ่งเป็นการปรับการเรียนการสอนของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนการประเมินตามสภาพจริง

การวัดประเมินผลนั้นสามารถวางแผนดำเนินการได้ตั้งแต่ก่อนเรียน โดยการวัดการปฏิบัติของผู้เรียนเป็นรายบุคคล โดยนำผลมาวางแผนการเรียนรายบุคคล ทำให้ผู้เรียนได้รู้จักการประเมินตนเอง และวางแผนแก้ไขปัญหาในระหว่างการเรียนรู้ และหลังเรียนเพื่อเป็นการตัดสินผลการเรียนของผู้เรียน (Sisiadngam, Kaenampornpan, & Vilailuck, 2019; Villarroel, Bloxham, Bruna, Bruna, & Herrera, 2018; ชูศักดิ์ ยืนนาน, 2546) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการประเมิน ที่สอดคล้องกับมาตรฐานการเรียนรู้
2. กำหนดขอบเขตของการประเมิน โดยพิจารณากับทักษะ สมรรถนะที่ต้องการให้เกิดกับผู้เรียน
3. กำหนดผู้ประเมิน โดยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการประเมิน ได้แก่ ผู้เรียน ผู้สอน เพื่อนร่วมชั้น การกำหนดเกณฑ์ที่ใช้ร่วมกันกับแนวทางที่ผู้สอนและผู้เรียนได้ออกแบบร่วมกัน เมื่อมีการประเมินโดยใช้เกณฑ์การประเมินและการมอบหมายงาน ผลที่ได้มีการปรับปรุงประสิทธิภาพ ผลงานของผู้เรียนได้อย่างดี

4. เลือกใช้เทคนิคและเครื่องมือในการประเมิน ควรเลือกเครื่องมือประเมินที่หลากหลาย ตรงกับ ลักษณะของการจัดการเรียนการสอนด้วย เช่น การใช้แฟ้มสะสมงานอิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น

5. กำหนดเวลาและสถานที่ที่จะประเมิน เป็นการแจ้งให้ผู้เรียนทราบและเตรียมตัวเข้าสู่การ ประเมิน เช่น การประเมินระหว่างทำกิจกรรม ประเมินผลงานจากการทำกิจกรรม เป็นต้น

6. วิเคราะห์ผลและบริหารจัดการข้อมูลการประเมิน เป็นการนำข้อมูลจากการประเมินมาวิเคราะห์ ตามวัตถุประสงค์ เช่น วิเคราะห์กระบวนการทำงาน ความสมบูรณ์ของชิ้นงาน วิธีการบันทึกข้อมูล และวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

7. กำหนดเกณฑ์ในการประเมิน (Criteria) เป็นการกำหนดเกณฑ์ มีรายละเอียดกำกับระดับ คะแนนของชิ้นงาน ตามลักษณะผลลัพธ์ของการทำงานที่ได้รับมอบหมาย

ขั้นตอนการดำเนินการเรียนการสอนและการประเมินผลมีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือผู้เรียนเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการเรียนการสอน ในการประยุกต์การประเมินผลเรียนรู้เพื่อพัฒนาผู้เรียนภายใต้ กระบวนทัศน์ในเชิงพัฒนาถือได้ว่าการประเมินผลการเรียนตามสภาพจริงมีวิธีการที่สอดคล้องกับการเรียน แบบออนไลน์ การออกแบบการประเมินผลมีความสำคัญต่อการเรียนที่ส่งเสริมการเรียนรู้เป็นรายบุคคล **วิธีการประเมินตามสภาพจริง**

วิธีการประเมินตามสภาพจริงนั้น เป็นการใช้การประเมินตามสภาพจริงจากการแสดงออกหลาย ๆ ด้านของผู้เรียนตามสภาพความเป็นจริงทั้งในและนอกห้องเรียน มีวิธีการประเมินโดยสังเขป ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ, 2557)

1. การสังเกต เป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับการเก็บข้อมูลพฤติกรรมด้านการปฏิบัติการต่าง ๆ ด้านการแสดงความเอื้ออาทร และความเอาใจใส่ ซึ่งผู้เรียนอาจบันทึกภาพเคลื่อนไหวขณะปฏิบัติการ เพื่อส่งให้ผู้สอนประเมินผลการเรียน

2. การสัมภาษณ์ โดยการสอบถามรายบุคคล หรือรายกลุ่ม เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ด้านการคิด สติ ปัญญา และความรู้ และการตอบปัญหาเพื่อแสดงทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า

3. การตรวจงาน เป็นวิธีการที่ได้การประเมินผลรายงานและนำผลไปใช้ให้เกิดประโยชน์โดย ประเมิน 2 ลักษณะ คือ 1) เพื่อการช่วยเหลือผู้เรียน และ 2) เพื่อปรับปรุงการสอนของผู้สอน การรายงาน ตนเองเป็นการให้ผู้เรียนสะท้อนการเรียนรู้ของตนเอง โดยมีการแสดงความรู้ ความเข้าใจ วิธีคิด วิธีทำงาน ความพึงพอใจในผลงาน

4. การใช้บันทึกจากผู้เกี่ยวข้อง เป็นการสะท้อนความคิดเห็นจากผู้ที่มีส่วนร่วมในการประเมินต่อผลการเรียนของผู้เรียน อาจเป็นการบันทึก รายงาน จากการสังเกต จากผู้สอน เพื่อนร่วมชั้น เป็นต้น

5. การใช้ข้อสอบเน้นการปฏิบัติจริง การใช้ข้อสอบที่วัดผลจากการปฏิบัติงาน เป็นการท้าทายให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับของจริง ข้อสอบจึงต้องครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการเรียน

6. การประเมินโดยใช้แฟ้มสะสมงาน เป็นการประเมินการเรียนรู้โดยมีผู้เกี่ยวข้องมาเป็นผู้ร่วมประเมิน การประยุกต์ใช้แฟ้มสะสมงานเป็นแนวทางการรวบรวมผลงานที่หลากหลาย ส่งงานได้หลายช่องทาง และสามารถเก็บรวบรวมชิ้นงานที่หลากหลายไว้ในที่เดียวกัน เช่น พื้นที่เก็บ ภูเก็ต ไดรฟ์ ซึ่งสามารถทำการตรวจได้ง่าย

บทสรุป

การเรียนการสอนออนไลน์จะมีประสิทธิภาพสูงต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านสถาบัน ผู้สอน ผู้เรียนและเครื่องมือที่ใช้สอน ซึ่งการเรียนการสอนออนไลน์มีทั้งประโยชน์และข้อจำกัด ในการศึกษาพยาบาลจึงควรพิจารณาความเหมาะสมกับสภาพการณ์ ทั้งนี้การจัดการเรียนการสอนออนไลน์ในสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 ถือว่าเป็นช่องทางการเรียนการสอนที่เหมาะสมบริบทของสังคม ในขณะนี้เป็นอย่างยิ่ง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ และให้การเรียนการสอนยังคงสามารถดำเนินต่อไปได้ และเป็นช่วงเวลาที่สำคัญของการระบบการเรียนการสอน เพราะทำให้ตระหนักว่าการเรียนการสอนนั้นสามารถเกิดขึ้นได้นอกชั้นเรียนและก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้เรียน

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2563). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>
- กรมอนามัย. (2563). SOCIAL DISTANCING ระยะห่างทางสังคม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกัน COVID-19. สืบค้นจาก https://multimedia.anamai.moph.go.th/infographics/covid19-info_074/
- กระทรวงศึกษาธิการ. (2563). ประกาศกระทรวงศึกษาธิการเรื่องให้สถาบันการศึกษาในสังกัดและในกำกับกระทรวงศึกษาธิการปิดเรียนด้วยเหตุพิเศษ. สืบค้นจาก <https://www.moe.go.th>
- กระทรวงศึกษาธิการ. (2560). มาตรฐานคุณวุฒิระดับบัณฑิตศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์. สืบค้นจาก <http://www.mua.go.th/users/tqf-hed/news/news6.php>
- กาญจนา รัตนธีรวิเชียร. (2555). การพัฒนาบทเรียนออนไลน์ วิชาอัลกอริทึมเบื้องต้น เรื่อง การเขียนผังงาน สำหรับนักศึกษาปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง, 1(1), 99-101.
- กรรณิศา ทาระหอม. (2562). รูปแบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์โดยใช้เทคนิค 6Ts เพื่อส่งเสริม

- ทักษะการอ่านภาษาอังกฤษ สำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 10(1), 79-93.
- เกตุม สระบุรินทร์, และ สราวุฒิ แยมดี. (2559). ทักษะคิดและพฤติกรรมของนักเรียนต่อการใช้บทเรียนออนไลน์ด้วยโปรแกรม Moodle กรณีศึกษาโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. ใน *รายงานการประชุมวิชาการและนำเสนอผลการวิจัย ระดับชาติและนานาชาติ กลุ่มระดับชาติ ด้านการศึกษา*. สืบค้นจาก <http://journalgrad.ssru.ac.th/index.php/5-03/article/view/418>
- ชูศักดิ์ ยืนนาน. (2546). *การพัฒนาแม่แบบเพื่อการจัดเก็บแฟ้มสะสมงานอิเล็กทรอนิกส์ในการประเมินผลการเรียนรู้*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ฐาปนี ธรรมเมธา. (2557). *อีเลิร์นนิ่ง: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ e-Learning: from theory to practice*. กรุงเทพฯ: บริษัท สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- นิลบล ทองชัย. (2556). *การประยุกต์ใช้สื่อการเรียนออนไลน์เพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์ในการเรียน รายวิชาภาษาอังกฤษสำหรับวิทยาการคอมพิวเตอร์ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏ กาญจนบุรี*. สืบค้นจาก eoffice.kru.ac.th/e-research/res_person_detail.php?pid=727
- พชร ลิ้มรัตนมงคล, และจิรัชมา วิเชียรปัญญา. (2556). ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการเรียนออนไลน์ของผู้เรียนโครงการมหาวิทยาลัยไซเบอร์. *รังสิตสารสนเทศ*, 19(2), 54-63.
- ภาณุวัฒน์ วรพิทย์เบญจา, จำรัส กลิ่นหนู, และณรงค์ศักดิ์ ศรีสม. (2558) การพัฒนาแอปพลิเคชันการจัดการเรียนการสอนในห้องเรียนเสมือนจริงบนอุปกรณ์เคลื่อนที่. *วารสารวิชาการคณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง*, 8(2), 58-67.
- สำนักนายกรัฐมนตรี. การประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548. (2563, 25 มีนาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*, 137(ตอนที่ 24 ก), 1-2.
- สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ. (2557). *การวัดและประเมินผลสภาพแท้จริงของนักเรียน*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพมหานคร.
- Burki, T. K. (2020). Coronavirus in China. *The Lancet respiratory medicine*, 8(3), 238. Retrieved from [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30056-4](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30056-4). doi:10.1016/S2213-2600(20)30056-4
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2020, March 20). *How to protect yourself & others*. Retrived from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention.html?fbclid=IwAR3QBjVvzytg591KUylxo19mePS8V6dHyJ6ZVojOxCL0KD7LRHI8iTV1Pos>
- Hampel, R., & Stickle, U. (2005). New skills for new classrooms: Training tutors to teach languages online. *Computer assisted language learning*, 18(4), 311-326.
- Roxby, P. (2020). Coronavirus confirmed as pandemic by World Health Organization. *BBC News*. Retrived from <https://www.bbc.com/news/world-51839944>
- Sisiadngam, W., Kaenampornpan, P., & Vilailuck, S. (2019). Authentic assessment of the musical

instrument practice course in higher education. *Journal of Educational Measurement, Mahasarakham University*, 5(1), 16-27.

University of illinois springfield. (2020). *Strengths and weaknesses of online learning*. Retrieved from <https://www.uis.edu/ion/resources/tutorials/online-education-overview/strengths-and-weaknesses/#weaknesses>

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [Unesco]. (2020). *Half of world's student population not attending school: UNESCO launches global coalition to accelerate deployment of remote learning solutions*. Retrived from <https://en.unesco.org/news/half-worlds-student-population-not-attending-school-unesco-launches-global-coalition-accelerate>

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [Unesco]. (2020). *Distance learning solutions*. Retrived from <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse/solutions>

Villarroel, V., Bloxham, S., Bruna, D., Bruna, C., & Herrera-Seda, C. (2018). Authentic assessment: creating a blueprint for course design. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 43(5), 840-854.

Wheatley, L., McInch, A., Fleming, S., & Load, R. (2015). Feeding back to feed forward: Formative assessment as a platform for effective learning. *Kentucky Journal of Higher Education Policy and Practice*, 3(2), 1-29.

World Health Orgaization [WHO]. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report – 80*. Retrieved from https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200409-sitrep-80-covid-19.pdf?sfvrsn=1b685d64_2

ทวารเทียม: บทบาทพยาบาลและประเด็นสำคัญในการดูแล

ศุภิสรา สุวรรณชาติ, พย.ม.¹

สาดี สายทอง แฮมิลตัน, Ph.D.²

พิชญานัญญ์ แก้วอำไพ, พย.ม.³

สุวิมล มณีโชติ, วท.ม.⁴

(วันที่ส่งบทความ: 14 เมษายน 2563; วันที่แก้ไข: 3 ธันวาคม 2563; วันที่ตอบรับ: 8 ธันวาคม 2563)

บทคัดย่อ

ทวารเทียมเป็นการผ่าตัดนำส่วนใดส่วนหนึ่งของลำไส้เปิดออกทางหน้าท้องเป็นการชั่วคราวหรือถาวร เพื่อลดแรงดันในลำไส้และระบายอุจจาระเหนือตำแหน่งลำไส้ที่อุดตัน ไม่ให้อุจจาระผ่านรอยต่อของลำไส้ หรือทำหน้าที่แทนทวารหนักในผู้ป่วยมะเร็งที่ทำการผ่าตัดต่อลำไส้ไม่ได้ หลังการผ่าตัดทำทวารเทียมผู้ป่วย จะมีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาการขับถ่ายอุจจาระ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจึงควรดูแลให้ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนจนถึงระยะ หลังผ่าตัดเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อผู้ป่วย ในด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัด ได้รับการตอบสนองทางร่างกายจิตใจอารมณ์ สังคม มีความสามารถในการดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดี พยาบาลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ ชนิด ภาวะแทรกซ้อน การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และผลกระทบจากการมีทวารเทียม ตลอดจนบทบาทของพยาบาลและประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มี ทวารเทียม บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอประเด็นสำคัญและแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม จากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมของผู้เขียน

คำสำคัญ: ทวารเทียม, บทบาทพยาบาล, ประเด็นสำคัญการดูแล, การดูแลทวารเทียม

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ สถาบันพระบรมราชชนก

³พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

⁴พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

²Corresponding author: สาดี สายทอง แฮมิลตัน, E-mail: sadeeha@bcnt.ac.th

Intestinal Ostomies: The Role of a Nurse and the Vital Aspects of Essential Care

Supisara Suwanchat, M.N.S.¹

Sadee Saithong Hamilton, Ph.D.²

Phitchayanat Kaewampai, M.N.S.³

Suwimon Maneechote, M.S.⁴

(Received: April 14th, 2020; Revised: December 3rd, 2020; Accepted: December 8th, 2020)

Abstract

An intestinal ostomy is a surgical procedure performed on the intestine to create of an opening through the abdominal wall, temporarily or permanently, to reduce the pressure in the intestine and to excrete the feces above the point of a bowel obstruction, to prevent the feces from passing through an anastomosis site, or to divert enteric contents in patients who have anastomosis insufficiency after the removal of a cancerous tumor. Post intestinal ostomy surgery, most patients face physiological changes related to fecal excretion which affects the patients and their families, resulting in a decrease in their quality of life. Therefore, essential care for these changes should be included during the pre- and post-operational periods of care to ensure effective nursing outcomes for the patients in the following areas: the operational safety; psychological, emotional and social needs response; ability to self-care; and optimal quality of life. Nurses should recognize and understand the indications, classifications, and complications related to an intestinal ostomy, the related physiological changes related to fecal excretion and its effects on the patients: the nurse's roles; and the essential aspects of ostomy care. This academic article presents the vital aspects essential to effectively caring for patients having ostomy based on a review of literature and the authors' experience.

Keywords: intestinal ostomy, the role of a nurse, vital aspects of care, ostomy care

¹Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Praboromarajchanok Institute

²Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Praboromarajchanok Institute

³Registered nurse, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Praboromarajchanok Institute

⁴Registered nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Praboromarajchanok Institute

²Corresponding author: Sadee Saithong Hamilton, E-mail: sadeeha@bcnt.ac.th

บทนำ

ทวารเทียม หรือทวารใหม่ (ออสโตมีย์) หมายถึง การผ่าตัดนำส่วนใดส่วนหนึ่งของลำไส้เปิดออกทางหน้าท้องแบบชั่วคราวหรือถาวรเพื่อแก้ไขปัญหาการขับถ่ายในผู้ป่วยจากการบาดเจ็บของลำไส้ใหญ่หรือมีโรคทางลำไส้ใหญ่จากการติดเชื้อหรือความผิดปกติของการดูดซึม แต่ส่วนใหญ่จะทำในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal cancer [CRC]) โดยบริเวณช่องเปิดลำไส้ส่วนที่โผล่ออกมาจากหน้าท้องเรียกว่า สโตมา (Stoma) การเปลี่ยนแปลงการขับถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ชนิดของทวารเทียม (Ambe, Kurz, Nitschke, Odeh, Möslin, & Zirngibl, 2018) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่มีทวารเทียม ภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญในการเข้าสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคม (วิลาลินี พิพัฒน์ผล และโสฬพัทธ์ เหมรัฐชโรจน์, 2558) มีผลต่อการปรับตัวต่อการมีทวารเทียม

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพให้สามารถก้าวผ่านจุดเปลี่ยนของชีวิต (อนุชา ไทยวงษ์, วิรัตน์ดา สาระโกศ, นุชมาศ บุญมาศ, และพนิดา บุญสุข, 2561) พยาบาลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ ชนิด และภาวะแทรกซ้อนจากการมีทวารเทียม การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและผลกระทบจากการมีทวารเทียม บทบาทของพยาบาลและประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีต่อผู้ป่วยในด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัด ได้รับการตอบสนองทางร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม มีความสามารถในการดูแลตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (คู่ขวัญ มาลีวงษ์ และกัญญดา ประจุศิลป์, 2562) ผู้เขียนได้เขียนบทความนี้ขึ้น โดยอาศัยประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูลวารสารไทย โดยใช้คำสำคัญ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ผลกระทบของการมีทวารเทียม การปรับตัวต่อทวารเทียม ผลลัพธ์ทางการพยาบาล การพยาบาลและคุณภาพชีวิตและฐานข้อมูล CINAHL โดยใช้คำสำคัญ ได้แก่ Stoma, ostomy, ileostomy, colostomy, incidence, management, high output, and nursing outcomes โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอประเด็นสำคัญและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมและครอบครัว

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับทวารเทียม

ชนิดของทวารเทียม (Classifications of Intestinal Ostomy) การแบ่งชนิดของทวารเทียมแบ่งได้หลายชนิด ดังนี้

1. แบ่งตามส่วนของลำไส้ (Part of intestine) ที่นำขึ้นมาเปิดออกทางหน้าท้อง ได้เป็น 2 ชนิด คือ ทวารเทียมโดยใช้ส่วนของลำไส้เล็ก (Ileostomy) และ ทวารเทียมโดยใช้ส่วนของลำไส้ใหญ่ (Colostomy) การตัดสินใจเลือกทำทวารเทียมแต่ละชนิดนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะหรือตำแหน่งของรอยโรคของผู้ป่วยและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น อายุ น้ำหนักตัว เป็นต้น (Ambe et al., 2018) นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงข้อดีและข้อเสีย รวมทั้งโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการทำทวารเทียมทั้ง 2 ชนิดนั้น เช่น ทวารเทียมโดยใช้ส่วนของลำไส้ใหญ่ มีข้อดี คือ มีการทำลายของผิวหนังน้อยกว่าและไม่มีการสูญเสีย

หรืออิเล็กทรอนิกส์ เนื่องจากอาการค่อนข้างแข็ง แต่มีข้อเสียคือ อาการมีกลิ่นแรงจากการทำงานของแบคทีเรียในลำไส้ ในขณะที่ทวารเทียมโดยใช้ส่วนของลำไส้เล็ก มีข้อดีเหมือนกัน แต่มีข้อเสีย คือ การสูญเสียน้ำหนักหรืออิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น

2. แบ่งตามระยะเวลาที่ทำทวารเทียม มี 2 ชนิด คือ การทำผ่าตัดให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระทางทวารเทียมชนิดชั่วคราว (Temporary) ระยะเวลาเป็นสัปดาห์ เดือน หรือปีก็ได้ และชนิดถาวร (Permanent) ซึ่งต้องทำไว้ตลอดชีวิต การเลือกทำทวารเทียมแบบชั่วคราว หรือถาวรมักขึ้นอยู่กับโอกาสในการนำลำไส้ลงไปตัดต่อและเย็บปิดภายหลัง (Ambe et al., 2018) อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาในโรงพยาบาลหลายแห่งพบว่าร้อยละ 19 ของทวารเทียมแบบชั่วคราวไม่สามารถนำลำไส้กลับไปตัดต่อได้ภายหลัง ด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้ 1). ผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 65 ปี 2). มีโรคร่วม 3). มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 4). มีภาวะรอยต่อของลำไส้ใหญ่หรือไส้ตรงรั่วซึม 5). เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย (Stage IV) หรือ 6). มีการกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง (Zhou, Wang, Li, Wang, & Fu, 2017) ดังนั้น พยาบาลจะต้องให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติในประเด็นความเสี่ยงที่จะมีทวารเทียมอย่างถาวรแทนที่จะเป็นแบบชั่วคราวตามที่วางแผนไว้

3. แบ่งตามวิธีการผ่าตัดในการนำส่วนของลำไส้เปิดออกทางหน้าท้อง เป็น 4 แบบ ได้แก่

3.1 แบบ Loop (Ileostomy or colostomy) เป็นการยกลำไส้ขึ้นมาไว้บนหน้าท้องเป็นรูปห่วง แล้วใช้สายยางรองรับลำไส้ไว้ไม่ให้ผลุบกลับคืนเข้าไปในช่องท้อง มักทำในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งส่วนใหญ่จะทำเป็นแบบชั่วคราว และจะเห็นช่องเปิดของลำไส้เพียง 1 ช่อง

3.2 แบบ End (Ileostomy or colostomy) การผ่าตัดนำลำไส้ส่วนต้นมาเปิดให้อุจจาระออก โดยอาจมีการเย็บปิดลำไส้ส่วนปลายให้อยู่ในช่องท้องโดยไม่ตัดทวารหนักออก (Hartmann's operation) หรือตัดลำไส้ส่วนปลายทิ้ง และเย็บปิดฝีเย็บ (Abdomino-perineal resection [A-P resection])

3.3 แบบ Double barrel เป็นการตัดลำไส้และยกขึ้นมาเปิดทางหน้าท้อง เป็น 2 ช่องแยกจากกัน โดยรูเปิดส่วนต้นเป็นทางออกของอุจจาระ รูเปิดส่วนปลายเป็นทางออกของ Mucus ส่วนมากจะทำให้ลำไส้ใหญ่ส่วนขวางแบบชั่วคราว เพื่อให้ลำไส้ใหญ่ส่วนล่างที่มีปัญหาเช่น อักเสบ ติดเชื้อหรือมีการผ่าตัดได้พักจนกว่าจะหายดีก่อนที่จะนำกลับลงไปใหม่

3.4 แบบ Kock continent ileostomy จะมีถุงเก็บอุจจาระ (Kock pouch) ที่มีที่ปิดรูเปิด (A stop valve of kock pouch) ซึ่งช่วยป้องกันการรั่วซึมของอุจจาระ และสามารถเปิดระบายอุจจาระได้เมื่อต้องการ ทำให้ไม่ต้องใช้ถุงรองรับอุจจาระตลอดเวลา ผู้ที่มีทวารเทียมแบบนี้มีความพึงพอใจต่อการมีทวารเทียมค่อนข้างสูงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Ambe et al., 2018)

ภาวะแทรกซ้อนจากการมีทวารเทียม

การมีทวารเทียมทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยได้ 2 ลักษณะ คือ ภาวะแทรกซ้อนของช่องเปิดลำไส้ และภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ (ณัฐวรรณ วรรณรักษะเจริญ, 2558)

1. ภาวะแทรกซ้อนของช่องเปิดลำไส้ ได้แก่

1.1 ลำไส้เน่าตายจากการขาดเลือด อาจเกิดจากหลอดเลือดที่เลี้ยงลำไส้เล็กขาด ลำไส้ส่วนที่นำมาทำช่องเปิดถูกยกจนตึงเกินไป หรือถูกรัดจากพังผืด

1.2 ภาวะเลือดออก หากพบในระยะแรกหลังผ่าตัด มักมีสาเหตุมาจากการห้ามเลือดของเส้นเลือดเล็กๆ ของเยื่อลำไส้ขณะผ่าตัดไม่ดีพอ ในระยะหลัง มักเกิดจากการบาดเจ็บจากการใช้ถุงขนาดไม่เหมาะสม การใช้หัวสวน หรือการถูกระแทก

1.3 ภาวะช่องเปิดลำไส้ถูกดึงรั้งเข้าไปในช่องท้อง เป็นการยุบตัวของทวารเทียมต่ำกว่าระดับผิวหนัง อาจเกิดจากไม่สามารถดึงลำไส้ส่วนที่จะทำทวารเทียมให้ยาวพอ หรือลำไส้มีความตึงมาก ลำไส้ขาดเลือดและเน่าตาย หรือผู้ป่วยอ้วนขึ้นทำให้ผนังหน้าท้องหนาขึ้น

1.4 ภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติเป็นภาวะที่ลำไส้ส่วนที่นำมาทำทวารเทียมยื่นออกมาเวลาผู้ป่วยเบ่ง และหดกลับเองหรือดันกลับเข้าไปได้

1.5 ภาวะช่องลำไส้ตีบ เป็นการตีบแคบของรูเปิดทวารเทียม สาเหตุจากช่องลำไส้ที่เปิดออกทางหน้าท้องเน่าตายจากการขาดเลือดมาเลี้ยง การติดเชื้อ การอักเสบที่เกิดจากการฉายรังสี การใช้อุปกรณ์และการดูแลไม่ถูกต้อง ทำให้ลำไส้เกิดแผลและเกิดพังผืดรัดทำให้เกิดการตีบแคบ

1.6 ภาวะไส้เลื่อน เป็นภาวะที่ลำไส้ยื่นออกจากช่องท้องมาคงอยู่ที่ใต้ผิวหนังรอบทวารเทียม สาเหตุจากการผ่าตัดทำช่องเปิดใหญ่เกินไปหรือจากการที่ผู้ป่วยมีผนังหน้าท้องอ่อนแอ

1.7 รอยเย็บระหว่างลำไส้เปิดทางหน้าท้องกับผิวหนังแยก เป็นภาวะที่พบรอยเย็บของลำไส้ส่วนที่นำมาเปิดหน้าท้องแยกออกจากผิวหนัง

2. ภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ ได้แก่

2.1 Ulceration คือการเกิดแผลที่ช่องเปิด มีสาเหตุมาจากเทคนิคการปิดถุงไม่ถูกต้อง

2.2 Skin excoriation เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นบนผิวหนังรอบทวารเทียม ส่วนใหญ่เกิดจากการระคายเคือง มีอาการคัน เกิดรอยแดง อาจเป็นผื่นและเกิดแผลลึกได้

2.3 Folliculitis เป็นการอักเสบของรูขุมขน เกิดจากการโกนขนรอบ ๆ ทวารเทียมบ่อย ๆ หรือเกิดจากการลอกถุงอย่างไม่ระมัดระวัง ทำให้เชื้อเข้าสู่ร่างกายเกิดการอักเสบได้

2.4 Mechanical trauma เกิดจากการลอกถุงอย่างรุนแรงหรือไม่ถูกวิธีทำให้ผิวหนังได้รับบาดเจ็บเป็นแผล

ผลกระทบจากการมีทวารเทียม

การมีทวารเทียมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคมจากการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาของการขับถ่ายและช่องทางการระบายอุจจาระ มีรายละเอียดดังนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย

ผลกระทบของการมีทวารเทียมด้านร่างกายเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา 2 ประการ ได้แก่ การลดลงของพื้นที่ผิวในการดูดซึมอาหารและสารน้ำและการสูญเสียความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การลดลงของพื้นที่ผิวในการดูดกลืนส่วนใหญ่พบในการทำทวารเทียมโดยใช้ส่วนของลำไส้เล็กหรือลำไส้ใหญ่ส่วนต้นซึ่งมีหน้าที่ในการดูดกลืนน้ำหรือของเหลว อุจจาระที่ออก

มาทางทวารเทียมในส่วนนี้จะค่อนข้างเลว มีส่วนผสมของน้ำดีและมีปริมาณมาก ทำให้เกิดการการสูญเสียสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ดังนั้นในระยะแรก จะต้องเฝ้าระวังและแก้ไขภาวะขาดน้ำและอิเล็กโทรไลต์อย่างใกล้ชิด นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของความยาวของลำไส้เล็กยังอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการได้ (Ambe, et al., 2018) จากการที่ลำไส้เล็กส่วนปลายมีหน้าที่ในการดูดซึมสารอาหารทั้งคาร์โบไฮเดรต โปรตีนและไขมัน (Kanaghinis, Lubran, & Coghill, 1963)

ความรุนแรงของการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอขึ้นอยู่กับตำแหน่งของลำไส้ที่ได้รับการผ่าตัดออกไป การมีหรือไม่มี Ileocecal valve หรือลำไส้ใหญ่เหลืออยู่หรือไม่ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพิจารณาให้สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เช่น โซเดียม และโพแทสเซียม รวมทั้งการให้สารอาหารทดแทนทางหลอดเลือดดำตามความรุนแรงของการขาดสารอาหาร สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ของผู้ป่วยแต่ละราย (Ambe et al., 2018) ในขณะที่ผู้ที่มีการทวารเทียมโดยใช้ส่วนของลำไส้ใหญ่จะมีปัญหาในประเด็นนี้ค่อนข้างน้อย แต่จะมีปัญหาเรื่องกลิ่นของอุจจาระมากกว่า เนื่องมาจากการย่อยสลายกากอาหารของแบคทีเรียในลำไส้ใหญ่ (Ambe et al., 2018) นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาจากการทำทวารเทียมอีกอย่างหนึ่งที่มีผลกระทบทางด้านร่างกายค่อนข้างมากคือ การสูญเสียความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย อุจจาระจากการที่ส่วนปลายของลำไส้ที่ใช้ในการทำทวารเทียมไม่มีกล้ามเนื้อหูรูด และไม่มีเส้นประสาทรับความรู้สึกเหมือนทวารหนัก ทำให้มีอุจจาระออกมาตลอดเวลาและจำเป็นต้องใช้ถุงรองรับอุจจาระทางหน้าท้อง (Blevins, 2019)

ผลกระทบด้านจิตสังคม

ผู้ที่มีการทวารเทียมจะมีการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าเป็นวิกฤตการณ์ครั้งใหญ่ในชีวิต สูญเสียความมั่นใจในตนเอง รู้สึกไม่ปลอดภัย กลัวการแสดงออกของบุคคลรอบข้าง กลัวว่าจะไม่มีคนยอมรับ โดยเฉพาะคู่สมรส (ยุวรัตน์ ม่วงเงิน, 2558) มีความวิตกกังวลร้อยละ 35 และมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10 จากการที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายและการพาลมได้ หรือมีการรั่วซึมของอุจจาระทำให้มีกลิ่น (วิลาสินี พิพัฒน์ผล และโสฬพัทธ์ เหมรัญชโรจน์, 2558) จากเหตุดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการเข้าสังคม กลัวการเข้าสังคม โดยจะลดหรืองดออกสังคมทำยที่สะดวกจะปลีกตัวออกจากสังคมและครอบครัว ไม่อยากออกไปนอกบ้าน ในบางรายอาจจะลาออกจากงาน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจ (ชนิกานันท์ สันต์ 2558; บุศรา ชัยทัศน, 2559) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Von-Klaassen et al. (2016) พบว่าผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนอื่นเนื่องมาจากการมีทวารเทียมทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง โดยที่ครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์มีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีความมั่นใจในการจัดการแก้ปัญหาต่าง ๆ

บทบาทของพยาบาลและประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ที่มีทวารเทียม

พยาบาลมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ที่มีทวารเทียมในประเด็นการดูแลที่สำคัญและจำเป็นตั้งแต่ระยะก่อนจนถึงระยะหลังผ่าตัด รวมทั้งการฝึกทักษะผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อเตรียมผู้ป่วยให้สามารถใช้ชีวิตกับทวารเทียมได้เมื่ออยู่ที่บ้าน

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ที่มีทวารเทียม (Ostomy Care and Management: Nurse's Role)

พยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมให้สามารถปรับตัวและยอมรับการมีทวารเทียม โดยสามารถจำแนกประเภทของกิจกรรมการดูแลดังนี้ (จันทร์ทิรา เจริญชัย, 2559; จุฑารัตน์ สว่างชัย และศรีสุดา งามจำ, 2560; นิศรา จินอยู่, 2558; เอมปภา ปรีชา ชีรศาสตร์, 2560)

1. ประเมินและสังเกตอาการผู้ป่วย (Determine) เช่น การประเมินความเจ็บปวด การประเมิน ลักษณะของรูเปิดทวารเทียม (Stoma)
2. ให้การพยาบาลตามบทบาทของพยาบาล (Perform) เช่น การเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ การดูแล ให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและสารน้ำอย่างเพียงพอ
3. สอนและให้คำปรึกษา (Inform) เช่น การสอนและสาธิตการประเมินรูเปิดทวารเทียม หรือการ สอนการเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ เป็นต้น
4. ส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย การแสดงความเห็นอกเห็นใจ การสนับสนุนให้กำลังใจ (Attend) เช่น การแสดงความเข้าใจในการปฏิเสธหรือไม่ยอมรับการมีทวารเทียมของผู้ป่วยในระยะแรก หรือ การให้กำลังใจและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเปลี่ยนเป็นหรือถุงรองรับอุจจาระได้
5. ติดต่อประสานงาน การส่งต่อผู้ป่วยไปยังบุคคลหรือหน่วยงานที่มีหน้าที่โดยตรง (Manage) เช่น นักโภชนาการ นักจิตวิทยาหรือแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ หรือพยาบาลเฉพาะทาง

ประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ที่มีทวารเทียม

1. การดูแลในระยะก่อนผ่าตัด การดูแลก่อนผ่าตัดที่จำเป็น และมีความสำคัญเพื่อลดความวิตกกังวล ส่งเสริมการปรับตัวต่อการมีทวารเทียม ประกอบไปด้วย
 - 1.1 การกำหนดตำแหน่งเปิดของลำไส้ (คูขวัญ มาลีวงษ์ และกัญญดา ประจุศิลปะ, 2562; นิศรา จินอยู่, 2558; บุศรา ชัยทัศน์, 2559) ให้สอดคล้องกับความถนัดในการใช้มือ (Dexterity) เพื่อให้ ทวารเทียมอยู่ในตำแหน่งที่ดี สะดวกต่อการเปลี่ยนเป็นรองหรือทำความสะอาด (Blevins, 2019) ถูกปิดได้นานขึ้น และลดค่าใช้จ่ายจากการเปลี่ยนถุงแต่ละครั้ง (Ambe et al., 2018; Doughty, 2005)
 - 1.2 การให้ข้อมูลที่สำคัญต่อการอยู่กับทวารเทียม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความต้องการข้อมูล ก่อนผ่าตัด โดยต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ เช่น การปฏิบัติตัวและความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านมากที่สุด รองลงมาคือความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด การปฏิบัติตัว หลังผ่าตัด และการใช้ยาตามลำดับ (นิศรา จินอยู่, 2558; บุศรา ชัยทัศน์, 2559)
 - 1.3 การประเมินสภาพจิตใจ และความรู้สึกรู้สึกซึ่งมีผลต่อความสามารถในการเรียนรู้และการปรับตัว (สายสมร เณยกิตติ, ศิริพร สว่างจิตร, และจุฑารัตน์ บันดาลสิน, 2556)
 - 1.4 การเตรียมด้านร่างกาย และเตรียมความสะอาดลำไส้ให้สะอาดปราศจากอุจจาระ (นิศรา จินอยู่, 2558; บุศรา ชัยทัศน์, 2559) เนื่องจากลำไส้มีอุจจาระและแบคทีเรียมาก การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ จึงมีโอกาที่จะติดเชื้อในแผลผ่าตัดหรือในช่องท้องและทำให้รอยต่อลำไส้รั่วง่ายขึ้น การเตรียมความสะอาดของลำไส้ถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นมาก

2. การดูแลในระยะหลังผ่าตัด มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล ปรับสภาพจิตใจ เข้าสู่ภาวะปกติ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน การพยาบาลประกอบด้วย การพยาบาลหลังผ่าตัดทั่วไป ซึ่งดูแลเหมือนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องและการดูแลทวารเทียม ซึ่งมีประเด็นสำคัญในการดูแลดังนี้

2.1 การประเมินลักษณะของรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Stoma appearance) สิ่งที่พยาบาลควรประเมินมีดังนี้ 1). ชนิดและรูปแบบของรูเปิดทวารเทียม ดูจากส่วนของลำไส้ที่นำมาเปิดทางหน้าท้องว่าเป็นแบบ Double barrel แบบ Loop หรือแบบ End colostomy 2). ตำแหน่งของลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ซึ่งจะสัมพันธ์กับลักษณะของอุจจาระที่จะออกมาเพื่อวางแผนการดูแล 3). ลักษณะของรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง ได้แก่ สีผิว ความสูง รูปร่างและขนาด โดยปกติทวารเทียมจะมีสีแดง หรือ ชมพู มีความชุ่มชื้น ผิวเป็นมัน เรียบ นุ่ม ยื่นออกมาประมาณ 2.5 เซนติเมตร ช่องเปิดอยู่ตรงกลาง เพื่อสะดวกต่อการปิดถุงและดูแลรักษาผิวหนังรอบๆ รูปร่างอาจกลมหรือรี มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 1-1.5 นิ้ว หลังผ่าตัดช่วงแรกอาจบวม ขนาดจะลดลงและคงที่ในระยะ 6-8 สัปดาห์ และ 4). การปรัหรือแยกของรอยเย็บและรอยต่อระหว่างผิวหนังกับทวารเทียม

2.2 การประเมินลักษณะของสิ่งขับถ่ายจากทวารเทียม (Effluent) เมื่อลำไส้เริ่มทำงานประมาณวันที่ 3-4 หลังการผ่าตัดเป็นต้นไป ลักษณะของอุจจาระจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับส่วนของลำไส้ที่ใช้ทำทวารเทียม ถ้าเป็นลำไส้เล็กส่วนปลายหรือลำไส้ใหญ่ส่วนต้น สิ่งขับถ่ายมีลักษณะค่อนข้างเหลว ในขณะที่ทวารเทียมที่ใช้ลำไส้ใหญ่ตั้งแต่ส่วนขวางลงไป สิ่งขับถ่ายมีลักษณะคล้ายแป้งเปียก มีกากปน มีกลิ่นแรง และค่อยเปลี่ยนเป็นกากมากขึ้น จนมีลักษณะเป็นก้อน สามารถควบคุมการขับถ่ายได้

3. การฝึกทักษะของผู้ป่วย การเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติ สิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดฟื้นตัวได้เร็วคือ การให้คำแนะนำก่อนผ่าตัด ดังนั้น การวางแผนการดูแลตัวเองและการฝึกทักษะควรจะเริ่มตั้งแต่ก่อนผ่าตัด โดยพยาบาลผู้ป่วยและญาติต้องมีการพูดคุย วางเป้าหมายในการดูแลร่วมกัน

3.1 การเทอุจจาระรับอุจจาระ (Emptying the pouch) เมื่อมีอุจจาระประมาณ 1/2 หรือ 1/3 ของถุง ควรเทออกเพื่อป้องกันถุงหลุดจากการถ่วงน้ำหนักของอุจจาระ ส่วนถุงรองรับแบบขึ้นเดียวต้องเปลี่ยนทุกวันหรือทุกครั้งที่มีปริมาณอุจจาระตามที่กำหนด ทั้งนี้ ก่อนที่จะเทอุจจาระออก ต้องเตรียมอุปกรณ์ในการทำความสะอาด รวมทั้งทิชชูเปียกสำหรับเช็ดทำความสะอาดให้พร้อมใช้ กรณีถุงมีรูเปิดที่ปลายถุงให้คนไข้เปิดที่รัดที่ปลายถุงออก เทอุจจาระออกจนหมด ใช้ทิชชูเปียกเช็ดทำความสะอาดปลายถุงและที่รัดให้สะอาด ปิดที่รัดหรือหนีบ (Clamp) ให้แน่นสนิท (Blevins, 2019) ทั้งนี้ ผู้ป่วยและญาติจะต้องได้รับคำแนะนำให้สังเกตลักษณะ สี โดยเฉพาะเลือดและกลิ่นเหม็นเน่าที่ผิดปกติ (Prinz et al., 2015) โดยอาจเทอุจจาระในภาชนะรองรับหรือในห้องน้ำได้ จะใช้กระบอกฉีดยาหรือสายยางฉีดเบา ๆ ให้ถุงสะอาดเพื่อลดกลิ่น (Blevins, 2019)

3.2 การเปลี่ยนเป็นและถุงรองรับอุจจาระ (Changing the pouch system) ถุงรองรับอุจจาระมี 2 แบบ คือ แบบ 1 ชิ้น และ แบบ 2 ชิ้นที่มีเป็นและถุงรองรับมีรูเปิดที่ส่วนปลายถุง การเปลี่ยนถุงรองรับ

อุจจาระควรจะเปลี่ยนในเวลาที่กำลังมีการเคลื่อนไหวน้อยอาจเป็นช่วงเข้านอนรับประทานอาหารเช้าหรือทำ 1 ชั่วโมงหลังรับประทานอาหารเช้าพยาบาลจะต้องสอนผู้ป่วยและญาติเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับอุจจาระดังนี้ เช็ดทำความสะอาดลำไส้ด้วยน้ำสะอาด ใช้กระดาษชำระหรือผ้าที่อ่อนนุ่มเช็ดผิวหนังรอบช่องเปิดทวารเทียมให้สะอาด โดยเฉพาะรอบต่าง ๆ รวมทั้งกาวหรือครีมป้องกันผิวหนัง (Skin barrier paste) อาจใช้หรือโกนขนบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียมเพื่อป้องกันการระคายเคืองขณะลอกเปลี่ยนถุง หลังจากนั้น วัดขนาดทวารเทียมโดยขนาดของทวารเทียมจะเล็กลงและมีขนาดคงที่ หลังผ่าตัด 6-8 สัปดาห์ (นิสรา จินอยู่, 2558; บุศรา ชัยทัศน์, 2559; Prinz et al., 2015) ตัดแป้นให้กว้างกว่าลำไส้ประมาณ 1-2 มิลลิเมตร หลังจากผิวหนังรอบ ๆ ทวารเทียมแห้ง ให้วางแป้นครอบทวารเทียม ให้แป้นไม่ชิดลำไส้เกินไป เพราะขอบแป้นอาจระคายเคืองทำให้เกิดแผลได้ และไม่ติดห่างจากลำไส้มากเกินไปเพราะทำให้ผิวหนังรอบลำไส้เกิดการระคายเคืองจากอุจจาระกัดกร่อน (นิสรา จินอยู่, 2558) แต่ให้แถบกาวติดผิวหนังให้สนิท ไม่มีฟองอากาศ การเปลี่ยนถุงแบบที่มีแป้นรองรับอาจทำทุก 3-7 วัน ขึ้นอยู่กับการดูแล หรือจนกว่าถุงจะเริ่มล่อนหลุด ผิวหนังที่มีเหงื่อออกมากและผิวหนัง หรือการทำกิจกรรมทางกาย อาจทำให้ต้องเปลี่ยนถุงถี่ขึ้น ส่วนการเปลี่ยนถุงแบบชิ้นเดียวใช้แล้วทิ้ง ใช้ขั้นตอนและวิธีการคล้ายกัน (นิสรา จินอยู่, 2558; Blevins, 2019)

4. การสอนและให้คำแนะนำต้องสอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับ 1). การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมกับสภาพผิวหนัง ลักษณะของลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และเศรษฐกิจของผู้ป่วย 2). การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรไปพบแพทย์ (एमปภา ปรีชาธิรศาสตร์, 2560) ได้แก่ ปวดท้อง หน้าท้องแข็งตึง อุจจาระลำเล็กลง ไม่พวยลม คลื่นไส้หรืออาเจียนมาก 3). การดำเนินชีวิตประจำวัน หลีกเลี่ยงการเล่นกีฬาที่ต้องมีการปะทะที่อาจเกิดอันตรายต่อลำไส้ หรือการออกกำลังกายหรือการทำงานที่ต้องใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องมาก เพราะอาจทำให้เกิดภาวะไส้เลื่อนได้ และ 4). การรับประทานอาหาร หลังผ่าตัดรับประทานอาหารตามลำดับ (Step diet) ตามแผนการรักษา (อนุชา ไทยวงษ์ และคณะ, 2561) โดยเริ่มจากรับประทานอาหารที่มีเส้นใยน้อยและย่อยง่าย จนกระทั่งรับประทานอาหารธรรมดาในสัปดาห์ที่ 6-8 หลังผ่าตัด ให้ได้รับสารอาหารครบถ้วนและหลากหลาย (Well-balanced meals) และดื่มน้ำที่เพียงพอ (Blevins, 2019; Doughty, 2005) รับประทานอาหารให้ครบทุกมื้อเพื่อป้องกันการถ่ายเหลวและแก๊ส (Blevins et al., 2015) ควรรักษาน้ำหนักตัวให้เหมาะสม น้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลงจะมีผลต่อขนาดของทวารเทียมหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดกลิ่นได้แก่ ปลาไข่ หน่อไม้ฝรั่ง ถั่วหอม สะตอกระถิน (นิสรา จินอยู่, 2558; บุศรา ชัยทัศน์, 2559) การสอนและให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองและลดภาวะแทรกซ้อน สามารถทำได้หลายลักษณะ เช่น พัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลที่ประกอบด้วย แผนปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาล คู่มือ ภาพภาวะแทรกซ้อน ภาพการดูแลที่ถูกต้อง ภาพและตัวอย่างอุปกรณ์ (สมพร วรรณวงศ์, แสงอรุณ อิศระมาลัย, วันดี คหะวงศ์, และโสมนัส นาคนวล, 2557) หรือพัฒนาเป็นนวัตกรรมทางการพยาบาล ประกอบด้วย แผนการดูแล เพิ่มการให้ข้อมูล คู่มือการดูแลตนเอง สิ่งประดิษฐ์หุ่นโมเดลประกอบการสอนและสิ่งประดิษฐ์กระเป๋าเก็บถุงโคลอสโตมี (อนุชา ไทยวงษ์ และคณะ, 2561)

สรุป

การเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาการขับถ่ายอุจจาระจากการมีทวารเทียมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง การดูแลผู้ป่วยทวารเทียมต้องให้ครอบคลุมประเด็นการดูแลที่สำคัญและจำเป็นตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดตำแหน่งของรูเปิด การให้ข้อมูลที่สำคัญต่อการอยู่กับทวารเทียม การประเมินสภาพจิตใจและความรู้สึก การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและการเตรียมลำไส้ การดูแลระยะหลังผ่าตัด ประกอบด้วย การประเมินลักษณะของรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง และการประเมินลักษณะของสิ่งขับถ่ายจากทวารเทียม นอกจากนี้ยังต้องมีการฝึกทักษะการดูแลสุขภาพ การเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับอุจจาระ และการสอนและให้คำแนะนำผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ที่มีทวารเทียมได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่

เอกสารอ้างอิง

- คู่ขวัญ มาลีวงษ์, และกัญญดา ประจุศิลป์. (2562). การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม. *วารสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*, 63(4), 272-282.
- จันทร์ทรา เจริญ. (2559). *คู่มือการเขียนวินิจฉัยทางการแพทย์และการวางแผนการพยาบาล: Nursing diagnosis and nursing care handbook*. นครราชสีมา: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- จุฑารัตน์ สว่างชัย, และศรีสุดา งามจำ. (2560). ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 11(พิเศษ), 1-11. ค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/107897>
- ณัฐวรรณ วรรณรักษ์เจริญ. (2558). การพยาบาลภาวะแทรกซ้อนของลำไส้เปิดทางหน้าท้องและผิวหนังรอบลำไส้เปิดทางหน้าท้อง. ใน จุฬารัตน์ ประสงค์, และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์. (บรรณาธิการ). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ* (น.61-79). กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลีฟวิ้ง จำกัด.
- นิสรานิน้อย. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง. ใน จุฬารัตน์ ประสงค์, และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์. (บรรณาธิการ). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ* (น. 13-28). กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลีฟวิ้ง จำกัด.
- บุศราชัยทัศน์. (2559). การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารใหม่: บทบาทพยาบาลเฉพาะทางบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 9(1), 19-31.
- ยุวรัตน์ ม่วงเงิน. (2558). ภาพลักษณ์และเพศสัมพันธ์ในออสโตเมท. ใน จุฬารัตน์ ประสงค์, และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์. (บรรณาธิการ). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ* (น.159-181). กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลีฟวิ้ง จำกัด.

วิลาสินี พิพัฒน์ผล, และโสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์. (2558). ความชุกและปัจจัยสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมหน้าท้อง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *เวชศาสตร์ร่วมสมัย*, 59(6), 691-791.

สายสมร เกลยกิตติ, ศิริพร สว่างจิตร, และจุฑารัตน์ บันดาลสิน. (2556). วิถีชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 14(3), 31-38. สืบค้นจาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/15797>

สมพร วรรณวงศ์, แสงอรุณ อิศระมาลัย, วันดี คหะวงศ์, และโสมนัส นาคนวล. (2557). การทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 6(3), 36-48.

อนุชา ไทวงษ์, วิรัตน์ดา สาระโกศ, นุชมาศ บุญมาศ, และพนิดา บุญสุข. (2561). การพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการสนับสนุนและส่งเสริมการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดทวารเทียม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(ฉบับพิเศษ), 41-49.

เอมภา ปรีชาธีรศาสตร์. (2560). บทบาทพยาบาลเฉพาะทางดูแลบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้: กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรง. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 10(1), 22-34.

Ambe, P. C., Kurz, N. R., Nitschke, C., Odeh, S. F., Möslin, G., & Zirngibl, H. (2018). Intestinal ostomy. *Deutsches Arzteblatt International*, 115(11), 182–187. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0182>

Blevins, S. (2019). Colostomy care. *MEDSURG Nursing*, 28(2), 125–126.

Doughty D. (2005). Principles of ostomy management in the oncology patient. *Journal of Supportive Oncology*, 3(1), 59-69.

Kanaghinis, T., Lubran, M., & Coghill, N. F. (1963). The composition of ileostomy fluid. *Gut*, 4(4), 322–338. <https://doi.org/10.1136/gut.4.4.322>

Prinz, A., Colwell, J. C., Cross, H. H., Mantel, J., Perkins, J., & Walker, C. A. (2015). Discharge planning for a patient with a new ostomy: Best practice for clinicians. *Journal Wound Ostomy Continence Nursing*, 42(1), 79-82. doi: 10.1097/WON.0000000000000094

Von-Klaassen, S. M., de Vocht, H. M., den Ouden, M. E., Eddes, E. H., & Schuurmans, M. J. (2016). Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. *Quality of life research: An international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 25(1), 125–133. doi:<https://doi.org/10.1007/s11136-015-1050-3>

Zhou, X., Wang, B., Li, F., Wang, J. & Fu, W. (2017). Risk factors associated with nonclosure of defunctioning stomas after sphincter-preserving low anterior resection of rectal cancer: A Meta-Analysis. *Diseases of the Colon & Rectum*, 60(5), 544-554. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000000819>

กลยุทธ์การส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

กฤตกร หมั่นสระเกษ, พย.ม.¹

ณิชากร ด้วงษ์ประกอบ, พย.ม.¹

รำไพ หมั่นสระเกษ, พย.ม.²

สุกัญญา จุลละสุวรรณ, พย.ม.³

(วันที่ส่งบทความ: 10 เมษายน 2563; วันที่แก้ไข: 9 กันยายน 2563; วันที่ตอบรับ: 10 สิงหาคม 2563)

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อยในชุมชน ซึ่งจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญเกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตส่วนบุคคลที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพหลายประการ หัวใจสำคัญของการแก้ไขปัญหผู้ป่วยเบาหวานคือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตให้เหมาะสม ด้วยการจัดการตนเองเพื่อควบคุมการดำเนินโรค และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน วัตถุประสงค์ของบทความนี้ เพื่อนำเสนอหลักการให้ความรู้ ทักษะที่จำเป็น และกลยุทธ์ในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้สำเร็จ

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง, โรคเบาหวาน, ชุมชน

¹พยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพิมาย นครราชสีมา

¹Corresponding author: กฤตกร หมั่นสระเกษ, E-mail: krittakorn135@gmail.com

Strategies to Promote Self-Management Among Diabetes Patients Residing in the Community

Krittakorn Munsraket, M.N.S.¹

Nichakhan Wongprakhob, M.N.S.¹

Rumpai Munsraket, M.N.S.²

Sukanya Chulasuwan, M.N.S.³

(Received: April 10th, 2020; Revised: September 9th, 2020; Accepted: August 10th, 2020)

Abstract

Diabetes is a common, chronic, non-communicable disease in the community. The number of diabetic patients is continuously increasing. Diabetes' main causes and contributing factors are related to improper personal lifestyles, which consequentially result in complications that affect many aspects of health. The key to solving the problems facing diabetic patients is to encourage lifestyle modification, such as self-management, to control disease progression and prevent complications. The aim of this paper is to present principles to provide knowledge and to build the necessary skills and strategies to improve self-management by the diabetic patients cared for by community nurse practitioners, who play an important role in promoting and encouraging them to successfully change their behaviors.

Keywords: self-management, diabetic patient, community

¹Registered nurse, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Praboromarajchanok Institute

¹Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Praboromarajchanok Institute

³Registered Nurse, Professional Level, Phimai Hospital, Nakhon Ratchasima

¹Corresponding author: Krittakorn Munsraket, E-mail: krittakorn135@gmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease [NCDs]) ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหลายประการ สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation [IDF]) รายงานจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่พบทั่วโลก 425 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานมากถึง 629 ล้านคน (International Diabetes Federation, 2017) ปัจจุบันประเทศไทย พบผู้ป่วยใหญ่ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้น สาเหตุเกิดจากพฤติกรรมชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่ออกกำลังกาย บริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ อ้วน และมีความเครียดสูง เมื่อเจ็บป่วยได้รับการรักษาเพียง ร้อยละ 35.6 (2.6 ล้านคน) ทำให้มีอัตราการเสียชีวิตมากถึง 200 รายต่อวัน (มูลนิธิวิจัยพัฒน สาธารณสุขไทย, 2563)

เมื่อเจ็บป่วยจากโรคเบาหวานหากได้รับการดูแลรักษาไม่ดีและมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการ ทำให้ประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากถึง 302,367 ล้านบาทต่อปี อีกทั้งมีข้อมูลสำคัญบ่งชี้ว่า โรคเบาหวานที่เกิดในวัยหนุ่มสาวและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีความรุนแรงกว่าโรคเบาหวานที่เกิดในวัยกลางคนและวัยสูงอายุ การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลต่าง ๆ พบว่า สามารถควบคุมค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) ได้น้อยกว่า 7 mg.% เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดได้เพียง ร้อยละ 36.5 ระดับความดันโลหิตควรอยู่ในช่วง 80 - 130 mmHg. ควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ได้เพียงร้อยละ 39.4 และระดับไขมันในเลือดชนิด LDL-C ควรน้อยกว่า 100 mg./dL. แต่ควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ได้เพียงร้อยละ 49.2 ตามลำดับ จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตได้อย่างเหมาะสม (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2562) ดังนั้นปัญหาโรคเบาหวานจึงเป็นปัญหาเร่งด่วนด้านสุขภาพของประเทศที่ต้องรีบแก้ไข

ในอนาคตบทบาทของพยาบาลชุมชนจะเปลี่ยนไป โดยจะเข้าไปมีบทบาทแทนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังในชุมชนมากขึ้น ซึ่งต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เพราะพยาบาลมีความชำนาญในการดูแลรักษาแบบองค์รวม และมีบทบาทชัดเจนในฐานะผู้ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย (มูลนิธิวิจัยพัฒน สาธารณสุขไทย, 2563) องค์ประกอบของบุคลากรด้านสุขภาพที่จะให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานร่วมกัน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล สหสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรในครอบครัว ญาติมิตร และที่สำคัญที่สุดคือ ผู้ป่วยต้องเป็นศูนย์กลาง หากผู้ป่วยเริ่มยอมรับและพร้อมที่จะอยู่กับโรคเบาหวานอย่างเข้าใจ ก็จะเกิดทักษะและสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ทำให้การดูแลรักษาโรคเบาหวานและควบคุมโรคให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีได้ ช่วยลดอัตราการเกิดโรคเบาหวานในครอบครัว ลดโอกาสการเกิดโรคร่วมอื่น ๆ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2562)

แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management concept) เป็นแนวคิดที่ประยุกต์มาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) เชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ด้วยการให้แรงเสริมอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย (Goal selection) การเก็บรวบรวมข้อมูล (Information collection) การประมวลผลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) การตัดสินใจ (Decision

making) การลงมือปฏิบัติ (Action) และการสะท้อนตนเอง (Self-reflection) เป็นกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งนำไปสู่การจัดการตนเองด้านการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Creer, 2000) มีการนำมาประยุกต์ใช้ เป็นกลยุทธ์ในการปฏิบัติ เพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลในการจัดการควบคุมความเจ็บป่วยและปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม สามารถควบคุมโรคด้วยตนเองได้สำเร็จ สิ่งสำคัญผู้ป่วยต้องเกิดแรงจูงใจในระดับบุคคลในด้านการดูแลสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การจัดการตนเองและการสังเกตอาการผิดปกติด้วยตนเอง มีทักษะในการแก้ปัญหา เพื่อให้เกิดความมั่นใจที่จะลงมือปฏิบัติ รวมทั้งขอรับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคลากรในทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (ชดช้อย วัฒนะ, 2559) พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองได้สำเร็จ

หลักการให้ความรู้และการสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การให้ความรู้และการสร้างทักษะเพื่อการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง (Diabetes self-management education) และการช่วยเหลือสนับสนุนให้ดูแลตนเอง (Diabetes self-management support) เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน วิธีการดูแลรักษา การสร้างทักษะในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง และการให้ความร่วมมือในการรักษา จะส่งผลให้การรักษายบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ผู้ให้ความรู้จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจโรคเบาหวานเป็นอย่างดี มีความมุ่งมั่น มีทักษะในการถ่ายทอดความรู้ การสร้างแรงจูงใจ และการเสริมพลัง (Empowerment) ให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถดูแลตนเองได้จริง การให้ความรู้ควรให้เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน หรือเมื่อมีปัญหาภาวะแทรกซ้อนของโรค หรือมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการดูแลตนเอง

วิธีการให้ความรู้โรคเบาหวานและการสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเอง ควรเน้นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จะทำให้ยอมรับความรู้และยอมรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น การปฏิบัติอาจทำเป็นรายบุคคล หรือเป็นกลุ่มย่อย ให้พิจารณาตามความเหมาะสม การให้ความรู้ควรใช้เทคนิคการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing [MI]) ซึ่งใช้ได้ผลดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเอง โดยการสัมภาษณ์เชิงใจให้ผู้ป่วยพูดถึงเรื่องของตนเองและสร้างแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรม (กรมสุขภาพจิตและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560) ผู้ให้ความรู้จะพูดคุยถามหรือเสริมเกี่ยวกับโรคเบาหวานเป็นครั้งคราว การให้ความรู้ควรใช้สื่อหลายชนิดให้เหมาะสมกับเนื้อหาที่สอน เช่น เอกสาร แผ่นพับ โปสเตอร์ แบบจำลอง หรือตัวอย่างของจริง คู่มือให้ความรู้โรคเบาหวาน สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น

วิธีการให้ความรู้โรคเบาหวานและสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเอง มี 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินความรู้และทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพในปัจจุบัน และประเมิน

อุปสรรคต่อการเรียนรู้ 2) การตั้งเป้าหมาย บุคลากรในทีมสุขภาพควรตั้งร่วมกับผู้ป่วย 3) การวางแผนให้ความรู้และสร้างทักษะที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการ ค่านิยม และวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล 4) การฝึกปฏิบัติตามแผนที่กำหนด 5) การประเมินผลและการติดตามผล โดยกำหนดวัน เวลา ที่จะวัดผล กำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนและวัดได้จริง เรื่องที่จำเป็นต้องให้ความรู้และสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน มีรายละเอียดเนื้อหา ดังนี้ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560)

1) ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่ โรคเบาหวาน ชนิด อาการ ปัจจัยเสี่ยง หลักการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ค่าปกติของน้ำตาลในเลือด ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนของโรค และประโยชน์ของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

2) โภชนาบำบัด ได้แก่ ความสำคัญของการควบคุมอาหาร ชนิด/ ปริมาณและการแบ่งมื้ออาหาร หลักการเลือกอาหาร อาหารเฉพาะโรคและอาหารแลกเปลี่ยนในแต่ละมื้อ

3) การออกกำลังกาย ได้แก่ ผลของการออกกำลังกาย ประโยชน์ผลเสีย ชนิดและวิธีการออกกำลังกาย ที่ถูกต้องเหมาะสม

4) การใช้ยารับประทานหรือฉีดอินซูลิน ได้แก่ ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลชนิดต่างๆ อินซูลินและการออกฤทธิ์ อุปกรณ์การฉีดอินซูลิน เทคนิคและทักษะการฉีด การเก็บยาที่ต้อง ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องระหว่างยาอาการข้างเคียง หรืออาการไม่พึงประสงค์ของยาในกลุ่มต่าง ๆ

5) การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองและการแปลผล ได้แก่ ความสำคัญในการติดตามผลการควบคุมเบาหวานด้วยตนเอง การตรวจเลือดปลายนิ้วและการแปลผล

6) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำและวิธีป้องกันแก้ไข

7) โรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน เน้นให้เข้าใจหลักการและวิธีการค้นหาความเสี่ยง การป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน ทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง ที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำ ภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตน (Diabetic ketoacidosis [DKA]) ภาวะเลือดข้นจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงมาก (Hyperosmolar hyperglycemic state [HHS]) และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่ตา ไต และระบบประสาท

8) การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ได้แก่ การดูแลตนเองทั่วไป การตรวจสุขภาพประจำปี การค้นหาปัจจัยเสี่ยง การตรวจหาภาวะแทรกซ้อน และวิธีการแก้ไข การรับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และอาการที่ควรไปพบแพทย์อย่างเร่งด่วน

9) การดูแลสุขภาพช่องปาก ได้แก่ การแปรงฟันอย่างถูกวิธี การทำความสะอาดซอกฟัน การตรวจสุขภาพช่องปากและปัญหาที่ต้องพบแพทย์ เช่น เหงือกอักเสบ เลือดออกขณะแปรงฟัน กลิ่นปาก เป็นต้น

10) การดูแลรักษาเท้า ได้แก่ การตรวจและดูแลเท้าในชีวิตประจำวัน

11) การดูแลในภาวะพิเศษ ได้แก่ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ การเดินทางโดยเครื่องบิน การเดินทางไกล การไปงานเลี้ยงสังสรรค์ การป้องกันการติดเชื้อโรคระบาด เป็นต้น

พฤติกรรมชีวิตที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องปรับเปลี่ยน

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต (Lifestyle modifications) หมายถึง การปรับเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิตประจำวัน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และลดปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตให้ถูกต้องเหมาะสมด้วยตนเอง ปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้กระทำสำเร็จคือ ผู้ป่วยต้องมีความต้องการ ตั้งใจ และมีความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนด้วยตัวเอง ดังนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และบุคลากรด้านสาธารณสุข ต้องเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อน แล้วจึงส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต โดยเปิดโอกาสให้ ครอบครัว เพื่อน มีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีรายละเอียดดังนี้ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560)

การควบคุมอาหาร

การควบคุมอาหารควรปรับให้เหมาะสมตามความต้องการและแบบแผนการบริโภคของแต่ละบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีน้ำหนักตัวและรอบเอวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน มีหลักปฏิบัติในแต่ละวัน ดังนี้

1. ลดปริมาณพลังงานจากน้ำตาล และไขมันที่รับประทาน แต่รับประทานให้ครบหมวดหมู่และสมดุล
2. สารอาหารพวกคาร์โบไฮเดรต เป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และควรนำมากำหนดอาหาร เน้นการได้รับคาร์โบไฮเดรตจากผัก ธัญพืช ถั่ว ผลไม้ ที่มีดัชนีน้ำตาลต่ำ เนื่องจากมีใยอาหารและสารอาหารอื่นๆ ปริมาณมาก และควรรับประทานในปริมาณและเวลาที่ใกล้เคียงกันทุกวัน
3. สารอาหารพวกไขมัน ควรบริโภคไขมันไม่อิ่มตัวหนึ่งตำแหน่งเป็นหลัก เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด โดยเฉพาะอาหารที่มีกรดไขมันโอเมก้า 3 สูง เช่น ปลาแซลมอน ปลาสวาย ควรบริโภคไม่ต่ำกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันทรานส์สูง เช่น เนยขาว มาการีน เป็นต้น
4. สารอาหารพวกโปรตีน ควรบริโภค ร้อยละ 15 - 20 ของพลังงานทั้งหมด ถ้าได้ทำงานปกติ ควรบริโภคปลาและเนื้อไก่เป็นหลัก แต่ถ้าไตเสื่อมระยะที่ 4-5 ให้จำกัดการบริโภคโปรตีน ไม่เกิน 1.3 กรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน
5. โซเดียม องค์การอนามัยโลก แนะนำให้บริโภคโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ให้จำกัดปริมาณโซเดียมให้เข้มงวดมากยิ่งขึ้น
6. วิตามินและแร่ธาตุ ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้ขาดสารอาหารไม่จำเป็นต้องให้วิตามินหรือแร่ธาตุเสริมไม่ควรใช้สารต้านอนุมูลอิสระเพิ่มเป็นประจำ
7. รับประทานอาหารที่ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดทุกวัน เช่น ผัก ผลไม้ ธัญพืช ถั่วเปลือกแข็ง เช่น เม็ดมะม่วงหิมพานต์ แมคคาเดเมีย อัลมอนต์ เป็นต้น

การออกกำลังกาย

ผู้ป่วยเบาหวานควรมีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายนาน 5 - 10 นาที ทุก 1 - 2 ชั่วโมง (Sedentary time) ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอระดับเบาถึงระดับหนักปานกลาง เช่น ทำงานบ้าน ทำสวน

เดิน เป็นต้นอย่างต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 10 นาที หรือออกกำลังกายปานกลาง อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน เสริมด้วยการออกกำลังกายแบบแรงต้านและยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เช่น ยกน้ำหนัก ออกกำลังกายด้วยยางยืด 2 ครั้งต่อสัปดาห์จะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อ้วน ให้ลดน้ำหนัก และ ควรกำกับตนเองให้มีรอบเวาไม่เกินค่าส่วนสูง (ซม.) หาร 2 จะช่วยในการลดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดได้ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2562)

การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์

แอลกอฮอล์มีผลเสียต่อผู้ป่วยเบาหวานหลายประการที่สำคัญ คือ ทำให้ตับอ่อนอักเสบทำให้มีการสร้างและหลั่งอินซูลินลดลง แอลกอฮอล์มีแคลอรีสูงการบริโภคมากทำให้อ้วนลงพุง เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน นอกจากนี้ยังทำให้ตับอักเสบและตับแข็ง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ การรักษาต้องฉีดอินซูลินเพียงอย่างเดียว ซึ่งมีความยุ่งยากมากขึ้น ดังนั้น ผู้ป่วยเบาหวานจึงไม่ควรดื่มแอลกอฮอล์ ถ้าจำเป็นให้ดื่มในปริมาณจำกัด และควรรับประทานอาหารร่วมด้วยเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (อุยุทธิณี สิงห์โกวิท, 2562)

การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่มีโทษต่อร่างกาย เนื่องจากในควันบุหรี่มีสารพิษหลายชนิดที่สำคัญ คือ ทาร์ (Tar) นิโคติน (Nicotine) และคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) เมื่อสูบบุหรี่สารพิษโดยเฉพาะนิโคตินจะถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือดไปกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง กระตุ้นต่อมหมวกไตให้หลั่งสารเอพิเนฟริน (Epinephrine) มากขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือดแดงทั่วร่างกายตีบแคบ แข็ง เกิดความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็วเต้นผิดปกติ หัวใจขาดเลือดเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน อีกทั้งทำให้หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองตีบ เกิดอัมพฤกษ์ ตามมาได้ พิษภัยของบุหรี่ยังทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง มะเร็งในช่องปาก หลอดอาหาร และกล่องเสียง สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานการสูบบุหรี่ทำให้มีภาวะดื้อต่ออินซูลิน ระดับน้ำตาลและ LDL ในเลือดสูง จึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบหัวใจและหลอดเลือดสูงมากยิ่งขึ้น (วิไล พัววิไล, 2552) ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ติดบุหรี่ที่สำคัญคือต้องสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ โดยให้ผู้ป่วยย้อนคิดทบทวนถึงข้อดีและข้อเสียของการสูบบุหรี่ด้วยตนเอง (ธนุ โกมลไย, 2563)

การผ่อนคลายความเครียด

การผ่อนคลายความเครียดจะเกิดผลดีในการตอบสนองต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ลดปริมาณการใช้ออกซิเจนของร่างกาย ลดการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ ลดความดันโลหิต และลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผู้ป่วยสามารถเลือกจัดการกับความเครียดได้หลายวิธี เช่น หาวเวลาหยุดพักผ่อนคลาย คิดบวก (Positive thinking) หมั่นฝึกผ่อนคลายความเครียดและทำจิตใจให้สงบฝึกสมาธิ ทำงานศิลปะที่ชอบ ฟังเพลง เป็นต้น หากความเครียดไม่ดีขึ้น ควรขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์

กลยุทธ์การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาเบื้องต้น และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในชุมชนให้มีสุขภาพดี มีแนวคิดหรือกลยุทธ์ในการสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยดำเนินการได้สำเร็จหลายทาง พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสามารถเลือกใช้แนวคิดการจัดการตนเอง เพื่อเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีแนวทางการประยุกต์ใช้กลยุทธ์การจัดการตนเอง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (Creer, 2000)

1. การตั้งเป้าหมาย (Goal selection) คือ การสร้างความร่วมมือของผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพ โดยมีการต่อรอง และการตัดสินใจร่วมกันถึงเป้าหมายการดูแลสุขภาพ (Creer & Holroyd, 1997) เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ตั้งเป้าหมายของระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองที่ควรมีค่าเท่าไร และไม่ควรมีอาการแสดงภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติในช่วงเวลาใด หรือตั้งเป้าหมายการควบคุมการรับประทานอาหาร กำหนดปริมาณที่เหมาะสมสำหรับตนเอง โดยผู้ป่วยนั้นมีความรู้เป็นองค์ประกอบในการตั้งเป้าหมายร่วมกับแพทย์ พยาบาล หรือทีมสุขภาพ

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Information collection) ประกอบด้วย การเฝ้าระวังตนเอง (Self-monitoring) หรือการสังเกตตนเอง (Self-observation) และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (Self-recording) การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการหรืออาการแสดงที่บ่งบอกถึงความผิดปกติ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการเตรียมหรือให้ข้อมูลที่สำคัญว่าต้องเฝ้าระวังอาการหรือสังเกตความผิดปกติในเรื่องใด

3. การประมวลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) คือ การรวบรวมข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยตนเองและนำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ การจัดการผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการสำคัญของโรค และวิธีการสังเกตตนเอง เพื่อให้สามารถเรียนรู้และประเมินได้ว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น (Creer & Holroyd, 1997)

4. การตัดสินใจ (Decision making) เป็นขั้นตอนสำคัญในการจัดการตนเอง ผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยใช้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่รวบรวมได้เป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ (Creer & Holroyd, 1997)

5. การลงมือปฏิบัติ (Action) เพื่อควบคุมความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติที่เป็นผลจากความเจ็บป่วย ประกอบด้วย การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม การใช้อย่างถูกต้อง การเฝ้าระวังอาการผิดปกติและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง การจัดการกับความเครียดและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้น (Creer & Holroyd, 1997) พยาบาลต้องเตรียมผู้ป่วยเพื่อให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเองได้

6. การสะท้อนตนเอง (Self-reflection) เป็นการประเมินตนเองของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่ลงมือปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่ ซึ่งมีความสำคัญในการทำให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง (Creer & Holroyd, 1997) พยาบาลควรให้ความสำคัญในการช่วยสะท้อนให้ผู้ผู้ป่วยเห็น

ถึงปัญหาและอุปสรรคของตนเอง หรือการเสริมแรงในสิ่งที่ผู้ป่วยกระทำได้ดี เพื่อให้พฤติกรรมสุขภาพคงอยู่ อาจมีการประเมินหรือกระตุ้นเตือนเป็นระยะ เช่น ทุกเดือน ทุก 3 เดือน หรือทุกครั้งที่นัดพบแพทย์ จากแนวคิดนำสู่กลยุทธ์ในการช่วยสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน มีการศึกษาการสร้างพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) มีตัวอย่างการประยุกต์ใช้กลยุทธ์ ดังนี้

การศึกษาการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดแบบเข้มในผู้ป่วยเบาหวานใน PCU ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของเคลียร์ Creer (2000) ร่วมกับการสร้างสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของ Bandura (1997) ในการสร้างพฤติกรรมกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จัดกิจกรรม 1 เดือนต่อครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง เป็นเวลา 6 เดือน ซึ่งประกอบด้วย

1) การให้ความรู้ด้วยการบรรยาย กิจกรรมกลุ่ม แบ่งกลุ่มละ 8 - 9 คน คือ 1.1) การใช้ยาและการงดดื่มสุรา/สูบบุหรี่ 1.2) การออกกำลังกาย/คลายเครียด 1.3) สุขภาพในช่องปาก 1.4) อาหาร และ 1.5) การดูแลเท้า แต่ละฐานมีการสาธิตและฝึกทักษะการจัดการตนเองโดยการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติด้วยตนเองเป็นรายบุคคล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์กับเพื่อนในกลุ่มที่เป็นตัวแทนทั้งด้านบวกและลบ มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วยการแลกเปลี่ยนข้อมูล ให้คำแนะนำปรึกษา ให้กำลังใจขณะฝึกปฏิบัติและเมื่อไปปฏิบัติที่บ้าน ให้คู่มือความรู้ การกระตุ้นให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและติดตามปัญหาอุปสรรคหลังให้โปรแกรมโดยการเยี่ยมบ้านและติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ทุก 2 สัปดาห์ ครั้งละ 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 3 เดือน

2) สมุดบันทึกพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง สำหรับให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกข้อมูลตนเอง และประเมินอาการที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละวัน

3) คู่มือความรู้สำหรับผู้ป่วย เนื้อหาประกอบด้วยโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน อาหารที่ควรรับประทาน การออกกำลังกาย การคลายเครียด การใช้ยา/การงดดื่มสุรา/สูบบุหรี่ การดูแลเท้า และการดูแลสุขภาพในช่องปาก ผลจากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้และพฤติกรรมในการจัดการตนเองมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คารารัตน์ อุ่มบางตลาด และศตกมล ประสงค์วัฒนา, 2561)

นอกจากนี้มีการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองต่อความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กิจกรรมพยาบาลโดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและหลักการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค เสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองในเรื่องการกำหนดเมนูอาหาร ฝึกออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การดูแลสุขภาพอนามัย และการดูแลเท้า โดยกระตุ้นให้ค้นพบสภาพจริงเกี่ยวกับการควบคุมโรคของตนเอง ฝึกการสะท้อนคิด และกำหนดเป้าหมายการควบคุมโรค ฝึกตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด กระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่อง พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ย

ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าและค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปรีดา กังแฮ และชดช้อย วัฒนะ, 2558)

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน ในคลินิกโรคเรื้อรัง โดยใช้การจัดการตนเอง (Kanfer, 1988) ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายพฤติกรรม และกำหนดกิจกรรมเพื่อสร้างให้ไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้และเป็นไปได้จริง โดยแบ่งกิจกรรมออกเป็น 2 ครั้งในคลินิก โดยเน้นให้การสร้างความรู้และทักษะการสังเกตอาการผิดปกติ การประเมินผลตนเองเกี่ยวกับการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (Self-Monitoring of Blood Glucose [SMBG]) และวิธีการจัดการเมื่อเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ มีการสร้างแรงเสริมโดยการตั้งรางวัลให้กับตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ได้สำเร็จ มีการโทรศัพท์ติดตาม จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์เพื่อกระตุ้นเตือนและสอบถามปัญหาอุปสรรคการดูแลตนเอง (กฤตกร หมั่นสระเกษ, ทศนีย์ รวีวรกุล, และสุนีย์ ละกำป็น, 2562) การประยุกต์ใช้การจัดการตนเองในชุมชนนอกจากการสร้างความรู้และการจัดการตนเอง จำเป็นต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมจัดการตนเอง

จากการศึกษาต่าง ๆ แสดงถึงบทบาทของพยาบาลมีส่วนในการช่วยสร้างพฤติกรรมชีวิตที่เหมาะสม โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมจัดการตนเองโดยเริ่มจากตัวผู้ป่วยเองก่อน มีการให้ความรู้และฝึกทักษะปฏิบัติให้ผู้ป่วย รวมถึงการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีการสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเอง และเสริมแรงทางบวกอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการติดตามเยี่ยมบ้าน และกระตุ้นเตือนเป็นระยะๆ โดยใช้เครื่องมือสื่อสารที่สะดวกและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย เลือกรูปแบบการให้ผู้ป่วยติดตามตนเองที่เข้าใจง่ายและปฏิบัติได้จริง เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหรือนักกลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหรือตัดสินใจ และกระตุ้นบุคคลที่เป็นแหล่งประโยชน์ในชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการตนเองร่วมด้วย ทั้งหมดนี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมชีวิตที่เหมาะสม ยั่งยืน และพึ่งตนเองได้

บทสรุป

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อให้สามารถดูแลจัดการตนเองได้เมื่อกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน โดยการส่งเสริมความรู้ในด้านโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน วิธีการสังเกตประเมินตนเอง ทักษะการจัดการตนเองเมื่อมีอาการผิดปกติ การดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมชีวิตที่ต้องปรับเปลี่ยนให้ถูกต้องเหมาะสม หลักในการจัดการตนเอง และ การฝึกทักษะเฉพาะที่จำเป็นในการควบคุมโรคเบาหวาน การซักถาม ไต่ถาม ให้ลงมือปฏิบัติ ฝึกวิธีการสังเกต และติดตามผล การให้คำแนะนำ และให้คู่มือสำหรับนำไปทบทวน และเฝ้าระวัง หรือกำกับติดตามการปฏิบัติของตนเองที่บ้าน จัดระบบการให้คำปรึกษาเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคล และการจัดระบบการติดตามและกระตุ้นเตือนเป็นระยะเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต, และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2560). *สนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ*. สืบค้นจาก <https://dmh.go.th/ebook/files/ncds.pdf>
- กฤตกร หมนั้นสระเกษ, ทศนีย์ รวีวรกุล, และสุนีย์ ละกำป็น. (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 25(2), 87-103. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/233384>
- เกษม ดำนอก, และสมจิต แคนสีแก้ว. (2560). การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต Self-management in preventing diabetic nephropathy among people with diabetes. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(1), 91-99.
- ชดช้อย วัฒนะ. (2559). การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค Self-management support: strategies for promoting disease control. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 26(1), 117-127.
- ณัชช บัวศรี. (2561). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี. สืบค้นจาก http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/54920266.pdf
- ดาร์รัตน์ อุ่มบางตลาด, และศตกมล ประสงค์วัฒนา. (2561). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเข้มข้น ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานใน PCU อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลสาธารณสุขและการศึกษา*, 18(1), 11-23.
- ธนู โกมลไสย. (2563). โทษของยาเสพติด 10 ชนิด อันตรายร้ายแรงต่อชีวิตที่ทุกคนควรรู้. สืบค้นจาก <https://www.honestdocs.co/10-sins-of-drugs>
- ปรีดา กังแฮ, และชดช้อย วัฒนะ. (2558). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองต่อความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 26(2), 63-77.
- มูลนิธิวิจัยนวัตกรรมการดูแลสุขภาพไทย. (2563). *เจาะลึกระบบสุขภาพไทยผู้ป่วยเบาหวาน*. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2019/11/18031>
- ยุทธมาศ วันดาว, ทิพมาส ชินวงศ์, อุดมรัตน์ ชโลธร, และอรุณี ทิพย์วงศ์. (2561). ประสิทธิภาพของการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลสะเดา อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(3), 52-64.

- วิลโลว์. (2552). *บุหรืกับโรคหัวใจ*. สืบค้นจาก <https://vibhavadi.com/health384>
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560*. สืบค้นจาก <https://www.dmthai.org/index.php/knowledge/healthcare-providers/cpg/443-guideline-diabetes-care-2017>
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2562). *รณรงค์จัด Insulin therapy 2019*. สืบค้นจาก <https://siamrath.co.th/n/113601>
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2563). *Information on Corona virus disease 2019 outbreak and guidance for people with diabetes, International Diabetes Federation European Region*. สืบค้นจาก http://www.dmthai.org/attachments/article/1004/covid-19_in_dm.pdf
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2562). *คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic plus ปี 2562*. สืบค้นจาก http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/NCDClinic_Plus_2562.pdf
- อสุทธิ นีสิงโกลวินท์. (2562). *ผู้ป่วยเบาหวาน ห่วงไกลเหล้าเบียร์ ก่อนเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง*. สืบค้นจาก https://www.phyathai.com/article_detail/2767/th/87
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Chamberlain, J. J., Rhinehart, A. S., Shaefer, C. F. J., & Neuman, A. (2016). *Diagnosis and management of diabetes: Synopsis of the 2016 American diabetes association standards of medical care in diabetes*. Retrieved from https://care.diabetesjournals.org/content/41/Supplement_1/cover-expansion
- Creer, L. T. (2000). *Self-management of chronic illness: Handbook of self-regulation*. California: Academic.
- Creer, T. L., & Holroyd, K. A. (1997). Self-management. In A. Baum, C. McManus, S. Newman, J. Weinman, & R. West (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and behavior* (pp. 255-258). Cambridge: Cambridge University Press.
- International Diabetes Federation. (2017). *Diabetes fact and figure*. Retrieved from <http://www.idf.org/about-diabetes/facts-figures>.
- Kanfer, F. (1988). Self-management methods. In F. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.). *Helping people change: A textbook of methods* (pp. 283-338). New York: Pergamon.

การเจริญสติเป็นฐานในผู้ติดสุรา: การประยุกต์ใช้ในการพยาบาล

ทยาวิรุ จันทรวิวัฒน์, พย.ม.¹

บุปผา ใจมั่น, พย.ม.²

สุนนทิพย์ บุญเกิด, พย.ม.³

(วันที่ส่งบทความ: 7 เมษายน 2563; วันที่แก้ไข: 18 พฤศจิกายน 2563; วันที่ตอบรับ: 24 พฤศจิกายน 2563)

บทคัดย่อ

ปัจจุบันการบำบัดผู้ติดสุรามีความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตามการบำบัดยังคงมุ่งเน้นไปที่การรักษาตามอาการเป็นหลัก ทั้งที่ปัญหาของผู้ติดสุรามีความซับซ้อนและความหลากหลายของปัญหาแตกต่างกัน ความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางด้านสมอง ระบบประสาท พฤติกรรมตามแรงจูงใจ และพื้นฐานความจริงของธรรมชาติมีความสำคัญที่จะนำไปสู่การอธิบายพฤติกรรมติดสุราและการกลับไปติดซ้ำ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับการเจริญสติเป็นฐานในกลุ่มผู้ติดสุราและการประยุกต์ใช้ในการพยาบาล ซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม องค์ความรู้งานวิจัยเอกสารทางวิชาการ และประสบการณ์ของผู้บำบัดที่เกี่ยวข้องกับการเจริญสติเป็นฐานในการอธิบายกลไกของการดื่มสุรา พฤติกรรมนิสัยเดิมจากการติดสุรา ลักษณะพฤติกรรมของผู้ติดสุรา หลักการ กระบวนการช่วยเหลือผู้ติดสุราด้วยการเจริญสติเป็นฐาน และประสิทธิภาพการบำบัดฟื้นฟูจากการใช้การเจริญสติเป็นฐาน ทำให้ผู้ติดสุราสามารถลดการใช้สุรา ลดความอยาก ปรับพฤติกรรมนิสัยอัตโนมัติ ช่วยให้ผู้ติดสุราเกิดการเรียนรู้ทางเลือกใหม่สร้างนิสัยในทางสร้างสรรค์ สามารถลด ละ เลิก ลง ซึ่งสามารถเป็นทางเลือกในการบำบัดและนำไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาลช่วยเหลือฟื้นฟูผู้ติดสุราให้กลับมาใช้ชีวิตที่สมดุลรวมถึงการป้องกันการกลับไปติดสุราซ้ำได้

คำสำคัญ: การเจริญสติ, การเจริญสติเป็นฐาน, ผู้ติดสุรา, การประยุกต์ใช้

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สรรพสิทธิประสงค์ สถาบันพระบรมราชชนก

³อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล นครราชสีมา

¹Corresponding author: ทยาวิรุ จันทรวิวัฒน์, Email: tayawee@knc.ac.th

Mindfulness-Based Interventions for Alcohol Addiction: Application in Nursing

Tayawee Juntarawiwat, M.N.S.¹

Buppha Jaimun, M.N.S.²

Sumonthip Boonkerd, M.N.S.³

(Received: April 7th, 2020; Revised: November 18th, 2020; Accepted: November 24th, 2020)

Abstract

Current alcohol rehabilitation therapy has advanced significantly in terms of science and technology. However, the therapy is still primarily focused on symptomatic treatment, whilst problems among alcoholics are complex and diverse. By understanding the changes in the brain and nervous system, motivational behaviours, and their reality are essential to describing the alcoholic addiction cycle and relapse mechanism. This article aims to illustrate the mindfulness meditation foundation knowledge which has been applied in alcohol addiction patients using a literature review of various resources, including research articles, grey literature, and therapist's experiences in applying mindfulness meditation to alcoholics' rehabilitation. By illustrating the drinking mechanism, previous behaviour a rising from alcohol addiction, behaviour of alcoholics, and the effectiveness of mindfulness-based interventions for alcohol addiction, the mindfulness-based interventions help alcoholics to understand the mechanism of addiction, reduce alcohol consumption and cravings, and automatically change their drinking behaviours. Therefore, mindfulness-based intervention for alcohol addiction is an option for health care providers to utilise in a rehabilitation programme to help restore the balance of life and prevent relapses among alcohol addicted patients.

Keywords: mindfulness meditation, mindfulness -based, alcohol dependence, application

¹Registered Nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima, Praboromarajchanok Institute

²Registered Nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Praboromarajchanok Institute

³Lecturer, Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University, Nakhonratchasima,

¹Corresponding author: Tayawee Juntarawiwat, Email: tayawee@knc.ac.th

บทนำ

องค์การอนามัยโลกรายงานถึงการติดสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญลำดับ 7 ของการตายและความพิการของประชากรทั้งหมด ซึ่งเป็นเหตุให้ประชาชนเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 5.3 ของการตายทั้งหมดทั่วโลก (World Health Organization [WHO], 2019) นอกจากผลกระทบต่อผู้ติดสุราจะก่อให้เกิดการเจ็บป่วยที่ร้ายแรงและเกิดโรคทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ยังส่งผลให้เกิดความพิการและอันตรายถึงชีวิตอีกด้วย นอกจากนี้ยังพบว่ามีส่วนทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นทั้งทางด้านสาธารณสุขและเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจมหาศาล จากการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประเทศไทย พบว่าคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป มีความผิดปกติทางพฤติกรรมเกี่ยวกับการดื่มสุราถึง 2.7 ล้านคน โดยแบ่งออกเป็นผู้ดื่มแบบอันตราย 1.8 ล้านคน และเป็นผู้ดื่มแบบติดอีก 9 แสนคน อย่างไรก็ตาม คนกลุ่มนี้ได้เข้ารับการรักษาทิ้งร้อยละ 6.13 เท่านั้น (ปวีตร คตโคตร, 2562) ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาและข้อจำกัดของการเข้าถึงบริการและการบำบัดรักษาผู้ที่ติดสุราได้เป็นอย่างมาก

ผู้ติดสุราเป็นกลุ่มที่มีรูปแบบการดื่มซ้ำ ๆ ติดต่อกันเป็นเวลานาน จนเกิดปัญหาทางสมอง และความจำ โดยแสดงออกทางพฤติกรรมร่วมกับทางร่างกาย โดยมีระดับความรุนแรงตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงขั้นรุนแรงมาก ดังนั้นผู้ติดสุราควรได้รับการช่วยเหลือฟื้นฟูทั้งทางด้านสมอง ร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี การบำบัดรักษาผู้ติดสุราด้วยแนวคิดการเจริญสติ (Mindfulness meditation) ได้เริ่มมีการศึกษาในผู้ติดสารเสพติดช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ด้วยเทคนิคของการเจริญสติ ที่เป็นลักษณะของการตระหนักรู้ทางด้านอภิปัญญา โดยการมุ่งความใส่ใจ และการไม่ตัดสิน อยู่ขณะปัจจุบันกับความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และการรับรู้โดยไม่กังวลถึงอดีตและอนาคต (Garland & Howard, 2018) การบำบัดมุ่งเน้นให้ผู้ติดสุราเปลี่ยนพฤติกรรมนิสัยอัตโนมัติ ความเคยชินประสบการณ์การเรียนรู้ที่ฝังแน่นจากการใช้สุรา เป็นประสบการณ์ใหม่ การเรียนรู้ใหม่ที่ไม่ใช้สุราด้วยการตามดูความคิด อารมณ์ ความอยากของตนเองที่เกิดขึ้น ฝึกจัดการกับความคิดด้วยการพักอยู่กับปัจจุบัน ตามดูลมหายใจ ความรู้สึกของร่างกาย สร้างนิสัยใหม่ให้หลุดพ้นจากวงจรพฤติกรรมของการติดสุราและลดโอกาสการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ช่วยฟื้นฟูร่างกาย จิตใจให้เข้มแข็งขึ้น เปลี่ยนการทำงานของสมองและระบบประสาทให้กลับคืนสู่สมดุลคงเดิม

ผู้ติดสุราจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือให้ลด หรือหยุดปริมาณการดื่ม เพื่าระวังติดตามป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปเสพยา (Relapse) เนื่องจากผู้ติดสุราที่มีแนวโน้มที่จะกลับไปเสพยาสูงมากถึงร้อยละ 60-70 ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งในกลุ่มที่อยู่ระหว่างการบำบัด และกลุ่มที่เลิกได้สำเร็จแล้ว (Coriale et al., 2018) ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ติดสุรา พยาบาลควรมีองค์ความรู้เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างองค์รวมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น บทความนี้นำเสนอเกี่ยวกับหลักการเจริญสติเป็นฐานและการนำไปประยุกต์ใช้ดูแลกลุ่มผู้ติดสุรา ซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมองค์ความรู้ งานวิจัย เอกสารทางวิชาการ และประสบการณ์ผู้บำบัดที่เกี่ยวข้องกับการเจริญสติเป็นฐาน ซึ่งจะสามารถนำไปใช้เป็นทางเลือกในการบำบัดผู้ติดสุราและนำไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาลต่อไป

ความหมายของผู้ติดสุรา

ผู้ติดสุรา (Alcohol dependence) หมายถึง ผู้ที่มีลักษณะของการดื่มแบบที่มีความเสี่ยงสูงอันก่อให้เกิดอันตรายในระดับสูงสุด ไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มของตนเองได้จนก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และหน้าที่การงานความรับผิดชอบต่าง ๆ ซึ่งถ้าหากมีการลดปริมาณหรือหยุดดื่มจะทำให้มีอาการขาดสุรา มีความอยากดื่มสุรารอย่างมาก และยังคงดื่มแม้จะทราบถึงผลเสียที่เกิดขึ้น (พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2561) ลักษณะของผู้ติดสุราจะมีอาการต่าง ๆ ตามเกณฑ์วินิจฉัย DSM-5 ทั้งหมด 11 อาการ โดยมีอาการ 2 อย่าง หรือมากกว่าในช่วง 12 เดือน ได้แก่ ใช้สุรามากหรือนานกว่าที่ตั้งใจไว้ มีความตั้งใจอยู่เสมอที่จะลดแต่ไม่สำเร็จ ใช้เวลานานกับการได้มา การเสพ การฟื้นจากฤทธิ์สุรา มีความกระหายสุรารอย่างมาก ใช้สุราซ้ำ ๆ จนมีความบกพร่องในบทบาท และยังคงใช้สุราอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะเกิดปัญหาซ้ำ ๆ มีความลดลงในกิจกรรมหลัก มีการใช้สุราซ้ำ ทั้งที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกาย ยังคงใช้อย่างต่อเนื่อง แม้ทราบว่ามีปัญหาทางกายหรือจิตใจ มีอาการดี้อา และมีอาการขาดยา

ความรุนแรงของการติดสุราแบ่งได้ดังนี้ คือ ถ้าพบ 2-3 อาการ เป็นการติดสุราขั้นต้น พบ 4-5 อาการ เป็นการติดสุราขั้นปานกลาง และมากกว่า 6 อาการ เป็นการติดสุราขั้นรุนแรง (นันทวิช สิริธิรักษ์, 2558) ผู้ติดสุราในกลุ่มที่เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มที่มีอาการมากหรือรุนแรงแล้ว แต่มีจำนวนน้อยมากที่เข้ารับการรักษานับว่าเป็นช่องว่างขนาดใหญ่ในการบำบัดผู้ติดสุรา เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งตัวผู้ติดสุราครอบครัวสังคมบุคลากรสาธารณสุขเป็นต้นจึงควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ติดสุรา ด้านปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดสุราก่อนในเบื้องต้น

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดสุรา

ในปัจจุบันมุมมองทางประสาทวิทยาอธิบายพฤติกรรมติดสุราเป็นการเจ็บป่วยทางสมอง ปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดสุราเป็นปฏิกริยาร่วมกันระหว่างปัจจัยทางด้านชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม การแสดงออกของยีน วงจรสมอง และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่เป็นแรงผลักดันให้มีการใช้สุรา เช่น ความเครียด ระบบสังคมและวัฒนธรรม เป็นต้น ซึ่งปัจจัยหลักเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมจากครอบครัวประมาณครึ่งหนึ่งของปัจจัยเสี่ยงหรือประมาณร้อยละ 40-60 ทำให้เกิดความเปราะบางหรือจุดอ่อนต่อการติดสุราและการกลับไปเสพซ้ำ เพิ่มความไวในการตอบสนองต่อปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการเสพติด (Koob & Volkow, 2016) ส่งผลกระทบต่อกลไกการทำงานของวงจรสมอง

การศึกษาของ Filippi et al. (2019) พบความเชื่อมโยงรูปแบบโครงสร้างและการทำหน้าที่ของสมองรวมถึงบริเวณที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในกลุ่มบุคคลที่มีประวัติของครอบครัวที่ติดสุราพบว่า ปริมาณเนื้อสมองสีเทามีขนาดเล็กในสมองส่วนหน้าบริเวณซิงกูเลท (Cingulate) นิวเคลียสแอคคัมเบนส์ (Nucleus accumbens) และอินซูลาด้านขวา (Insula) จากการถ่ายภาพสมอง พบการกระตุ้นเปิดใช้งานของสมองซิงกูเลทส่วนหน้า (Anterior cingulate) เพื่อตอบสนองต่อการขาดรางวัลมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีประวัติเกี่ยวข้องกับสุรา นอกจากนี้บุคคลที่มีฟีโนไทป์ตอบสนองต่อสุราแตกต่างกันมีความไวต่อแรงจูงใจจากสิ่งเร้าแตกต่างกัน (Cofresí, Bartholow, & Piasecki, 2019) ซึ่งเป็นปฏิกริยาของวงจรสมอง

ทำให้ไวต่อตัวกระตุ้นง่ายขึ้น จึงตอบสนองความต้องการผลของสุราที่ทำให้เกิดความสุขไม่ใช่จากความชอบสุราเป็นแรงจูงใจที่สำคัญนำไปสู่การติดสุรา

กระบวนการพัฒนาสมองพบจุดอ่อนต่อการใช้สุราสำหรับวัยรุ่น สมองแต่ละส่วนพัฒนาความสมบูรณ์ไม่พร้อมกัน สมองของวัยรุ่นพบเปลือกสมองกลีบหน้าผากส่วนหน้า (Prefrontal cortex [PFC]) เป็นสมองส่วนคิดวิเคราะห์ภายใต้เหตุผลพัฒนาสมบูรณ์ช้ากว่าสมองส่วนอารมณ์ (Limbic system) และมีเครือข่ายเชื่อมโยงกับเนื้อสมองสีเทาซึ่งมีความหนาลดลง ส่งผลต่อการชินแนบสัประสาทรหว่างนิวรอน (Dahl et al., 2017) ทำให้วัยรุ่นตอบสนองตามอารมณ์ ด้วยความพึงพอใจ ชอบเสี่ยง สมองส่วน PFC ไม่สามารถควบคุมตนเองได้เต็มที่ นำไปสู่การขาดความยับยั้งชั่งใจ หุนหันพลันแล่นต่อการตัดสินใจใช้สุรา ไม่ทันคิดถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นตามมา ขาดการตัดสินใจด้วยการพิจารณาเหตุผล ดังนั้นสมองของวัยรุ่นเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น (Neuroplasticity) จึงพัฒนาการไปใช้สุราเร็วกว่าในผู้ใหญ่ (Volkow & Boyle, 2018) และมีความไวต่อสิ่งกระตุ้นทางสิ่งแวดล้อม เช่น ความเครียด สภาพแวดล้อมที่สัมพันธ์กับการใช้สุรา การเข้าถึงแหล่งจำหน่ายสุรา กลุ่มเพื่อน รวมถึงแรงกดดันทางสังคมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการใช้สุรา

ผู้ติดสุราพบความเสี่ยงมาตั้งแต่แรกเกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรมและผลจากการดื่มสุรายังส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงยีนในระยะยาวเช่นกัน รวมถึงผลต่อสมองเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจจากสิ่งเร้าที่มากเกินไป การสร้างนิสัยความเคยชิน ขาดรางวัลความเครียดของสมอง และบกพร่องการบริหารจัดการของสมองขั้นสูงซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล (Koob & Volkow, 2016) ผู้ติดสุราเริ่มใช้สุราจากการเสริมแรงจูงใจทางบวก แสวงหาผลจากสุราด้วยความพึงพอใจ ดังเช่น ใช้สุราเพื่อผ่อนคลาย นอนหลับ อายกลอง และคลายเครียด คาดหวังผลทางบวกจากการดื่มสุราแต่เมื่อมีการใช้สุราอย่างต่อเนื่องจะกลายเป็นใช้สุราเพื่อการเสริมแรงจูงใจทางลบ บรรเทาผลกระทบอารมณ์เชิงลบจากอาการทุกข์ทรมานของภาวะถอนสุรา แรงจูงใจทั้งทางบวกและทางลบมีบทบาทสำคัญต่อการดื่มของแต่ละบุคคล (Witkiewitz, Litten, & Leggio, 2019) ซึ่งมีกระบวนการเกิดนำไปสู่วงจรการติดสุรา

กระบวนการเกิดการติดสุรา

วงจรของการติดสุราอธิบายได้ตามกรอบแนวคิด Psychopathological Framework แต่ละขั้นจะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นนำไปสู่การเกิดพยาธิสภาพของการติดสุรา สมองจะเกิดการปรับตัวเพื่อรักษาภาวะสมดุลของร่างกายจากการเปลี่ยนแปลงรางวัลของสมองและกลไกของความเครียด (George & Koob, 2017) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะเริ่มใช้สุราและระยะมึนเมา (Binge/Intoxication) เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจจากสิ่งเร้าของสมองส่วนเบซัลแกงเกลีย (Basal ganglia) ในระยะแรกของการดื่มสุราจะเกิดความรู้สึกพึงพอใจจากการใช้สุราอย่างฉับพลัน ระดับสารสื่อประสาทโดปามีนที่เพิ่มมากขึ้น มีความไวต่อแรงจูงใจจากสิ่งเร้า การรับรู้ทางความคิดต่อสิ่งเร้าตามธรรมชาติลดลง ระยะต่อมาเมื่อใช้สุราซ้ำ ๆ จะเกิดอาการคือสุรามีอาการทางลบเพิ่มขึ้นเป็นแรงผลักดันที่สำคัญให้มีการใช้สุราในปริมาณที่เพิ่มมากขึ้น และยังคงใช้ต่อเนื่องอย่างเรื้อรัง สารสื่อประสาทเกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือ โดปามีน และโอปิออยด์ เปปไทด์ ทำให้มีอาการเคลิบเคลิ้มสุข

รวมถึงอาการเมาสุรา เกิดการกระตุ้นการเรียนรู้เสริมแรงแบบมีเงื่อนไขที่เกี่ยวกับสุราและพฤติกรรม การตอบสนองตามความเคยชินขึ้น

2. ระยะถอนสุราและผลกระทบเชิงลบ (Withdrawal/negative affect) เกี่ยวข้องกับการพร่อง รางวิล และความเครียดในสมองส่วนอะมิกดาลา (Amygdala) เกิดการเปลี่ยนแปลงสารสื่อประสาท ที่สำคัญได้แก่ คอร์ติโคโทรปิน, รีลิสซิงแฟกเตอร์, โดเนอร์ฟิน, นอร์อีพิเนฟริน, วาโซเพรสซิน, และ ไฮโปคริติน เมื่อไม่ได้ดื่มสุราสมองจะปรับตัวโดยลดการทำงานของระบบรางวิลในสมองลง ลดการกระตุ้น โดปามีนและเพิ่มความเครียดของสมองขึ้นจากอาการถอนสุรา มีผลต่ออารมณ์เชิงลบ เช่น ความรู้สึกกลัว วิดกกังวล ไม่สุขสบาย หงุดหงิด โมโห จึงต้องเสาะแสวงหาสุรามาดื่มเพื่อลดผลกระทบดังกล่าว

3. ระยะหมกมุ่น (Preoccupation/anticipation) เกี่ยวข้องกับความบกพร่องการบริหารจัดการ ของสมองชั้นสูง (Executive function) บริเวณเปลือกสมองกลีบหน้าผากส่วนหน้า (PFC) การเปลี่ยนแปลง สารสื่อประสาทที่สำคัญคือ กลูตาเมตและกาบา ในระยะนี้ความอยากที่เกิดขึ้นนับพลันของระบบรางวิล สมองตามความรุนแรงแตกต่างกันในแต่ละบุคคล การตอบสนองต่อความอยากอย่างรุนแรงส่งผลต่อการ ยับยั้งการทำงานของ PFC เกิดความผิดปกติการบริหารจัดการของสมองชั้นสูง รวมถึงความบกพร่องใน การตัดสินใจ การควบคุมตนเองความคิด ความจำ สมาธิ ผู้ติดสุราจึงมีพฤติกรรมหมกมุ่นเกี่ยวกับการดื่ม สุราแบบไม่สามารถควบคุมความคิดเป็นเหตุเป็นผลได้

แนวทางการบำบัดในผู้ติดสุรา

ผู้ติดสุรามีลักษณะแตกต่างกันตามปัจจัยเสี่ยงที่มีความเชื่อมโยงกันอย่างซับซ้อน การบำบัดที่มี ประสิทธิภาพจึงควรผสมผสานวิธีการที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ทั้งการบำบัดด้วยยาที่มีผลต่อตัวรับ สารสื่อประสาท และการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อปรับความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม แม้ปัจจุบันมีการ ค้นพบความก้าวหน้าในการบำบัดด้วยเทคโนโลยีวิธีการใหม่ ๆ แต่การศึกษายังไม่เพียงพอควรมีการศึกษา เพิ่มเติมอีกมาก เช่น การใช้ Neuro feedback ในการปรับเปลี่ยนการทำงานของสมอง การบำบัดกระตุ้น สมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การศึกษาตัวยาอื่น ๆ ที่อาจเป็นทางเลือกในบำบัดผู้ติดสุรา เช่น Topiramate Gabapentin Balcofen และ Ondansetron รวมถึงการบำบัดแบบระยะทางไกล (Telemedicine) ผ่านวิดีโอ คอนเฟอเรนซ์แบบเรียลไทม์ เป็นต้น ซึ่งวัตถุประสงค์ของการบำบัดเพื่อให้ผู้ติดสุราสามารถลด ละ เลิก การดื่มสุรา ป้องกันการกลับไปเสพยา และช่วยฟื้นฟูผู้ติดสุราให้สามารถดำรงชีวิตไปอย่างปกติสุข

การบำบัดด้วยยา (Pharmacological treatment) ในระยะแรกการบำบัดเพื่อถอนสุรา สามารถ บำบัดได้ทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกตามระดับความรุนแรงยาหลักที่ใช้ลดความรุนแรงของอาการถอน สุราเป็นยาในกลุ่ม Benzodiazepines ร่วมกับการบำบัดประคับประคองภาวะแทรกซ้อนหรือความเสี่ยง อื่น ๆ ในระยะต่อมาการบำบัดด้วยยาสำหรับผู้ติดสุราที่มีระดับการติดสุราขึ้นปานกลางถึงรุนแรง สามารถ บำบัดด้วยยาเพียงอย่างเดียว หรือบำบัดร่วมกับบำบัดทางจิตสังคมได้ ยาที่ได้รับรองจากองค์การอาหาร และยาของสหรัฐอเมริกา ได้แก่ ยา Acamprosate, Disulfiram และ Naltrexone ในการบำบัดควรเลือกใช้ ยา Naltrexone หรือยา Acamprosate เป็นยาตัวแรกเพื่อลดปริมาณการดื่มหรือหยุดการใช้สุรา และใช้ในกรณี

ไม่ตอบสนองต่อการบำบัดแบบไมใช้ยา กรณีใช้ยาทั้ง 2 อย่างแล้วไม่ตอบสนองให้เปลี่ยนไปใช้ยา Disulfiram และยากลุ่มอื่น ได้แก่ ยา Topiramate และ ยา Gabapentin แทน (Reus et al., 2018) สำหรับประเทศไทยมีเพียงยา Disulfiram และ Topiramate เท่านั้น แต่มีข้อจำกัดในการใช้ยา Disulfiram คือ พบอาการข้างเคียงสูง และยา Topiramate เป็นยากันชัก ยังไม่ได้รับรองในการใช้บำบัดผู้ติดสุรา

การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial treatment) รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมมีหลากหลายวิธี ซึ่งแต่ละรูปแบบมีประสิทธิภาพการบำบัดเท่าเทียมกันในการช่วยให้ผู้ติดสุราเลิกใช้สุราหรือลดปริมาณการดื่มลง (Witkiewitz et al., 2019) การบำบัดทางจิตสังคมเพียงอย่างเดียวเหมาะสมสำหรับผู้ติดสุราระดับขั้นต้นถึงระดับปานกลาง การบำบัดพบว่าจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้บำบัดต้องมีทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีความเข้าอกเข้าใจผู้อื่น หลีกเลี่ยงการแก้ไขปัญหาแบบการเผชิญหน้าและพัฒนาสัมพันธภาพที่ดีในการบำบัดอย่างเสมอ (Blonigen, Finney, Wilbourne, & Moos, 2015) ในช่วง 3 เดือนแรกของการบำบัดควรให้ความสำคัญในการจัดการบำบัดอย่างเหมาะสม เนื่องจากพบผู้ติดสุราหยุดการบำบัดและการกลับมาเสพยามากถึงร้อยละ 66 ซึ่งส่งผลต่อการบำบัดในเดือนต่อไป และควรมีความหลากหลายของการบำบัดตามลักษณะของผู้ติดสุรา สำหรับผู้ติดสุราที่มีแรงจูงใจสูงหรือติดสุราไม่รุนแรง การบำบัดอาจจะเข้มข้นน้อย ระยะเวลาบำบัดสั้นอย่างน้อย 3 เดือน และผู้ติดสุรารุนแรงการบำบัดควรเข้มข้นและระยะเวลาบำบัดนานขึ้นเป็นอย่างน้อย 6 เดือน และควรติดตามหลังการบำบัดทุกราย (Coriale et al., 2018)

การเจริญสติเป็นฐานในผู้ติดสุรา

สติ (Mindfulness) หมายถึง การระลึกรู้ และตั้งใจอยู่กับประสบการณ์เรื่องราวที่เกิดขึ้นในปัจจุบันขณะนั้น เวลานั้น โดยการยอมรับตามความเป็นจริง และไม่ตัดสินต่อประสบการณ์นั้น ๆ ส่วนการไม่มีสติ คือ การไม่ระลึกรู้ตัว ขาดความตั้งใจ ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมาตามอารมณ์โดยอัตโนมัติ เป็นเหตุให้เกิดความทุกข์และปัญหาทางสุขภาพจิต บุคคลมักเผชิญปัญหาแก้ไขเพียงภายนอกด้วยการหลีกเลี่ยงหนีความทุกข์ แต่ยิ่งเพิ่มความยากลำบาก ความรุนแรงในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น เช่น หนีความทุกข์ใจไปดื่มสุราเพียงเพราะคิดว่าดื่มแล้วสบายใจ การเจริญสติเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลยอมรับอารมณ์วางเฉยต่อความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น พุทธศาสนา เรียกว่า อุเบกขา การฝึกเจริญสติให้มีความเข้าใจ ยอมรับตามความจริง ซึ่งเป็นธรรมชาติทุกคนต้องพบเจออย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สอดคล้องกับความคิดเห็นของนักวิชาการทางด้านประสาทวิทยาที่อธิบายการฝึกฝนพัฒนาจิตใจอย่างสม่ำเสมอสามารถกำหนดโครงสร้างและการทำหน้าที่สมองได้ส่งผลต่อสมองเกิดการเปลี่ยนแปลงพัฒนาความยืดหยุ่นและการปรับตัวใหม่ (Neuroplasticity) ตามประสบการณ์ของจิตใจ (ริค แชนสัน และริชาร์ด แมนดิอัส, 2558)

สติมีลักษณะเป็นการไม่ตอบสนอง ยอมรับความคิดและอารมณ์ที่เป็นทุกข์ สังเกตความรู้สึกที่เกิดขึ้นทั้งภายนอกและภายใน โดยการแยกสภาวะทางอารมณ์และระลึกถึงความเป็นอัตโนมัติ การเจริญสติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเพิ่มความสามารถทางความคิด ความตั้งใจ และการทำหน้าที่ของระบบประสาทอัตโนมัติ เมื่อเผชิญกับสิ่งกระตุ้นที่เกี่ยวข้องกับสุราแต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการใช้สุราและความอยาก (Garland & Howard, 2018) พฤติกรรมผู้ติดสุราที่มีลักษณะขาดความตั้งใจ ตอบสนองต่อนิสัยโดยอัตโนมัติ ดังนั้นการฝึกเจริญสติโดยการไม่ตอบสนองต่ออารมณ์เชิงลบและความอยากอย่างเคยชิน

อัตโนมัตติ ผ่านการสังเกตตามคู่มือประกอบทางร่างกาย ความรู้สึก อารมณ์ ความคิดที่เกิดขึ้นด้วยความตระหนักรู้ เมื่อเวลาผ่านไปสังเกตถึงอารมณ์เชิงลบหรือความอยากจะลดลงไป ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติ ความจริงทุกสิ่งมีเกิดขึ้นและลดลงได้ ผู้คิดสูตรจะเรียนรู้การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นอย่างมีสติและปรับตัวได้แทนการตอบสนองโดยอัตโนมัตติ อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงนิสัยเดิมที่เคยทำอย่างอัตโนมัตติที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้สุรา

แนวทางการบำบัดด้วยการเจริญสติเป็นฐานป้องกันการกลับไปซ้ำ (Mindfulness-Based Relapse Prevention [MBRP]) เป็นรูปแบบการบำบัดที่มุ่งเน้นการจัดการอารมณ์ ปฏิบัติทางกายเมื่อมีความอยาก และการป้องกันการกลับไปติดซ้ำ ซึ่งพัฒนามาจากเทคนิคการป้องกันการกลับไปติดซ้ำตามกรอบแนวคิดของการปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรม และการบำบัดด้วยการเจริญสติเป็นฐาน แนวคิดการบำบัดด้วย MBRP 4 อย่าง ได้แก่ ความตระหนักรู้ (Awareness) การรับมือกับต่อสิ่งกระตุ้น (Triggers) การยอมรับอารมณ์ (Acceptance) และความสมดุลและการดำเนินชีวิต (Balance and lifestyle) กิจกรรมการฝึกปฏิบัติทำให้มีสติอยู่กับปัจจุบันขณะ ด้วยการสังเกตลมหายใจ สังเกตความคิดที่เป็นเพียงความคิดไม่ใช่ความจริง สังเกตจิตใจที่วอกแวกไม่อยู่นิ่งตลอดเวลา สังเกตความอยากที่เกิดขึ้นจากปฏิบัติทางร่างกายและจิตใจยอมรับโดยไม่ต้องหนี ไม่ต่อต้านหรือสู้กับมัน ฝึกละทิ้งทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้น เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกันระหว่างกายและจิต และมอบหมายการฝึกต่อเนื่องที่บ้าน สังเกตความอยากอารมณ์ด้านลบ สิ่งกระตุ้นและปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการพัฒนาการตระหนักรู้ อยู่กับปัจจุบัน และเกิดการยอมรับตามความเป็นจริงโดยไม่ตัดสิน

การบำบัดด้วยการเจริญสติเป็นฐานช่วยแก้ไขพฤติกรรมติดสุราเยี่ยวาความอยาก อารมณ์เชิงลบ และพฤติกรรมนิสัยอัตโนมัตติ โดยกลไกทางระบบประสาทเป็นการเพิ่มการทำงานการเชื่อมต่อภายในเครือข่ายสมองของกระบวนการกำกับตนเอง (Self-regulation) โดยการควบคุมจากบนลงล่าง (Top-down) เป็นการตอบสนองที่เกิดจากการรู้คิดมากกว่าการตอบสนองแบบอัตโนมัตติ ทำให้เกิดความตั้งใจ มุ่งมั่นที่จะหยุดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้สำเร็จตามเป้าหมาย และผลการเจริญสติช่วยเพิ่มการทำงานสมองระหว่างเครือข่ายการควบคุมการรู้คิดกับโครงสร้างสมองส่วนกระบวนการกำกับตนเองที่ควบคุมจากล่างขึ้นบน (Bottom-up) ซึ่งเป็นการตอบสนองแบบอัตโนมัตติทันที (Garland & Howard, 2018) ไม่ต้องใช้ความคิดมาควบคุม การเพิ่มการเชื่อมต่อการทำงานทั้งภายในสมองจากบนลงล่างและระหว่างวงจรประสาทการรู้คิดกับการทำงานสมองจากล่างไปบนนี้ จะทำให้ผู้ติดสุรามีแรงจูงใจในการกำกับตนเองจากการใช้สุรา ช่วยจัดการอาการทางสรีรวิทยาเพื่อหยุดพฤติกรรมนิสัยอัตโนมัตติ จัดการปฏิกิริยาการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ความเครียด และปรับโครงสร้างกระบวนการให้รางวัล จะเห็นได้ว่าการเพิ่มกลไกการทำงานสมองส่วนคิดให้สามารถทำงานอย่างเข้มแข็งมากกว่าสมองอารมณ์ เรียนรู้ด้วยสติ ใช้ปัญญาพิจารณาเท่าทันในอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกไม่ตอบสนองความอยากด้วยการขาดความยับยั้งชั่งใจ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่มุ่งสู่เป้าหมายที่ดีต่อสุขภาพต่อไป

บทบาทของพยาบาลในการนำการเจริญสติเป็นฐานเพื่อการดูแลผู้ติดสุรา

ผู้ติดสุรามีความซับซ้อนของปัญหาแตกต่างกันในแต่ละบุคคล หากพยาบาลมีความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางด้านสมอง ระบบประสาทของการติดสุรา และการบำบัดด้วยการเจริญสติเป็นฐานโดยการปรับเปลี่ยนกระบวนการทางความคิด อารมณ์ และจิตใจ เป็นส่วนสำคัญในการควบคุมกำกับตนเอง และกระบวนการให้รางวัลของสมอง การเชื่อมโยงกับการใช้แนวคิด ลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) เพื่อประเมินพฤติกรรม ความคิด หรือความตั้งใจที่จะเกิดแรงจูงใจขึ้น และนำไปวางแผนการพยาบาลจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ติดสุราอย่างองค์รวม ซึ่งมีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงเป็นวงจรต่อเนื่องกัน นำมาประยุกต์ใช้ในบทบาทพยาบาล ได้แก่ กลุ่มผู้ติดสุราเฉยเมย กลุ่มผู้ติดสุราลังเลใจ และกลุ่มผู้ติดสุราตัดสินใจควรส่งเสริมการสร้างความรู้กลุ่มผู้ติดสุราลงมือปฏิบัติ และกลุ่มผู้ติดสุรากระทำต่อเนื่อง ควรส่งเสริมการยอมรับอารมณ์ และการรับมือต่อสิ่งกระตุ้น กลุ่มผู้ติดสุราสิ้นสุด ส่งเสริมการสร้างความรู้ความสมดุลในการดำเนินชีวิต มีรายละเอียดดังนี้ (ทยาวิร์ จันทรวิวัฒน์ และชนกฤทัย ชื่นอารมณ์, 2561)

1. กลุ่มเฉยเมย (Precontemplation) เป็นกลุ่มที่ไม่ยอมรับว่าพฤติกรรมติดสุราเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการปรับเปลี่ยน นอกจากนี้ผู้ติดสุรายังไม่ตระหนักและไม่มีแนวคิดที่จะลด ละ เลิกพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งผู้ติดสุราอาจมีความคิดว่าสามารถควบคุมการดื่มของตนเองได้ และไม่สนใจที่จะขอรับความช่วยเหลือใดๆ เป็นกลุ่มที่มีลักษณะปฏิเสธการคิด ไม่ได้ผ่านการคิดใช้อารมณ์นำไปดื่มสุรา ในการทำกิจกรรมการฝึกเจริญสติในผู้ติดสุรากลุ่มนี้พยาบาลควรสร้างความตระหนักรู้ สะท้อนให้ผู้ติดสุราได้เริ่มคิดตระหนักถึงอันตรายและปัญหาความทุกข์ที่เกี่ยวกับการติดสุราสะท้อนให้เกิดการคิดที่อยากจะเริ่มเปลี่ยนแปลงตนเองเป็นแรงจูงใจหรือรางวัลที่จะได้รับให้มากพอ ฝึกสติให้เกิดความตระหนักรู้ถึงพฤติกรรมนิสัยอัตโนมัติที่เป็นปัญหาสำคัญของการติดสุราจากการทำตามความเคยชิน นำไปสู่การติดสุราและตระหนักรู้ถึงปัญหาต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นตามมาเป็นการฝึกใช้สมองส่วนคิดแทนการใช้สมองส่วนอารมณ์นำเหตุผลเพียงอย่างเดียว

2. กลุ่มลังเลใจ (Contemplation) เป็นกลุ่มที่ไม่แน่ใจถึงพฤติกรรมการดื่มสุรว่าเป็นผลดีหรือไม่ ผู้ติดสุราจะเริ่มคิดถึงพฤติกรรมติดสุราเป็นปัญหาที่ต้องปรับเปลี่ยน เริ่มคิดถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา เริ่มมองหาผลดีและผลเสียของการดื่มสุรามากขึ้น อย่างไรก็ตามผู้ติดสุรากลุ่มนี้ยังคงมองเห็นผลเสียของการดื่มสุราค่อนข้างน้อย จึงมักจะเกิดความสับสนว่าจะเลิกดื่มสุราหรือไม่ และยังไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดื่มสุราอย่างจริงจัง เป็นกลุ่มที่มีลักษณะเริ่มคิดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นการทำงานของสมองส่วนคิด สำหรับกิจกรรมในการฝึกสติในกลุ่มนี้พยาบาลควรสร้างความตระหนักรู้ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งกระตุ้น อารมณ์เชิงลบ และความคิดวิเคราะห์หาเหตุผลอย่างแท้จริงถึงผลเสียเป็นอย่างไรและเรียนรู้การได้เห็นถึงเหตุผลของการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น เรียนรู้รางวัลที่จะได้รับหากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เช่น ในเบื้องต้นช่วยบรรเทาความทุกข์ใจ เกิดความผ่อนคลายและให้ตัดสินใจเลือกโดยมีเหตุผลสนับสนุนตามความเป็นจริง เป็นการส่งเสริมการใช้สมองส่วนกระบวนการกำกับตนเอง ที่ควบคุมจากบนลงล่าง

3. กลุ่มตัดสินใจ (Determination) เป็นกลุ่มที่เริ่มตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเตรียมการถึงวิธีการที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกิจกรรมในการฝึกสติในกลุ่มนี้ พยาบาลควรสร้างความตระหนักรู้ด้วยการสำรวจตนเองเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับสิ่งกระตุ้น สถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง และความอยาก เป็นการเพิ่มความรู้สึกในการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ทำให้พัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นำไปสู่การเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) ให้สูงขึ้น เกิดความตั้งใจ ยึดมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการติดสุราให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้เป็นการส่งเสริมการใช้สมองส่วนกระบวนกรกำกับตนเองที่ควบคุมจากบนลงล่าง

4. กลุ่มลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นกลุ่มที่เริ่มลงมือปฏิบัติการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลด ละ เลิกดื่มสุรา เริ่มปฏิบัติตามแนวทางที่ได้วางแผนไว้ กิจกรรมในการฝึกสติในกลุ่มนี้ พยาบาลควรส่งเสริมการยอมรับ อารมณ์เชิงลบที่เกิดขึ้นจากภาวะถอนสุรา ฝึกสติการจัดการกับอารมณ์ การลดอารมณ์เชิงลบ วางเฉยด้วยใจที่เป็นกลาง ฝึกสติจัดการกับความอยาก ฝึกสติการรับมือกับสิ่งกระตุ้น เป็นการปรับกระบวนกรทำงานของสมองส่วนอารมณ์ สร้างความแข็งแกร่งของวงจรสมองส่วนล่างให้มีการกำกับตนเองที่ควบคุมจากล่างขึ้นบน

5. กลุ่มกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) เป็นกลุ่มที่สามารถปฏิบัติตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ สามารถหยุดใช้สุราได้ต่อเนื่องเป็นระยะเวลาหนึ่ง และยังคงตั้งใจที่ปฏิบัติต่อไป กิจกรรมในการฝึกสติในกลุ่มนี้ พยาบาลควรส่งเสริมการยอมรับ อารมณ์ ความคิดในการเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง โดยไม่ต้องต่อต้านหรือต่อสู้ นำมาสู่จิตใจที่สงบนิ่งผ่อนคลาย และการป้องกันการกลับมาเสพติดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ตอบสนองด้วยสติที่จะหยุดโซ่ของความคิดและเลือกที่จะตอบสนองด้วยการยอมรับ และไม่ตัดสิน มีวิธีการเห็นอกเห็นใจที่มีต่อประสบการณ์ของตัวเอง ในบางครั้งเพียงแค่เริ่มพลั้งเผลอไปดื่ม (Lapse) แล้วคิดว่าตนเองล้มเหลว ไม่สามารถเลิกได้อย่างที่ตั้งใจ อาจรู้สึกไม่ดีต่อตัวเอง รู้สึกผิดหวัง นำไปสู่การดื่มอย่างต่อเนื่องและกลับไปติดจริงอีกครั้ง ควรสนับสนุนให้ผู้ติดสุราได้เท่าทันต่อความรู้สึกจากการพลั้งเผลอเพียงชั่วคราว ซึ่งเป็นธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลง แต่เมื่อรู้ตัวให้นำกลับมาตั้งใจใหม่เหมือนเดิม สนับสนุนการตั้งมั่นใหม่ สนับสนุนกำลังใจ กระตุ้นให้ใช้พลังจากสมองส่วนบนให้มีความตั้งใจและมุ่งมั่นต่อไป

6. กลุ่มสิ้นสุด (Termination) เป็นกลุ่มที่สามารถเลิกดื่มสุราได้สำเร็จนานเกิน 12 เดือน พยาบาลควรส่งเสริมการสร้างสมดุลในการดำเนินชีวิต เป็นการดูแลตนเองและแหล่งสนับสนุนทางสังคม ในการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อลดความโน้มเอียงไปสู่การกลับไปติดซ้ำ ควรใช้สติทุกวันเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต การเปลี่ยนจากวิถีชีวิตจากการพึ่งพาสุราไปสู่การยอมรับวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ โดยเริ่มจากการหมั่นฝึกสติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ค่อยๆ ปรับเปลี่ยนและทำในแบบที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคลมากที่สุดและนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อไม่ให้เกิดแรงต้านในการปฏิบัติและเป็นไปตามการดำเนินชีวิตจริงอย่างเป็นธรรมชาติที่สุด การปฏิบัติดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดการกระตุ้นผลักดันในการปฏิบัติมากขึ้นโดยอัตโนมัติ เกิดเป็นพฤติกรรมใหม่แทนที่พฤติกรรมเดิม เป็นการส่งเสริมการพัฒนาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของวงจรสมองใหม่ (Neuroplasticity) เพิ่มความแข็งแกร่งของวงจรสมองห่างไกลจากสุราได้อย่างยั่งยืนต่อไป

บทสรุป

มุมมองทางด้านประสาทวิทยา อธิบายถึงปัจจัยเสี่ยงเชื่อมโยงกันอย่างซับซ้อนระหว่างปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมของผู้ติดยาที่ส่งผลต่อการปรับตัวของสมอง เพื่อรักษาสภาวะสมดุลของร่างกาย เกี่ยวกับแรงจูงใจจากสิ่งเร้าที่มากเกินไป การบกพร่องของระบบรางวัลในสมอง การทำหน้าที่บริหารจัดการขั้นสูงของสมองลดลงส่งผลให้ผู้ติดยามีลักษณะปัญหาที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ติดยา ควรมีองค์ความรู้ในการวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งการประยุกต์ใช้แนวคิดการเจริญสติเป็นฐานและแนวคิดลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มผู้ติดยามุ่งเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากชีวประสาท ปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด อารมณ์ จะนำไปสู่การคิดสร้างทางเลือกใหม่ในการดูแลตนเอง การวางแผนการพยาบาลให้มีความเหมาะสมกับพฤติกรรมแรงจูงใจของผู้ติดยาในแต่ละกลุ่มผลักดันให้เกิดปรับเปลี่ยนตามลำดับขั้นต่อไป ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ผู้ติดยาลดการพึ่งพาสารลง และดำเนินชีวิตด้วยวิถีสติพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเองให้ดีขึ้นอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- ทยาวิรุ จันทรวินันท์, และชนกฤทัย ชื่นอารมณ์. (2561). การเจริญสติในผู้ป่วยติดสารเสพติด: มุมมองทางด้านสมองและประสาทวิทยา. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 11(3), 166-175.
- นันทวัช สิริธิรักษ์. (2558). *จิตเวช ศิริราช DSM-5* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์.
- ปวิตร คตโคตร. (2562). *แผนงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ปี 2562-2564*. นนทบุรี: กองนวัตกรรมและวิจัย (กนว.) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- พันธุ์ธนา กิตติรัตนไพบูลย์. (2561). *แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด.
- ริค แชนสัน, และริชาร์ด แมนดิอัส. (2558). *สมองแห่งพุทธะ[Buddha's Brain]* (ฉัชร สยามวาลา, ผู้แปล). กรุงเทพฯ: อมรินทร์ธรรมะ อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- Blonigen, D. M., Finney, J. W., Wilbourne, P. L., & Moos, R. H. (2015). Psychosocial treatments for substance use disorders. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 731–761). Oxford: Oxford University Press.
- Cofresí, R. U., Bartholow, B. D., & Piasecki, T. M. (2019). Evidence for incentive salience sensitization as a pathway to alcohol use disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 107, 897-926.
- Coriale, G., Fiorentino, D., De Rosa, F., Solombrino, S., Scalese, B., Ciccarelli, R., . . . Ceccanti, M. (2018). Treatment of alcohol use disorder from a psychological point of view. *Rivista Di Psichiatria*, 53(3), 141-148.
- Dahl, R., Suleiman, A., Luna, B., Choudhury, S., Noble, K., Lupien, S. J., . . . Uncapher, M. R. (2017). *The adolescent brain: A second window of opportunity*. Florence, Italy: UNICEF Office of Research.

- Filippi, I., Hoertel, N., Artiges, E., Airagnes, G., Guérin-Langlois, C., Seigneurie, A. S., . . . Rahim, M. (2019). Family history of alcohol use disorder is associated with brain structural and functional changes in healthy first-degree relatives. *European psychiatry*, 62, 107-115.
- Garland, E. L., & Howard, M. O. (2018). Mindfulness-based treatment of addiction: Current state of the field and envisioning the next wave of research. *Addiction Science & Clinical Practice*, 13(1), 1-14.
- George, O., & Koob, G. F. (2017). Individual differences in the neuropsychopathology of addiction. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(3), 217-229.
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760-773.
- Reus, V. I., Fochtmann, L. J., Bukstein, O., Eyler, A. E., Hilty, D. M., Horvitz-Lennon, M., ... McIntyre, J. (2018). The American Psychiatric Association practice guideline for the pharmacological treatment of patients with alcohol use disorder. *American Journal of Psychiatry*, 175(1), 86-90.
- Volkow, N. D., & Boyle, M. (2018). Neuroscience of addiction: Relevance to prevention and treatment. *American Journal of Psychiatry*, 175(8), 729-740.
- Witkiewitz, K., Litten, R. Z., & Leggio, L. (2019). Advances in the science and treatment of alcohol use disorder. *Science Advances*, 5(9), 1-11.
- World Health Organization. (2019). *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf>

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาลขอเชิญชวนส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร โดยผลงานวิชาการที่ลงตีพิมพ์ทุกเรื่องจะได้รับการพิจารณาและกลั่นกรองจากผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้น ๆ อย่างน้อยเรื่องละ 2 คน โดยผู้พิจารณาและผู้นิพนธ์ไม่ทราบชื่อกันและกัน (Double-blinded review)

ประเภทของเรื่องที่จะตีพิมพ์

วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล รับผิดชอบตีพิมพ์ผลงานวิชาการ 2 ประเภท ดังนี้

1. รายงานผลการวิจัยทางสุขภาพและการศึกษาพยาบาล
2. บทความวิชาการที่เกี่ยวกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ แบ่งเป็น 3 ประเภทดังนี้
 - 2.1 บทความจากการทบทวนวรรณกรรม (Literature review)
 - 2.2 บทความเกี่ยวกับทฤษฎี (A theory-oriented paper)
 - 2.3 บทความเกี่ยวกับวิธีวิทยาการวิจัย (A methodological paper)

เงื่อนไขในการพิจารณาผลงาน

กองบรรณาธิการจะรับพิจารณาเฉพาะต้นฉบับที่จัดทำตามเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

เงื่อนไขก่อนกระบวนการกลั่นกรองผลงาน

1. ผู้นิพนธ์ต้องชำระค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์ จำนวน 4,000 บาท เมื่อบทความเข้าสู่กระบวนการกลั่นกรองแล้ว จะไม่คืนเงินไม่ว่ากรณีใด ๆ
2. ผลงานวิจัยจะต้องได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากหน่วยงานที่เก็บข้อมูลมหาวิทยาลัย หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยส่งสำเนาหนังสือรับรองมาพร้อมกับบทความต้นฉบับ

เงื่อนไขด้านจริยธรรมของผู้นิพนธ์

1. ผลงานวิชาการที่ส่งเพื่อรับการพิจารณาจะต้องเป็นผลงานใหม่ ไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน หรือไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น และต้องไม่มีการคัดลอกผลงาน (Plagiarism) ทั้งของตนเองและผู้อื่น หากผู้นิพนธ์ประสงค์จะยกเลิกการพิจารณาโปรดอีเมลแจ้งมาที่กองบรรณาธิการ
2. ในรายงานผลการวิจัย ผู้นิพนธ์ต้องรายงานข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น ไม่ให้ข้อมูลที่บิดเบือนหรือทำให้เข้าใจผิด และผู้นิพนธ์ที่มีชื่อในบทความทุกคนต้องมีส่วนในการดำเนินการวิจัยจริง
3. หากมีการนำผลงานวิชาการของผู้อื่นมาใช้ในผลงานตัวเอง ผู้นิพนธ์ต้องอ้างอิงอย่างครบถ้วนทั้งในเนื้อหา (In-text citation) และเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ (Reference list) โดยใช้รูปแบบการอ้างอิงของสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา (American Psychological Association [APA]) ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 6

เงื่อนไขด้านความถูกต้องของรูปแบบเอกสารและอื่น ๆ

1. เขียนบทความโดยใช้เทคนิคการเขียนเชิงวิทยาศาสตร์ (Scientific writing) เพื่อสื่อสารข้อมูลไปยังนักวิทยาศาสตร์ในสาขาอื่น ตรวจสอบความถูกต้องของไวยากรณ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ภาษาที่ผู้อ่านเข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงศัพท์เฉพาะวิชาชีพ หากแปลหรือเขียนทับศัพท์ภาษาต่างประเทศให้ใช้ตามคำแนะนำของราชบัณฑิตยสภา

2. จัดรูปแบบเอกสารตามคำแนะนำในการส่งต้นฉบับอย่างเคร่งครัด เขียนบทคัดย่อให้สอดคล้องกันทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยให้มีผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษตรวจสอบก่อนการส่งบทความ

3. แก้ไขต้นฉบับตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการอย่างครบถ้วน แม้ว่าจะตรวจพบข้อแก้ไขหลังการออกหนังสือตอบรับแล้วก็ตาม หรือมีคำอธิบายที่เหมาะสมกรณีไม่ประสงค์จะแก้ไข แล้วจัดส่งบทความที่แก้ไขแล้วมายังกองบรรณาธิการในระยะเวลาที่กำหนด

เป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์ในการปฏิบัติตามเงื่อนไขดังกล่าวอย่างเคร่งครัดและครบถ้วน ทั้งก่อน ระหว่างและหลังกระบวนการกลั่นกรอง หากมีการตรวจพบข้อเท็จจริงในภายหลังว่าต้นฉบับไม่ถูกต้องตามเงื่อนไข กองบรรณาธิการฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการยกเลิกการพิจารณา ยกเลิกใบตอบรับ หรือถอนบทความออกจากวารสาร

ในกรณีที่ผู้นิพนธ์มีเจตนาละเมิดจรรยาบรรณ เช่น เขียนข้อมูลเท็จ ทำให้เข้าใจผิดว่าผลงานผู้อื่นเป็นผลงานของตนเอง ส่งผลงานเข้ารับการพิจารณาซ้อนกับวารสารอื่น หรือละทิ้งผลงานโดยไม่แจ้งล่วงหน้า กองบรรณาธิการฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการส่งหนังสือแจ้งไปยังผู้บังคับบัญชาหรืออาจารย์ที่ปรึกษา หากผลงานนั้นเกี่ยวข้องกับการศึกษาในทุกระดับ และไม่รับพิจารณาผลงานอีกต่อไป

ทั้งนี้วารสารจะไม่รับผิดชอบใด ๆ ในกรณีที่ตรวจพบภายหลังว่าบทความนั้นเป็นการคัดลอกผลงานวิชาการ (Plagiarism)

คำแนะนำในการส่งต้นฉบับ

คำแนะนำทั่วไป

1. ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษมีเนื้อความตรงกัน
2. พิมพ์ชื่อผู้พิมพ์และผู้ร่วมพิมพ์พร้อมวุฒิการศึกษาสูงสุด (ย่อ) ไว้ใต้ชื่อเรื่อง ส่วนตำแหน่งวิชาชีพและสถานที่ทำงานเขียนไว้ที่เชิงอรรถ
3. มีบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวไม่ควรเกิน 300 คำ จัดเป็นย่อหน้าเดียว ไม่จัดเยื้อง
4. เขียนอ้างอิงถูกต้องตรงกันทั้งในเนื้อหาและรายการท้ายเรื่อง จำนวนไม่ควรเกิน 30 ชื่อเรื่อง
5. ความยาวต้นฉบับ
 - 5.1 บทความวิจัย 15 หน้า รวมเอกสารอ้างอิงและบทคัดย่อ
 - 5.2 บทความวิชาการ 12 หน้า รวมเอกสารอ้างอิงและบทคัดย่อ

คำแนะนำในการเขียนบทคัดย่อเฉพาะประเภท

1. บทคัดยอรายงานการวิจัย ประกอบด้วยปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะสำคัญของระเบียบวิธีวิจัยที่เลือกใช้ ผลการวิจัย โดยให้รายงานสถิติที่สำคัญ รวมทั้งขนาดของผล (Effect size) ช่วงความเชื่อมั่น (Confidence interval) และระดับนัยสำคัญ
2. บทคัดยอรายงานการทบทวนวรรณกรรมหรือการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ประกอบด้วยปัญหาการวิจัย เกณฑ์ในการประเมินและเลือกรายงานการวิจัย ประเภทของผู้เข้าร่วมการวิจัยในรายงานวิจัยที่เลือกมา รายงานผลการวิจัยที่สำคัญ รวมถึงขนาดของผลที่สำคัญที่สุด และตัวแปรกำกับ (Moderator) ที่สำคัญต่อขนาดของผลเหล่านั้น สรุป ข้อจำกัด และคำแนะนำการนำไปใช้ในด้านทฤษฎี นโยบาย และ/หรือ การปฏิบัติ
3. บทคัดยอบทความเกี่ยวกับทฤษฎี นำเสนอแนวคิดพื้นฐานและลักษณะสำคัญของทฤษฎีปรากฏการณ์ที่เหมาะสมในการนำทฤษฎีไปอธิบาย และเชื่อมโยงไปสู่ผลลัพธ์ที่ได้จากการนำทฤษฎีไปใช้
4. บทคัดยอบทความเกี่ยวกับวิธีวิทยาการวิจัย อธิบายการแบ่งประเภทและลักษณะสำคัญของวิธีวิจัยที่นำเสนอ ลักษณะปัญหาการวิจัยที่เหมาะสมในการนำไปใช้กระบวนการ ลักษณะสำคัญหรือประเด็นการวิเคราะห์ทางสถิติที่เกี่ยวข้องกับระเบียบวิธีที่นำเสนอ

คำแนะนำสำหรับบทความแต่ละประเภท

บทความวิชาการ มีส่วนประกอบเหมือนในคำแนะนำทั่วไป และแบ่งเนื้อหาเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. บทนำให้อธิบายการได้มาซึ่งความรู้และความสำคัญของเรื่องที่เขียน และจุดประสงค์การเขียน
2. เนื้อเรื่อง แบ่งเป็นหัวข้อใหญ่ หัวข้อย่อย และหัวข้อย่อยตามความเหมาะสม
3. บทสรุป สรุปสาระสำคัญและเน้นให้เห็นความสำคัญของหัวข้อที่เขียนต่อวิชาชีพพยาบาล

บทความวิจัย แบ่งเนื้อหา ดังนี้

1. บทนำ (หัวข้อใหญ่) ให้อธิบายความสำคัญของประเด็นที่ศึกษาความสัมพันธ์กับงานวิจัยที่ผ่านมา สมมติฐาน จุดประสงค์ และการเชื่อมโยงกับทฤษฎีที่ใช้ แบ่งเป็นหัวข้อรองดังนี้

- วัตถุประสงค์ และ/หรือ คำถามการวิจัย (ถ้ามี)
- สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)

2. วิธีดำเนินการวิจัย (หัวข้อใหญ่) เขียนย่อหน้า 1 ย่อหน้า เกี่ยวกับการออกแบบการวิจัย ระยะเวลาและสถานที่เก็บข้อมูล และขอบเขตการวิจัย แล้วแบ่งหัวข้อรอง ตามลำดับดังนี้

- **นิยามเชิงปฏิบัติการ (ถ้ามี)** อธิบายความหมายของตัวแปรและวิธีการวัดในการวิจัยนี้
- **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** อธิบายลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง กระบวนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นต้น
- **การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล** อธิบายการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ระบุหมายเลขการรับรองวันที่และช่วงเวลาที่รับรองโดยคณะกรรมการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หากเป็นการวิจัยในกลุ่มเปราะบางหรือลักษณะพิเศษ เช่น เด็ก สตรีตั้งครรภ์ หรือพระภิกษุ ให้อธิบายพอสังเขปว่านักวิจัยได้พิทักษ์สิทธิให้เหมาะสมกับกลุ่มเปราะบางเหล่านั้นอย่างไร
- **เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย** อธิบายลักษณะเครื่องมือโดยสังเขป ระบุว่าเป็นการสร้างหรือพัฒนาจากเครื่องมืออื่น รวมทั้งจำนวนข้อ การตอบ ระดับ วิธีการวัด และการให้คะแนน
- **การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ** อธิบายการหาความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือ หากพัฒนาจากเครื่องมือเดิมให้อ้างอิงและระบุขั้นตอนการขอตัดแปลงหรือแปลเครื่องมือ
- **วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล** อธิบายขั้นตอนการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง การบริหารเครื่องมือวิจัย อาจเขียนเป็นแผนภูมิประกอบหากการวิจัยนั้นมีหลายขั้นตอน หรือมีกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม
- **การวิเคราะห์ข้อมูล** ระบุสถิติที่ใช้วิเคราะห์ให้เหมาะสมตามประเภทของข้อมูล ตัวแปรหรือระดับการวัด รวมทั้งผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (ถ้ามี) ของสถิติที่เลือกใช้

3. ผลการวิจัย (หัวข้อใหญ่) เขียนสรุปการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนำเสนอ 1 ย่อหน้า แล้วอธิบายผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด รวมทั้งส่วนที่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ไม่คาดคิด หรือมีขนาดของผลน้อย (Small effect size)

4. อภิปรายผลการวิจัย (หัวข้อใหญ่) เขียนให้ชัดเจนว่าผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานหรือไม่ แล้วอภิปรายความคิดเห็นของนักวิจัยประกอบกับวรรณกรรมอื่นที่เห็นตรงหรือแย้งกัน ควรเขียนตามลำดับสมมติฐานหรือวัตถุประสงค์ และจัดหัวข้อตามรูปแบบการพิมพ์ในตารางที่ 1

5. สรุปและข้อเสนอแนะ (หัวข้อใหญ่) เขียนย่อหน้าสรุปข้อคิดเห็นของนักวิจัยต่อผลการวิจัยที่สำคัญโดยมีเหตุผลสนับสนุนอย่างหนักแน่นเพียงพอ เขียนความสำคัญของผลการวิจัยต่อการพัฒนาทฤษฎี การปฏิบัติการพยาบาล หรือการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง ตลอดจนปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข หรือประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่จากข้อค้นพบในการวิจัยนี้

6. กิตติกรรมประกาศ (หัวข้อใหญ่) ขอบคุณบุคคลหรือองค์กรที่มีส่วนช่วยเหลือในการวิจัยนี้ (ถ้ามี)

7. เอกสารอ้างอิง (หัวข้อใหญ่) เขียนถูกต้องตามรูปแบบของ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 6 และมีรายการครบถ้วนตามที่ได้อ้างในเนื้อหา

การจัดรูปแบบทั่วไป

พิมพ์ต้นฉบับบทความด้วยโปรแกรม **Microsoft word** กำหนดขนาดกระดาษเป็น **A4** จักระยะขอบกระดาษ **1 นิ้ว**โดยรอบ ใช้อักษร **Angsana new** ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 บรรทัด และจัดรูปแบบในหัวข้อต่าง ๆ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รูปแบบการพิมพ์เพื่อเตรียมต้นฉบับบทความ

รายการ	ลักษณะตัวอักษร	รูปแบบการพิมพ์	ขนาดตัวอักษร
ชื่อบทความ	หนา	กลางหน้ากระดาษ	18
ชื่อผู้เขียนบทความ	เอน	ชิดขวา	16
บทคัดย่อ	ปกติ	กลางหน้ากระดาษ	18
Abstract	ปกติ	กลางหน้ากระดาษ	18
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานของผู้แต่ง (เชิงอรรถ)	ปกติ	ชิดซ้าย	14
หัวข้อใหญ่	หนา	ชิดซ้าย	18
หัวข้อย่อย	หนา	ชิดซ้าย	16
หัวข้อย่อย	ปกติ	ใช้หมายเลขกำกับ (ไม่เกิน 4 ลำดับ)	16
ข้อความในเนื้อหา	ปกติ		16
ข้อความในตาราง	ปกติ		14

การส่งบทความ

ส่งต้นฉบับที่สมบูรณ์ผ่านช่องทางของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai – Journal Citation Index Centre [TCI]) ที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/issue/view/14215> หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม โปรดโทรติดต่อที่หมายเลขโทรศัพท์ 044-243-020 ต่อ 112 หรือ โทร. 093 – 321-8357 (ผู้จัดการวารสาร) หรือ E-mail : ascharintorn@knc.ac.th โทร. 086-891-8522 (บรรณาธิการวารสาร) หรือทาง E-mail: journal@knc.ac.th

การเขียนอ้างอิงแบบ APA Style

คำแนะนำนี้สรุปเฉพาะการเขียนอ้างอิงตามคู่มือ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 6 ประเด็นอื่นที่ไม่ได้กล่าวไว้เช่น การใช้อักษรย่อ การนำเสนอสถิติและการออกแบบตาราง เป็นต้น ให้ผู้แต่งยึดตามคู่มือดังกล่าวเป็นหลัก

การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation)

ใช้วิธีการอ้างอิงแบบนาม-ปี ผู้แต่งชาวไทยให้ระบุชื่อและนามสกุล ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และปีที่พิมพ์ ส่วนผู้แต่งชาวต่างประเทศให้ระบุเฉพาะนามสกุล ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และปีที่พิมพ์ ถ้ามีผู้แต่ง 3-5 คน ให้ระบุชื่อผู้แต่งทั้งหมดในการอ้างอิงครั้งแรก แต่ครั้งต่อไปให้อ้างคนแรกและตามด้วย *และคณะ* หรือ *et al.* ถ้าผู้แต่งมี 6 คนขึ้นไป ให้อ้างอิงคนแรกและตามด้วย *และคณะ* หรือ *et al.* ในการอ้างอิงทุกครั้ง (ดูตัวอย่างในตารางที่ 2) ทั้งนี้การใช้คำว่า *และ* and หรือเครื่องหมาย & (An ampersand) กรณีผู้แต่งชาวต่างประเทศ หากชื่อผู้แต่งอยู่นอกวงเล็บให้ใช้คำว่า *and* หากอยู่ในวงเล็บให้ใช้ สัญลักษณ์ & แทน ส่วนภาษาไทยใช้คำว่า *และ* ทั้งสองตำแหน่ง

การอ้างอิงในเนื้อหาในวงเล็บแบบมี 2 รายการขึ้นไป ถ้าผู้แต่งคนละคนให้เรียงรายการตามลำดับอักษรเช่นเดียวกับที่เขียนในเอกสารอ้างอิงท้ายบท แต่ละรายการด้วยอัฒภาค (;) เช่น ...ค้นคว้าช่วยให้นักวิจัยรอกลอคครูฝึกเพื่อนคลายมากขึ้น (Lee Mi & Hur Myung, 2011; Smith, Collins, & Crowther, 2011) ถ้าผู้แต่งเป็นคนเดียวกัน แต่มีเอกสารอ้างอิงหลายรายการ ให้เขียนชื่อผู้แต่งเพียงครั้งเดียว แล้วเรียงลำดับรายการอื่นตามปีที่พิมพ์ เช่น จากการศึกษาเกี่ยวกับค้นคว้าช่วย (Lee Mi & Hur Myung, 2011; Smith, Collins & Crowther, 2011, 2012, 2013, in press) ผู้วิจัยพบว่าผลลัพธ์มีความแตกต่างกัน

ตัวอย่างการวางตำแหน่ง นาม-ปี ที่อ้าง

ให้ผู้แต่งพิจารณาว่าจะอ้างอิงอยู่ในขลิติต (วงเล็บ) หรือนอกวงเล็บตามความเหมาะสม เช่น

ค่าเฉลี่ยสมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษของนักศึกษาตามการรับรู้ของตนเองและของอาจารย์อยู่ในระดับที่ต่ำ (กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, รัชญวลัย บุญประสิทธิ์, และสุนทรี ภิญญมิตร, 2553)

กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, รัชญวลัย บุญประสิทธิ์, และสุนทรี ภิญญมิตร (2553) ศึกษาค่าเฉลี่ยสมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษของนักศึกษาตามการรับรู้ของตนเองและของอาจารย์พบว่าอยู่ในระดับต่ำ

ตัวอย่างการยกข้อความมาอ้างโดยตรง

การอ้างอิงข้อความหรือคำพูดที่คัดคำมาจากวรรณกรรมหรือบทสัมภาษณ์โดยตรง (Direct quotation) หากมีน้อยกว่า 40 คำ ให้เขียนรวมไว้ในย่อหน้า โดยใส่เครื่องหมายอัฒภาคแล้วอ้างอิงชื่อผู้แต่งปีและลำดับหน้าไว้ในวงเล็บท้ายข้อความ เช่น *She stated, "Students often had difficulty using APA style" (Jones, 1998, p. 199), but she did not offer an explanation.* ถ้ามี 40 คำขึ้นไป ให้ตัดเป็นย่อหน้าแยกออกจากย่อหน้าอื่นโดยจัดเยื้อง 0.5 นิ้ว (Block quotation) ไม่ต้องใส่เครื่องหมายอัฒภาค เช่น ...ที่มกลยุทธการบริหารจัดการ และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง โดยผู้วิจัยได้ระบุว่า

จากข้อมูลที่ผ่านมายังไม่มีกรรวบรวมวิธีการที่เหมาะสมกับการบริหารจัดการเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลในประเทศไทย ... ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นหลักฐานในการค้นคว้าอ้างอิงต่อไป (อุดม กุวัโรดม และคณะ, 2562, น. 98)
หมายเหตุ จุดไข่ปลา (Ellipsis) หมายถึงมีการละข้อความบางส่วน

ตารางที่ 2 ตัวอย่างการอ้างอิงในเนื้อหา

ประเภทการ อ้างอิง	ครั้งแรก		ครั้งต่อมา	
	ชื่ออยู่นอกวงเล็บ	ชื่ออยู่ในวงเล็บ	ชื่ออยู่นอกวงเล็บ	ชื่ออยู่ในวงเล็บ
ผู้แต่ง 1 คน แบบมีและไม่มี การอ้างหน้า	ทิสนา แคมมณี (2551)	(ทิสนา แคมมณี, 2551)	ทิสนา แคมมณี (2551)	(ทิสนา แคมมณี, 2551)
	Ramer (2008)	(Ramer, 2008)	Ramer (2008)	(Ramer, 2008)
	Ramer (2008, pp. 38-45)	(Ramer, 2008, pp. 38-45)	Ramer (2008, pp. 38-45)	(Ramer, 2008, pp. 38-45)
ผู้แต่ง 2 คน	Lee Mi and Hur Myung (2011)	(Lee Mi & Hur Myung, 2011)	Lee Mi and Hur Myung (2011)	(Lee Mi & Hur Myung, 2011)
	กนกกร ทิปชัย และสุณี ไทรนา (2554)	(กนกกร ทิปชัย และสุณี ไทรนา, 2554)	กนกกร ทิปชัย และสุณี ไทรนา (2554)	(กนกกร ทิปชัย และสุณี ไทรนา, 2554)
ผู้แต่ง 3 คน	Smith, Collins, and Crowther (2011)	(Smith, Collins, & Crowther, 2011)	Smit et al. (2011)	(Smith et al., 2011)
ผู้แต่ง 4 คน	Ozgoli, Aryamanesh, Mojab, and Majd (2013)	(Ozgoli, Aryamanesh, Mojab, & Majd, 2013)	Ozgoli et al. (2013)	(Ozgoli et al., 2013)
ผู้แต่ง 5 คน	Hay, Elias, Fielding-Barnsley, Homel, and Freiberg (2007)	(Hay, Elias, Fielding- Barnsley, Homel, & Freiberg, 2007)	Hay et al. (2007)	(Hay et al., 2007)
	กมลศรี สมใจ, ชาริณี บุญญสิทธิ, มณฑา ทองอุไร, วันดี เข้มจิรา, และระวีวรรณ วรารักษ์ (2555)	(กมลศรี สมใจ, ชาริณี บุญญสิทธิ, มณฑา ทองอุไร, วันดี เข้มจิรา, และระวีวรรณ วรารักษ์, 2555)	กมลศรี สมใจ และคณะ (2555)	(กมลศรี สมใจ และคณะ, 2555)
ผู้แต่ง 6 คน - ขึ้นไป	Norris-Shortle et al. (2006)	(Norris-Shortle et al., 2006)	Norris-Shortle et al. (2006)	(Norris-Shortle et al., 2006)
	ศรีสุภา รัตนา และคณะ (2550)	(ศรีสุภา รัตนา และคณะ, 2550)	ศรีสุภา รัตนา และคณะ (2550)	(ศรีสุภา รัตนา และคณะ, 2550)

การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง (References list)

ให้เรียงรายการตามลำดับอักษร จัดให้รายการที่เป็นภาษาไทยขึ้นก่อน รายการที่ปรากฏในท้ายเรื่อง จะต้องมีการอ้างอิงในเนื้อหาทุกรายการ และรายการที่ปรากฏในเนื้อหาทุกรายการต้องอยู่ในรายการอ้างอิง ท้ายเรื่องเช่นเดียวกัน จัดรูปแบบแต่ละรายการโดยการจัดเยื้อง (Hanging indentation) บรรทัดที่สองเยื้อง จากบรรทัดแรก 5 อักษร ไม่กด Enter ในรายการเดียวกัน และไม่กด Tab หรือ Control+Shift หลักการทั่วไป คือ เครื่องหมายวรรคตอน เช่น มหัพภาค (จุด) ทวิภาค (โคลอน) หรือจุลภาค (คอมมา) ต้องอยู่ชิดกับอักษร ตัวหน้าของเครื่องหมาย และเคาะวรรค 1 ครั้งก่อนอักษรต่อไป

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงท้ายเรื่อง

อ้างอิงจากหนังสือ

ผู้เขียน 1 คน

บุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ. (2554). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.

Eliopoulos, C. (2014). *Gerontological nursing* (9th ed.). Philadelphia: Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

ผู้เขียน 2 คน

พิเชษ อุดมรัตน์, และสรยุทธ วาสิกนันนท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

Glovinsky, P., & Speilman, A. (2005). *The insomnia answer*. New York: Penguin Group.

ผู้เขียน 3-7 คน

พชร สันทัด, สุรชาติ ณ หนองคาย, สมาน งามสนิท, ชูณรงค์ศักดิ์ บวรนนท์กุล, เชษฐรัชดา พรธนาธิกุล, กฤษฎี สถิตวัฒนานนท์, และประยงค์ เต็มขวลา. (2557). *ศาสตร์และศิลป์การบริหารการพัฒนา มนุษย์*. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมคุณธรรม.

James, E. A., Slater, T., & Bucknam, A. (2012). *Action research for business, nonprofit, & public administration: A tool for complex times*. Los Angeles, CA: SAGE.

ผู้เขียน 8 คน หรือมากกว่า 8 คน

ให้ระบุชื่อทุกคนแรก คั่นด้วยจุลภาค วรรค 1 ระยะ ตามด้วยจุดไข่ปลา (. .) โดยหน้าและหลังแต่ละ จุดเว้น 1 ระยะ ตามด้วยชื่อคนสุดท้าย

ไพฑูรย์ สีนลารัตน์, งามพันธุ์ สัยศรี, วิชญา ผิวคำ, ชาญนุช สิงห์พันธุ์, นุสรานามเดช, พัชราวัลย์ อินทร์สุข, . . . เกรียง จิตจำเริญพร. (2557). *สัจตลักษณ์ของครูผู้นำ*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.

Berman, A., Snyder, S. J., Levett-Jones, T., Dwyer, T., Hales, M., Harvey, N., ... Stanley, D. (2012). *Kozier and Erb's fundamentals of nursing* (2nd Aust. ed.). Frenchs Forest, Australia: Pearson Australia.

อ้างอิงบทในหนังสือที่มีบรรณาธิการ

วิมลพรรณ สังข์สกุล. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบทางเดินหายใจ. ใน พรทิพย์ สิริบุรณัฒพัฒนา (บรรณาธิการ), *ตำราการพยาบาลเด็ก 2* (ฉบับปรับปรุง; น. 63-150). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.

Stewart, B. (2007). Wag of the tail: Reflecting on pet ownership. In J. Jaimeson, T. Bannerman, & S. Wong (Eds.), *Enriching our lives with animals* (pp. 97-105). Toronto, Canada: Petlove Press.

อ้างอิงหนังสืออิเล็กทรอนิกส์

Ochs, S. (2004). A history of nerve functions: From animal spirits to molecular mechanisms [ebrary Reader version]. Retrieved from <http://www.ebrary.com/corp/>

อ้างอิงหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มีบรรณาธิการแต่ไม่มี DOI

Scott, D. (2005). Colonial governmentality. In J. X. Inda (Ed.), *Anthropologies of modernity* (pp. 21-49). Retrieved from <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/bookhome/117909832>

อ้างอิงหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มีบรรณาธิการและมี DOI

Iacono, W. G. (2008). Polygraph testing. In E. Borgida & S. T. Fiske (Eds.), *Beyond common sense: Psychological science in the courtroom* (pp. 219-235). doi:10.1002/9780470696422

อ้างอิงบทความจากวารสาร

อุดม ภู่วโรดม, ภูพิงค์ เอกะวิภาต, สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล, ทศนีย์ ดันติฤทธิ์ศักดิ์, และสมชาย ไชวณะบุตร. (2562). การจัดการกับการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง: ต้นแบบการเรียนรู้. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(1), 95-107.

Poulard, F., Dimet, J., Martin-Lefevre, L., Bontemps, F., Fiancette, M., Clementi, E., . . . Reignier, J. (2010). Impact of not measuring residual gastric volume in mechanically ventilated patients receiving early enteral feeding: A prospective before-after study. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 34(2), 125-130.

อ้างอิงบทความจากวารสารออนไลน์

Ballard, S. D., March, G., & Sand, J. K. (2015). Creation of a research community in a K-12 school research and evidence based practice. *Evidence Based Library and Information Practice*, 4(2), 8-36. Retrieved from <http://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/EBLIP/index>

อ้างอิงบทความจากวารสารที่มี DOI สามารถทำได้ 2 แบบ ดังนี้

Herbst, D. M., Griffith, N. R., & Slama, K. M. (2014). Rodeo cowboys: Conforming to masculine norms and help-seeking behaviors for depression. *Journal of Rural Mental Health*, 38, 20–35. doi:10.1037/rmh0000008

Herbst, D. M., Griffith, N. R., & Slama, K. M. (2014). Rodeo cowboys: Conforming to masculine norms and help-seeking behaviors for depression. *Journal of Rural Mental Health*, 38, 20–35. <http://dx.doi.org/10.1037/rmh0000008>

อ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

ชัยญรัตน์ สลักคำ. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ในงานของบุคลากรในฝ่ายการพยาบาลศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกมหาวิทยาลัยมหิดล(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.

อ้างอิงจาก Website

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2559). ใช้ยาสมเหตุผล ปวดคภัย คุ่มค่า ด้วย 6 กุญแจสำคัญ. สืบค้นจาก <http://www.isranews.org/isranews/item/49489%E0%B9%87hsir240859.html>

Rojjanasirat, W. (2012). Employers' support for breastfeeding questionnaire. Retrieved from <https://www.questionpro.com/a/q/employers-support-for-breastfeeding-questionnaire-2891700>.

การนำเสนอค่าสถิติ

ตารางที่ 3 ตัวอย่างการนำเสนอค่าสถิติที่สำคัญ

สถิติ	ตัวอย่างการนำเสนอ	ข้อสังเกต
Mean and standard deviation	$M = 3.45, SD = 1.21$	M และ SD ใช้อักษรเอียง
Mann-Whitney	$U = 67.5, p = .034, r = .38$	U , p และ r ใช้อักษรเอียง
Wilcoxon signed-ranks	$Z = 4.21, p < .001$	Z และ p ใช้อักษรเอียง
Sign test	$Z = 3.47, p = .001$	Z และ p ใช้อักษรเอียง
t-test	$t(19) = 2.45, p = .031, d = 0.54$	T , p และ d ใช้อักษรเอียง
ANOVA	$F(2, 1279) = 6.15, p = .002, \eta^2 = 0.010$	F และ p ใช้อักษรเอียง
Pearson's correlation	$r(1282) = .13, p < .001$	r และ p ใช้อักษรเอียง

หลักการนำเสนอตัวเลข

1. การนำเสนอตัวเลขแสดงจำนวนที่มีเพียงจำนวนเต็มเท่านั้น (เช่น จำนวนคน) ไม่ต้องมีทศนิยม
2. นำเสนอค่า p -values ตามที่เป็นจริงจากการคำนวณ ยกเว้นกรณีที่ SPSS คำนวณได้ .000 ให้รายงานเป็น $p < .001$
3. ค่าที่จำนวนเต็มไม่เกิน 1 (เช่น สหสัมพันธ์) ให้ เลข 0 หน้าทศนิยม เช่น $r(1282) = .13$

