



บทความวิจัย

- รูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา
- สถานการณ์ ความต้องการ และการคาดการณ์แนวโน้ม กำลังคนด้านสาธารณสุขในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดในภาคเหนือของประเทศไทย
- ผลของโปรแกรมการให้การปรึกษารายกลุ่มตามแนวคิดการพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรมต่อการเผชิญปัญหาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
- ผลของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลแก่งกระเจา จังหวัดเพชรบุรี
- ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตใจต่อความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเองของสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้ป่วยต่อกระจกหลังทำการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
- ผลของการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อความรู้ ทักษะ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือนของหญิงตั้งครรภ์

บทความวิชาการ

- การจัดการอากาศ และอาการปวด หลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

บทความนวัตกรรม

- นวัตกรรม 7 สี ปันรัก โกลโรคความดันโลหิตสูง



ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2567

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการและนวัตกรรมทางสุขภาพของอาจารย์ บุคลากร นักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ในด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการและนวัตกรรมทางสุขภาพของบุคลากรทาง การแพทย์ นักวิชาการผู้ปฏิบัติงานในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องตลอดจนศิษย์เก่า และผู้สนใจ ในด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ วิทยาศาสตร์สุขภาพ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการทั้งในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี และ สถาบันวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้อง
4. เพื่อตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้และการเผยแพร่ผลงานวิชาการและ งานวิจัยของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ที่อยู่

งานวิจัย นวัตกรรม บริการวิชาการและบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
เลขที่ 56/6 หมู่ 2 ถ.ศรีวิชัย ตำบลมะขามเตี้ย
อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000
โทรศัพท์ 0-7728-7816 ต่อ 210, 218, 219
E-mail: journal@bcnsurat.ac.th
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jhri>

หมายเหตุ : วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ ไม่มีการตีพิมพ์เป็นรูปเล่ม
และดำเนินการเผยแพร่ในรูปแบบออนไลน์เท่านั้น

วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 3 ท่านต่อบทความ และ บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ เป็นวรรณกรรมที่เรียบเรียงขึ้นโดยผู้เขียน มิใช่ความรับผิดชอบของกองบรรณาธิการหรือวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2567

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร
ศาสตราจารย์ รอ.พญ.วนิดา ชื่นกองแก้ว
รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี้ สรรเสริญ

อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
รองอธิการบดีด้านวิจัย นวัตกรรม และวิเทศสัมพันธ์ สถาบันพระบรมราชชนก
สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง,

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.รวีวรรณ คำเงิน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ดร.ดาราวรรณ รองเมือง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์
รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์
รองศาสตราจารย์ ดร.ทยาตา รัตนภิณโณวานิช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
(การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อีสระมัลย์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อติญณ์ ศรีเกษตริน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงนภัทร รุ่งเนย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐิตาพร วรภัณฑวิศิษฐ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มัญจวรรณ ลียุทธานนท์
ดร.อัจฉรา จันทะพัชร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง
ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประดิษฐ์พร พงศ์เตரிய

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

กองจัดการ

อาจารย์ปิยรัตน์ ขุมี
อาจารย์ฉันทนา นาคฉัตรีย์
นางสาววรรณ นาคชู
นางสาวเสาวภา แพแก้ว

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

กำหนดออก

ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน

ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ เป็นวารสารของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี โดยฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 ของปี 2567 มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแหล่งเผยแพร่บทความวิจัย บทความทางวิชาการและนวัตกรรมทางสุขภาพแก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมทั้งผู้ที่สนใจในระดับชาติ โดยสาระในฉบับนี้ประกอบไปด้วยผลงานที่น่าสนใจ 9 เรื่อง มีทั้งบทความวิจัย 7 เรื่อง บทความวิชาการ 1 เรื่อง และบทความนวัตกรรม 1 เรื่อง มีความหลากหลายในหลายสาขา ได้แก่ ด้านเภสัชกรรม ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน ด้านจิตเวช ด้านระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ ด้านจักษุ รวมทั้งด้านนวัตกรรม โดยมีเป้าหมายเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาล ความรู้ด้านสาธารณสุข นวัตกรรมทางสุขภาพ การพัฒนาระบบและนโยบายทางด้านสุขภาพ เราหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพจะเป็นประโยชน์ต่อนักวิจัย นักวิชาการ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติการพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขระดับ

วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพกำหนดเผยแพร่ปีละ 2 ฉบับ ครอบคลุม 6 เดือน ฉบับที่ 1 มกราคม - สิงหาคม ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม บทความวิจัยที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อนและไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น การเตรียมต้นฉบับจะเป็นไปตามคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ การตรวจสอบคุณภาพของต้นฉบับการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และบรรณาธิการก่อนลงตีพิมพ์ ระยะเวลาในการตรวจสอบคุณภาพต้นฉบับจนถึงการตอบรับการตีพิมพ์ขึ้นอยู่กับคุณภาพของบทความ และประสานกับเจ้าของบทความเพื่อแจ้งผลการพิจารณา หากเห็นสมควรก็จะดำเนินการปรับแก้ให้สมบูรณ์เพื่อนำไปพิมพ์เผยแพร่ต่อไป ขอเชิญทุกท่านส่งบทความวิจัยและบทความวิชาการมายังวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ที่มีความพร้อมและยินดีเป็นอย่างยิ่งที่จะให้ผลงานของท่านเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อประเทศชาติต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา
บรรณาธิการ

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
- รูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา Operational Model for Implementing Medication Safety Standards in Community Hospitals in Songkhla Province	e269886 (1-15)
- สถานการณ์ ความต้องการ และการคาดการณ์แนวโน้ม กำลังคนด้านสาธารณสุขในระดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ในภาคเหนือของประเทศไทย The situation of demand and forecasts of Health care workforces in the Tumbon Health Promotion Hospital with transferred to the Provincial Administrative Organization, in North of Thailand	e270251 (1-14)
- ผลของโปรแกรมการให้การปรึกษารายกลุ่มตามแนวคิดการพิจารณาเหตุผลอารมณ์และ พฤติกรรมต่อการเผชิญปัญหาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว The Effect of Rational Emotion Behavior Based on Group Counseling Program to the Coping Among Caregivers of Schizophrenia Patients with Aggressive Behaviors	e268825 (1-13)
- ผลของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังในคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี The Effects of Motivational Interviewing on Smoking Behavior among Non- Communication Disease Patients of Smoking Cessation Clinic Kangkrachan Hospital, Phetchaburi Province	e267552 (1-14)
- ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง The Effects of Mental Health Rehabilitation Program on Self - Esteem of Abused Women	e268832 (1-14)
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลตัวเองของผู้ป่วยต้อกระจกหลังทำการผ่าตัด ใส่เลนส์แก้วตาเทียม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช The Predicting Factor of Self Care Behavior in Cataract Patient Post Phacoemulsification in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital	e272275 (1-13)

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
- ผลของการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อความรู้ ทักษะ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนของหญิงตั้งครรภ์ Effects of Breastfeeding Promoting Workshop on Knowledge, Attitude, and Intention of 6 Months Exclusive Breastfeeding among Pregnant Women	e268069 (1-14)
- การจัดการอาการ และอาการปวด หลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง Management of symptoms and Post Stroke Pain	e270108 (1-12)
- นวัตกรรม 7 สี ปันรัก ไกลโรคความดันโลหิตสูง The innovation of 7-colors Sharing Love for Preventing High Blood Pressure	e270174 (1-12)

รูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา

ณัฐภา สุธนัฐกุล*

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาเพื่อศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการ สร้างรูปแบบและศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาและความต้องการการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่าง คือ เกษตรกร จำนวน 80 คน เครื่องมือ คือ แบบสอบถามปลายเปิด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ระยะที่ 2 นำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาสร้างรูปแบบ ระยะที่ 3 ประเมินรูปแบบโดยวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสงขลา 15 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิลคอกซัน ผลการวิจัยพบว่า 1) สภาพปัญหาการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ได้แก่ นโยบายสู่ผู้ปฏิบัติและการกำกับติดตามไม่ต่อเนื่อง งบประมาณไม่เพียงพอ ขาดความร่วมมือของสหวิชาชีพ อัตรากำลังไม่เพียงพอ ยาขาด ไม่มีคู่มือ/แนวปฏิบัติความปลอดภัยด้านยา ขาดการเชื่อมต่อข้อมูล ไม่มีระบบการตรวจสอบ ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา ส่วนความต้องการการดำเนินงาน ได้แก่ จัดศูนย์กระจายยา จัดตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด นวัตกรรม จัดสรรอัตรากำลัง ระบบการนิเทศติดตาม พัฒนาศักยภาพของบุคลากร จัดสรรงบประมาณ ระบบเทคโนโลยี ลดภาระงานด้านเอกสาร การศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนรู้ มีระบบการให้คำปรึกษา 2) รูปแบบ คือ 5C3SDTI ได้แก่ 1) จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน 2) จัดทำปฏิทินการดำเนินงาน 3) สร้างช่องทางการประสานงาน 4) เลือกโรงพยาบาลต้นแบบ 5) สร้างเกณฑ์มาตรฐานให้ชัดเจน 6) พัฒนาการให้คำปรึกษา 7) ตั้งคณะกรรมการนิเทศ 8) จัดเวทีประชุมแลกเปลี่ยน 9) พัฒนาบุคลากรและระบบบริหารเวชภัณฑ์คลังยาของ รพ.สต. 10) นำเทคโนโลยีมาใช้ และ 11) สร้างนวัตกรรม และ 3) หลังใช้รูปแบบคะแนนตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังนั้นรูปแบบ 5C3SDTI สามารถใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนโรงพยาบาลชุมชนโดยการวางแผนและดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ: รูปแบบการขับเคลื่อน, มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา, โรงพยาบาลชุมชน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: natada31@hotmail.com)

วันที่รับ 1 ก.ค. 2567, วันที่แก้ไขเสร็จ 22 ส.ค. 2567, วันที่ตอบรับ 1 ก.ย. 2567

Operational Model for Implementing Medication Safety Standards in Community Hospitals in Songkhla Province

Natada Suranutkul*
Songkhla Health Office Province

Abstract

This research and development aimed to determine problem situations, needs, to create model and to examine effectiveness of operational model for implementing medication safety standards in community hospitals in Songkhla province. Implementation had 3 phases. Phase 1 was a study of problem and need of implementation from sample of 80 pharmacists. Instrument was open-ended questionnaire. Data were analyzed using content analysis. Phase 2 was model creation by using information from phase 1. Phase 3 was evaluation of effectiveness of model by using methodology of quasi experimental research with one group pretest and posttest design. Sample were 15 community hospitals in Songkhla province. Data were analyzed using Wilcoxon signed ranks test. Research results were found as follows; 1) Problem situation of implementation of medication safety standards included discontinuous policy implementation and monitoring, insufficient budget, lack of multidisciplinary collaboration, inadequate staffing, problem of drug shortages, lack of manuals and medication safety practice guideline, lack of information linkage, lack of prescription error surveillance system. Needs of implementation of medication safety standards included establishment of pharmaceutical distribution center, establishment of provincial commission, innovation, staffing, supervision system, personnel competency development, budget allocation, technology system, documentary workload reduction, study visits and knowledge sharing and counseling system. 2) Operational model for implementing medication safety standards in community hospitals in Songkhla province was 5C3SDT including 1) setting implementation committee, 2) setting implementation calendar, 3) building channel of coordination, 4) choosing hospital model, 5) building clear criterion, 6) developing counseling system, 7) setting supervision committee, 8) setting sharing forum, 9) developing personnel and inventory management system of sub-district health promoting hospitals, 10) using technology for implementation and 11) inventing innovation. 3) After using a model, score of medication safety standards was significantly higher than before ($p=.001$). Therefore, the 5C3SDTI model can be used as a guideline for driving community hospitals through concrete planning and operations.

Keywords: Operational Model, Medication Safety Standards, Community Hospitals

*Corresponding e-mail: natada31@hotmail.com

Received: July 1, 2023; Revised: August 22, 2024; Accepted: September 1, 2024

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ได้ประกาศให้ความสำคัญของผู้ป่วย (Patient Safety) เป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพ (World Health Organization, 2024) สอดคล้องกับนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับชาติ พ.ศ.2550 - 2551 ที่ตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งนับวันจะเพิ่มมากขึ้นทุกปี ส่งผลต่อร่างกาย ชีวิต และทรัพย์สินของผู้ป่วย ทำให้สูญเสียทรัพย์สิน ชื่อเสียงของโรงพยาบาล ตลอดจนทำลายขวัญและกำลังใจของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน โดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับองค์กรภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพร่วมกันทำบันทึกข้อตกลงร่วมกันในการส่งเสริม สนับสนุนนโยบายดังกล่าว เพื่อให้เกิดผลการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม จึงขอให้สถานบริการสุขภาพทุกหน่วยงานดำเนินการตามนโยบายด้านความปลอดภัยทางยา (Medication Safety) (Maxwell, & Webb, 2019) ซึ่งประกอบด้วย 1) การลดความคลาดเคลื่อนทางยา 2) การป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการใช้ยา 3) การลดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง / การแพ้ยา 4) การพัฒนาระบบการรวบรวมและจัดการความรู้กรณีเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ทางยา (Pharmacy and Therapeutics Committee Medicine System Committee, 2023) โดยเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ในเป้าหมายที่ 3 คือ การสร้างหลักประกัน การมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัยซึ่งมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนด้านสุขภาพ ซึ่งการจัดการระบบยา (Medication Management System: MMS) เป็นการใช้หลักการบริหาร ตั้งแต่การวางแผน การจัดองค์กร การสั่งการ และการควบคุม เพื่อให้เกิดระบบยาที่มีประสิทธิภาพ เป็นไปตามเป้าประสงค์ขององค์กร และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และผู้รับผลงานในระบบซึ่งจะครอบคลุมกระบวนการหลักทั้ง 6 กระบวนการ คือ 1) การคัดเลือกและจัดหา (Medication Selection And procurement) 2) การเก็บรักษา (Storage) 3) การสั่งใช้ยา (Ordering and Prescribing) รวมถึงการคัดลอกคำสั่งการใช้ยา (Transcribing Medication Orders) 4) การเตรียมยาและการจ่ายยา (Preparing and Dispensing) 5) การให้ยา (Administration) และ 6) การติดตามการใช้ยา (Monitoring) (Rich, 2004)

การดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากมีผลต่อสุขภาพและความปลอดภัยของผู้บริโภคโดยตรง ดังนั้นเพื่อให้การปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา กองบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายการประเมินความปลอดภัยด้านยา โดยใช้แบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 4 มิติ 15 ด้าน ได้แก่ 1) มิติด้านการบริหารระบบยา 2) มิติการบริการและบริหารเภสัชกรรม 3) มิติการจัดการระบบยา และ 4) มิติการบริหารยาและเวชภัณฑ์ (Public Health Administration Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2022) เพื่อใช้ในการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล โดยฝ่ายสถานพยาบาลและบริหารเวชภัณฑ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาและคณะทำงานเป็นผู้ประเมินตามมาตรฐานดังกล่าว จากข้อมูลสรุปบทเรียนจากการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดสงขลา ปี 2565 พบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับ 3 จำนวน 9 โรงพยาบาล และในปี 2566 จำนวน 10 โรงพยาบาลและจากการสรุปบทเรียนเพื่อพัฒนามาตรฐานความปลอดภัยด้านยาโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดสงขลา โดยนำข้อที่มีคะแนนที่ต่ำกว่า 2 มาสรุปตามหัวข้อ การประเมิน ดังนี้ ข้อที่ 2 โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม พบว่ายังขาดระบบ Alert Alarm ในระบบ Cold Chain ขาดระบบการจัดการเมื่ออุณหภูมิหรือความชื้นผิดปกติ ขาดข้อมูล Medical error ที่มีการวิเคราะห์ไปถึงข้อจำกัดทางโครงสร้างและสิ่งแวดล้อม ข้อที่ 8 งานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยใน พบว่า ไม่มีการกำหนดเกณฑ์ในการทำ Discharge Counseling ไม่มีการประเมินความรู้หรือความร่วมมือในการใช้ยาหรือความพึงพอใจ ข้อที่ 11 งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ พบว่า

การจัดการระบบยาที่หน่วยบริการปฐมภูมิมีการจัดเก็บยา Emergency และวัคซีนหรือยาในตู้เย็นไม่เป็นไปตามมาตรฐาน การบริหารเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิขาดระบบการจัดการยาเดิมผู้ป่วย ข้อที่ 12 การผลิตและการเตรียมยา พบว่า สถานที่ที่การเตรียมยาไม่เป็นไปตามมาตรฐาน การผลิตยา ขาด Master Formula หรือไม่มีครบทุกรายการตามเภสัชตำรับโรงพยาบาล ขาด Working Formula ทุกขั้นตอนการผลิต ข้อที่ 15 การบริหารคลังเวชภัณฑ์ พบว่า ความชื้นในคลังยาเกินค่ามาตรฐานที่กำหนด ขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน กรณีที่ความชื้นไม่อยู่ในช่วงที่กำหนด (Standards Assessment Working Group Drug safety, Songkhla Province, 2022)

ด้านมุมมองของทีมคณะกรรมการผู้ประเมิน พบว่า ระยะเวลาที่จำกัดทำให้การลงประเมินโรงพยาบาลชุมชนทำได้ไม่ครบทุกแห่งในจังหวัดสงขลา การตีความเกณฑ์มาตรฐานของคณะกรรมการตรวจประเมินระดับจังหวัดสงขลา มีผลต่อคะแนนประเมิน ขาดความชัดเจนของการอธิบาย การตีความ และคำจำกัดความในแต่ละหัวข้อ ส่วนมุมมองผู้รับการประเมิน พบว่า ควรจัดทำเอกสาร นโยบาย แนวทางปฏิบัติคู่มือ รายงานต่างๆ เป็นลายลักษณ์อักษร และต้องปรับข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ทุกกิจกรรมคุณภาพที่ดำเนินงานต้องมีรายงานผลการดำเนินงานหรือการนำเสนอปัญหาที่พบในคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอและเป็นรูปธรรมอย่างน้อยทุกๆ 3 เดือน ควรทำความเข้าใจเกณฑ์ประเมินเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองและพัฒนางานให้เป็นไปตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาอย่างมีขั้นตอนและเป็นระบบที่ต่อเนื่องยั่งยืน ด้านข้อมูลการวางแผนในการตรวจประเมินปี 2567 ควรมีการวางแผนลงเยี่ยมเพื่อประเมินให้ครบทุกโรงพยาบาลทั้ง 15 แห่ง จัดประชุมเชิงปฏิบัติการของคณะทำงานความปลอดภัยด้านยา ระดับจังหวัด โดยมีตัวแทนจากโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดสงขลา เพื่อทำความเข้าใจเกณฑ์และนำไปใช้ในการประเมินในระดับจังหวัด จัดให้มีระบบ “เพื่อนช่วยเพื่อน” โดยให้โรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านเกณฑ์ในระดับ 3 ในแต่ละหัวข้อเป็นพี่เลี้ยง ให้คำปรึกษาแนะนำโรงพยาบาลชุมชนที่ผลการประเมินยังไม่ผ่านเกณฑ์ (Working Group to Evaluate Drug Safety Standards in Songkhla Province, 2022) จากความสำคัญ ข้อสรุปบทเรียน มุมมองของผู้ประเมิน และผู้รับการประเมิน ในการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา ปี 2565 พบว่ายังมีรอยต่อระหว่างผู้ประเมินกับผู้รับการประเมินในหลายประเด็น ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในตำแหน่งเภสัชกรประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ซึ่งมีบทบาทในการขับเคลื่อนมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล จึงสนใจศึกษาวิจัยเรื่องรูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนงานเภสัชกรรมในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสงขลา

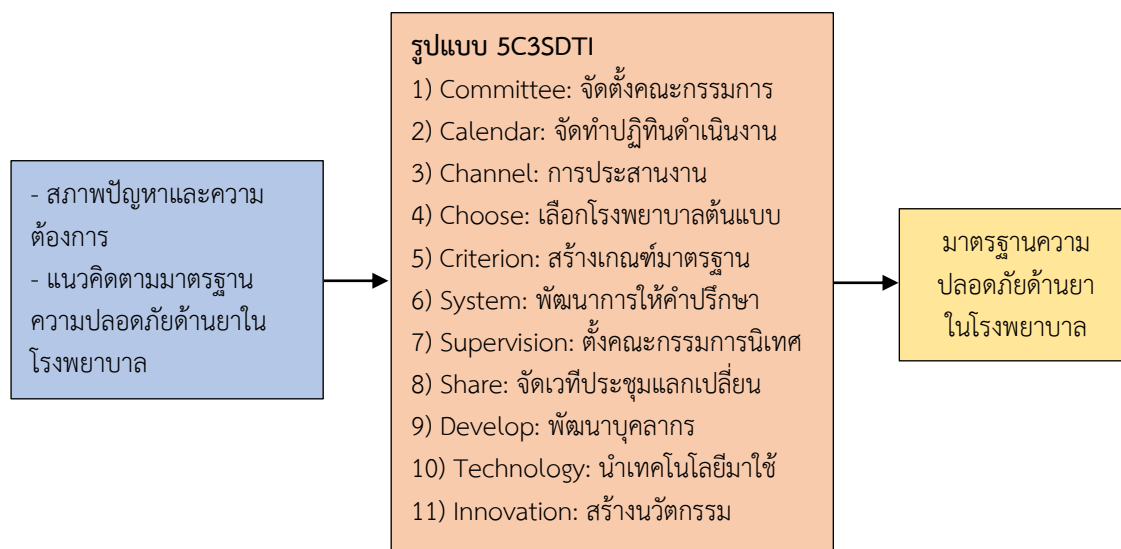
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา
2. เพื่อสร้างรูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล 4 มิติ 15 ด้าน ได้แก่ 1) มิติด้านการบริหารระบบยา ประกอบด้วย การจัดการระบบด้านยา โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม ระบบข้อมูลที่เชื่อมโยง และการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร 2) มิติการบริการและบริหารเภสัชกรรม

ประกอบด้วยการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก การบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน งานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก และงานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน 3) มิติการจัดการระบบยา ประกอบด้วย การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ การส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล และงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ และ 4) มิติการบริหารยาและเวชภัณฑ์ ประกอบด้วย การผลิตและเตรียมยา การคัดเลือกยา การจัดซื้อจัดหา และการบริหารคลังเวชภัณฑ์ (Public Health Administration Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2022)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา โดยใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา จำนวน 99 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ เภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา จำนวน 64 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยตารางสำเร็จรูปของเครซีเมอร์แกน ใช้วิธีสุ่มแบบชั้นภูมิตามโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสงขลา จำนวน 15 แห่ง จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without Replacement) ตามเกณฑ์สัดส่วนของประชากรในแต่ละโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามปลายเปิด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล 4 มิติ (Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2022) ประกอบด้วย 1) มิติด้านการบริหารระบบยา 2) มิติการบริการและบริหารเภสัชกรรม 3) มิติการจัดการระบบยา และ 4) มิติการบริหารยาและเวชภัณฑ์ จำนวน 19 ข้อ เกี่ยวกับสภาพปัญหาและความต้องการให้ฝ่ายสถานพยาบาลและบริหารเวชภัณฑ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา อะไรบ้าง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม 1 คน และอาจารย์คณะเภสัชศาสตร์ 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง .67 และ 1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน พบว่ากลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบข้อคำถามและมีความเข้าใจตรงกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอหนังสืออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลาเพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างการวิจัย โดยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 22 กุมภาพันธ์ ถึง 10 มีนาคม 2567 จากนั้นผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง พร้อมขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามให้ตอบกลับภายใน 7 วัน และเมื่อได้รับแบบสอบถามคืนแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกชุดหลังเก็บรวบรวมข้อมูล โดยได้รับคืนมา 64 คนคิดเป็นร้อยละ 80.00

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาของปัญหาและความต้องการ หลังจากนั้นนำมาสรุปเป็นความเรียง เพื่อใช้ในการยกย่องข้อมูลต่อไป

ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาวิเคราะห์และสังเคราะห์เอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล
2. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 ในขั้นตอนที่ 1 และ 2 มาสรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อยกย่องเป็นรูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา
3. นำรูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา ประเมินหาความเหมาะสม ความเป็นไปได้และความเป็นประโยชน์ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน พบว่ารูปแบบความเหมาะสม ความเป็นไปได้และความเป็นประโยชน์
4. นำรูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา ฉบับสมบูรณ์ไปใช้ทดลองในระยะที่ 3

ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา ขั้นตอนนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดหนึ่งวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยการทดลองใช้รูปแบบในโรงพยาบาลและเปรียบเทียบกับค่าคะแนนเกณฑ์ระดับ 3

ประชากร ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลาจำนวน 15 โรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัย ด้านยาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา ที่พัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 2

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา 4 มิติ ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2022) ประกอบด้วย 1) มิติด้าน

การบริหารระบบยา 2) มิติการบริการและบริหารเภสัชกรรม 3) มิติการจัดการระบบยา และ 4) มิติการบริหารยาและเวชภัณฑ์ จำนวน 15 ด้าน โดยกลุ่มตัวชี้วัดที่จะสะท้อนระดับของการปฏิบัติงานหรือศักยภาพของโรงพยาบาลในแต่ละตัวชี้วัด ดังนี้

ระดับที่ 0 ยังไม่ได้ดำเนินการใดๆ ในตัวชี้วัดดังกล่าว

ระดับที่ 1 เริ่มการดำเนินการวางแผน วางโครงสร้างเบื้องต้น

ระดับที่ 2 (Limited Capacity) เริ่มการดำเนินการบางส่วน เริ่มเรียนรู้การดำเนินการ

ระดับที่ 3 (Developed Capacity) ดำเนินการในตัวชี้วัดแล้ว งานแล้วเสร็จ บางส่วนยังดำเนินการ

ระดับที่ 4 (Demonstrated Capacity) ดำเนินการในตัวชี้วัดแล้วเสร็จ ยังมีความท้าทายด้านความยั่งยืน

ระดับที่ 5 (Sustainable Capacity) ระบบมีการดำเนินการอย่างยั่งยืน สามารถเป็นตัวอย่างการเรียนรู้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

2. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะงานวิจัย ลักษณะการดำเนินการตามรูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลาและการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดการวิจัยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองเกี่ยวกับการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา (Pretest)

ขั้นทดลอง

4. ผู้วิจัยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นให้โรงพยาบาลทั้ง 15 แห่ง ทดลองใช้ตามรายละเอียดดังนี้

รูปแบบ	รายละเอียดกิจกรรม
1. Committee	จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ให้ชัดเจนพร้อมคำสั่งแต่งตั้งและหน้าที่ความรับผิดชอบ
2. Calendar	จัดทำปฏิทินการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาระดับจังหวัดและระดับอำเภอเพื่อออกตรวจประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา
3. Channel	สร้างช่องทางการประสานงานระดับจังหวัดและระดับอำเภอผ่านช่องทางกลุ่ม Line
4. Choose	เลือกโรงพยาบาลต้นแบบเพื่อใช้ในการศึกษาดูงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาโดยจัด ZOOM Meeting โรงพยาบาลกระพ้อ จังหวัดปัตตานี
5. Criterion	สร้างเกณฑ์มาตรฐานให้ชัดเจนและใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันในการประเมินโดยประชุมจัดทำแนวทางการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาจังหวัดสงขลา ก่อนการลงตรวจประเมิน
6. System	พัฒนาการให้คำปรึกษา ระบบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำโดยพัฒนาการตรวจคัดกรองยีน HLA-B*58:01 ในผู้ป่วยที่ได้รับยา Allopurinol รายใหม่ ป้องกันการแพ้ยาซ้ำ
7. Supervision	ตั้งคณะกรรมการนิเทศระดับจังหวัดและระดับอำเภอเพื่อวางแผน ตรวจสอบ กำกับ นิเทศ ติดตามวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงานตลอดจนจัดประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อถอดบทเรียน
8. Share	จัดเวทีประชุมแลกเปลี่ยนการดำเนินงานโดยจัดเวทีโรงพยาบาลที่มีผลงานเด่นในแต่ละมิตินำเสนอผลงานเพื่อให้โรงพยาบาลอื่นๆได้เป็นแนวทางในการพัฒนางาน ในเวทีการประชุม พบส.
9. Develop	พัฒนาบุคลากรระดับจังหวัดและระดับอำเภอ จัดกิจกรรมศึกษาดูงาน และนำเสนอ best

รูปแบบ	รายละเอียดกิจกรรม
	practice เพื่อเป็นแนวทาง รพ.อื่นๆ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้สภาพปัญหาในการดำเนินงานและแนวทางการพัฒนางาน และการพัฒนาคุณภาพระบบเดิมยาในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดสงขลา พัฒนาโปรแกรมเชื่อมระหว่างคลัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กับโรงพยาบาลแม่ข่าย ยกเลิกคลังสำรองยา โดยสำรองยา ณ จุดจ่ายยา
10. Technology	นำเทคโนโลยีมาใช้ในการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาได้แก่ โปรแกรมการประยุกต์ใช้ Google Sheet ในงานคำนวณ DOSE ยาทางเภสัชกรรม โปรแกรมการสั่งจ่ายยา WAFARIN ปฏิทินแผงยา WAFARIN โปรแกรมนัด dT/rabies vaccine
11. Innovation	สร้างนวัตกรรมมาใช้ในการดำเนินงาน เช่น นวัตกรรมคำนวณขนาดยาและวิธีการใช้ให้เหมาะสม และสอดคล้องกับความแรงของยารวาร์ฟารินที่มีในโรงพยาบาล นวัตกรรมคำนวณขนาดยานวัตกรรมวงล้อการบริหารยาฉีด นวัตกรรมวงล้อรักษไต วงล้อหมุนใช้เลือกขนาดยาตามสภาวะของไต

ขั้นหลังการทดลอง

คณะกรรมการระดับจังหวัดประเมินการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา (Posttest) โดยแบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา 4 มิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนผลการตรวจประเมินตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยได้รับจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา เลขที่ 32/2567 ลงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 87.50 อายุอยู่ในช่วง 41 - 50 ปี ร้อยละ 42.19 มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 70.31 ตำแหน่งหน้าที่ในการปฏิบัติงานเป็นผู้ปฏิบัติร้อยละ 76.56 และมีวุฒิการศึกษาปริญญาตรีเภสัชศาสตร์ 5 ปี ร้อยละ 54.69

1.1 สภาพปัญหาด้านมิติด้านการบริหารระบบยา ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนปัญหาไว้ 4 ด้าน ดังนี้

1) การจัดการระบบด้านยา 2) โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม 3) ระบบข้อมูลที่เชื่อมโยง และ 4) การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร

“โรงพยาบาลมีการกำหนดนโยบายด้านการจัดการระบบยา และได้สื่อสารถึงระดับปฏิบัติงาน แต่อาจจะมีส่วนขาดเรื่องการทำกับติดตามให้ปฏิบัติตามระบบที่วางไว้ในส่วนของงบประมาณ” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 21

“ขนาดห้องยาเล็กเกินไปไม่สามารถเอื้อในการแบ่งสัดส่วนห้องให้คำปรึกษาหรือห้องเตรียมยา แบ่งแยกได้อย่างชัดเจน” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

“...มีข้อจำกัดด้านระบบ Hosxp ของรพ. ที่อยากให้ระบบมีการพัฒนาให้ตรงกับความต้องการใช้งานที่มากขึ้นและทันสมัย แต่ขาดด้านงบประมาณและบุคลากรที่พัฒนาระบบ” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 35

“ขาดบุคลากรจึงทำให้ไม่มีเวลาในการอบรมหลักสูตร short course เนื่องจากไม่มีบุคลากรทำงานแทน หากไปอบรมนานหลักเดือน...” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

1.2 สภาพปัญหาด้านมิติการบริการและบริหารเภสัชกรรม ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนสภาพปัญหาไว้ 4 ด้าน ดังนี้ 1) การบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก 2) การบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน 3) งานบริหารทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยนอก และ 4) งานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน

“จำนวนผู้ป่วยและรายการยาผู้ป่วยแต่ละรายมีปริมาณมาก ทำให้ระยะเวลาารอคอยนาน... ยังไม่มีนวัตกรรมลดระยะเวลาารอคอย เช่น การส่งยากลับบ้าน” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 22

“การวางแผนในการคัดกรองคำสั่งใช้ยายังไม่ชัดเจน เภสัชกรทำหน้าที่ double check เป็นผู้คัดกรอง error ในขั้นตอนหลังการจัดยา ซึ่งที่ถูกต้องควรคัดกรองคำสั่งใช้ยาก่อนส่งไปจัดยา” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 47

“เกณฑ์ในระดับ 3 ผู้ป่วยหรือญาติทุกคนได้รับการส่งมอบยาและคำแนะนำการใช้ยาก่อนกลับบ้านโดยเภสัชกร เกณฑ์ข้อนี้จะต้องมีการนิยามความหมายให้ชัดเจนว่าเป็นการจ่ายยาหรือต้องทำ D/C plan ในหอผู้ป่วยทุกคน เพราะถ้าเป็น D/C plan จะต้องทำร่วมกับทีมสหวิชาชีพ” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7

“ยังไม่มีระบบดักจับ DI ระหว่างยาในรพ. กับยาเดิมที่ผู้ป่วยนำมา (ไม่มีในรพ.)” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14

“ระบบโปรแกรมและการสื่อสาร DOS ยังไม่อำนวยความสะดวก ระบบการบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดยังไม่สม่ำเสมอ ขาดการวิเคราะห์สรุปงานรายไตรมาส ไม่มีคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติที่ใช้ได้จริง” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

“ระบบการติดตามไม่สามารถดูย้อนหลังได้ว่ามีปัญหาอะไร แล้วระบบนี้ต้องติดตามอะไร ใช้การ Pop up ซึ่งการ Pop up หลายประเด็น อาจทำให้ผิดพลาดได้” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14

“ยังไม่กำหนดเกณฑ์ แนวทางการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ทำให้อาจยังปฏิบัติไม่ครอบคลุม และไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 25

“ยังไม่มีคู่มือ/แนวทางการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยใน ในกลุ่มโรค กลุ่มยาตามเกณฑ์ที่กำหนด” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 29

1.3 สภาพปัญหาด้านมิติการจัดการระบบยา ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนสภาพปัญหาไว้ 3 ด้าน ดังนี้ 1) การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2) การส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล และ 3) งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

“ไม่มีระบบป้องกัน cross allergy ไม่มี protocol ในการ defect ADR type A,B” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

“ค้นหาเชิงรุกใช้ trigger tool แต่อาจไม่ได้ทำ 100%” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 20

“ไม่มีกรรมการที่เป็นสหวิชาชีพรับผิดชอบชัดเจน” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 26

“ขาดบุคลากรปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

“การเยี่ยมบ้านยังไม่ครอบคลุมในทุกกลุ่มโรคที่จำเป็น” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12

“ขาดการให้ความรู้ถึงชุมชน ยังไม่มีระบบที่ชัดเจน” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 18

“บริบทของแต่ละพื้นที่ไม่เหมือนกัน ทำให้แต่ละพื้นที่ปัญหาไม่เหมือนกัน การดำเนินการแก้ไข และปฏิบัติไม่เหมือนกัน” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 29

1.4 สภาพปัญหาด้านมิติการบริหารยาและเวชภัณฑ์ ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนสภาพปัญหา 4 ด้าน คือ 1) การผลิตและเตรียมยาในโรงพยาบาล 2) การคัดเลือกยา 3) การจัดซื้อ จัดหา และ 4) การบริหารคลังเวชภัณฑ์

“พื้นที่เตรียมยาไม่ค่อยเป็นสัดส่วน/แยกจากบริเวณอื่นชัดเจน” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4
“เอกสาร Master formula และ working formula ไม่ตรงกันและไม่เป็นปัจจุบัน” ผู้ให้ข้อมูล
รายที่ 36

“การสำรองยาน้อยจะไม่เพียงพอต่อสถานการณ์ระบาด เพราะฉะนั้นการให้สำรองยาไว้
ไม่เกิน 2 เดือน อาจจะเป็นปัญหากับสถานการณ์ระบาด” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

“คลังยามีการจัดเก็บยาเป็นหมวดหมู่ มีผู้รับผิดชอบถือกุญแจ มีการบันทึกอุณหภูมิและ
ความชื้น แต่สถานที่ค่อนข้างคับแคบ” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 19

“พื้นที่การจัดเก็บยาไม่เพียงพอ มีหลายคลัง ไม่สะดวกในการกระจายยา ความชื้นในคลัง
ยาสูง ไม่มีพื้นที่เฉพาะสำหรับเก็บยาหมดอายุ ยาขอคืนบริษัท ไม่มีเครื่องดักจับควัน ไม่มีกล้องวงจรปิด”
ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 23

“สถานที่จัดเก็บมีขนาดเล็ก” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 16

“ขาดงบประมาณการจัดทำระบบ scan ก่อนเข้าคลัง” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 38

2. ความต้องการการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา

2.1 ด้านมิติด้านการบริหารระบบยา ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนความต้องการการขับเคลื่อนการ
ดำเนินงาน 12 ลักษณะ ได้แก่ 1) ต้องการให้มีการจัดศูนย์กระจายยา 2) จัดตั้งคณะกรรมการระบบยา
ระดับจังหวัด 3) การค้นหานวัตกรรม สนับสนุน 4) การจัดสรรอัตรากำลังคนให้เหมาะสม 5) การถ่ายทอด
นโยบายสู่ผู้ปฏิบัติ 6) มีระบบการนิเทศงาน การติดตามและประเมินผล 7) การพัฒนาศักยภาพของ
บุคลากร 8) จัดสรรงบประมาณ ให้เพียงพอ 9) สนับสนุนให้มีระบบเทคโนโลยีในการทำงาน 10) ลดภาระ
งานด้านเอกสาร 11) สนับสนุนยาตามนโยบาย และ 12) สื่อกลางในการช่วยสืบราคาและประสานงาน
กับโรงพยาบาลแม่ข่าย ตามข้อมูล ดังนี้

“อยากให้จัดสรรหรือมีศูนย์กระจายยา เช่น โรงพยาบาลแม่ข่าย (สงขลา) ที่ส่ง patient
refer back แล้วให้เบิกจ่ายยาจากโรงพยาบาลสงขลาได้” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

“จัดตั้งกรรมการระบบยาระดับจังหวัด ร่วมขับเคลื่อนนโยบาย” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“เน้นค้นหานวัตกรรมสนับสนุนจากต้นแบบกระจายสู่ รพช. ในสังกัด” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

“การวิเคราะห์รายละเอียดภาระงานในเชิงคุณภาพร่วมกับภาระงานเชิงปริมาณ
(ประชากร) routine เพื่อจัดสรรบุคลากรให้เพียงพอและเหมาะสม” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

“นำนโยบายจากส่วนกลางโดยแปลงตัวชี้วัดให้เป็นกระบวนการที่นำไปสู่ความสำเร็จและ
ถ่ายทอด ให้ถึงผู้ปฏิบัติระดับปฏิบัติการ” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7

“อยากให้มีทีมนิเทศงานด้านระบบยา เป็นระบบที่เลี้ยงให้คำแนะนำช่วยเหลือที่
ปรับเปลี่ยนให้เหมาะกับบริบท...” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 37

“...เพิ่มการพัฒนาศักยภาพบุคลากรรายบุคคล” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 16

“จัดสรรงบประมาณในการจัดหาห้อง counseling” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 17

“...เชื่อมโยงให้ IT Function ระดับ สสอ. เพื่อความปลอดภัยด้านยา” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 38

“ลดภาระงานด้านการรายงานและภาระงานเอกสารต่างๆ” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 30

“สนับสนุนยาตามนโยบายโรงพยาบาล...” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8

“เป็นตัวกลางในการประสานข้อมูลกับรพ.แม่ข่าย ในการ refer back มารับยา รพ.
ชุมชน ในเรื่องของรายการยา...” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14

2.2 ด้านมิติการบริการและบริหารเภสัชกรรม ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนความต้องการการ
ขับเคลื่อนการดำเนินงาน 7 ลักษณะ ได้แก่ 1) พัฒนาศักยภาพของบุคลากร 2) จัดสรรอัตรากำลังให้
เพียงพอ 3) จัดให้มีการศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนรู้ 4) เพิ่มคำตอบแทน 5) กำหนดเกณฑ์การทำงานให้

ชัดเจน 6) มีระบบการให้คำปรึกษา และ 7) มีระบบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำและส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ตามข้อมูล ดังนี้

“จัดอบรมให้ความรู้แก่เภสัชกรเรื่องต่างๆ เพิ่มอัตราการใช้เภสัชกรให้กับ รพ.” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8

“จัดสรรบุคลากรให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

“จัดกิจกรรมศึกษาดูงาน หรือนำเสนอ best practice เพื่อเป็นแนวทาง รพ.อื่นๆ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้สภาพปัญหาในการดำเนินงานและแนวทางการพัฒนางาน” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 33

“อยากให้เพิ่มค่าตอบแทนให้เภสัชกรที่รับผิดชอบมากกว่านี้ เพื่อเป็นแรงจูงใจและขวัญกำลังใจในการทำงาน...” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9

“นิยามเกณฑ์การประเมินของแต่ละข้อให้ตรงกัน เพื่อความเข้าใจที่ชัดเจน” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 34

“เป็นที่ปรึกษาแนะนำ ปรับมาตรฐานให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานได้” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 36

“พัฒนาระบบป้องกันการแพ้ยาซ้ำ” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

2.3 ด้านมิติการจัดการระบบยา ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนความต้องการการขับเคลื่อนการดำเนินงาน 7 ลักษณะ ได้แก่ 1) จัดให้มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2) ต้องการให้มีสื่อกลางในการเบิกจ่ายยาตามนโยบาย 3) จัดสรรงบประมาณและอัตราค่าจ้างคนให้มีความเพียงพอ 4) ระบบกำกับติดตามและประเมินผล 5) การกำกับติดตามปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสม 6) พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และ 7) มีระบบการให้คำปรึกษา ตามข้อมูล ดังนี้

“จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ/DUE, ADR” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 28

“ในกรณีของยาที่เป็นเชิงนโยบาย อยากให้เป็นตัวกลางเบิกจ่าย ไป รพช. ในการทำงาน” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7

“การจัดสรรงบประมาณค่าจ้างคน เพื่อการพัฒนาระบบคุณภาพอย่างต่อเนื่อง” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 16

“กำกับดูแลให้ รพ. จัดการให้เป็นตามเป้าหมายที่วางไว้” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

“ให้ สสจ. สงขลาจัดการเรื่องร้านชำ ขายยาอันตรายหรือยาชุด ให้ผู้ป่วยในชุมชน การจัดการเรื่องคลินิกที่ไม่ขออนุญาตอย่างจริงจังและเด็ดขาด” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 23

“พัฒนาระบบ Telemedicine อย่างจริงจัง” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 17

“ต้องการหน่วยงานเป็นที่ปรึกษา” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 29

2.4 ด้านมิติการบริหารยาและเวชภัณฑ์ ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนความต้องการการขับเคลื่อนการดำเนินงาน 6 ลักษณะ ได้แก่ 1) กำกับติดตามให้มีปริมาณยาที่เพียงพอ 2) จัดอบรมพัฒนาศูนย์กลาง 3) ลดภาระงานด้านเอกสาร 4) จัดให้มีการกำหนดคุณลักษณะยาและจัดซื้อยาร่วมกัน 5) เกณฑ์การประเมินควรไปในแนวทางเดียวกัน และ 6) ผู้บริหารผลักดันและเห็นความสำคัญของการบริหารงาน ตามข้อมูล ดังนี้

“เพิ่มอัตราการสำรองยา ลดปัญหาขาดครว/ขาดคลัง” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8

“อบรมกฎหมายด้านงานบริหารเวชภัณฑ์แก่เภสัชกร เพื่อให้ทราบและรู้ตระหนักกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบคลังยา” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 25

“พยายามใช้รูปแบบ Digital File มากกว่าเอกสาร” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 16

“กรณียาแพง ให้จัดซื้อร่วมกันทั้งจังหวัด” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7

“...ในภาพรวมมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาทั้ง 4 มิติ ในทั้ง 15 ประเด็น แต่ละประเด็นควรมีนโยบาย ความหมายที่ชัดเจนของตัวเกณฑ์แต่ละระดับ เพื่อให้การประเมินแต่ละจังหวัด เขต เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งต้องมาเรียงเกณฑ์แต่ละประเด็นอย่างละเอียด โดย สสจ. ร่วมทั้งเขตหรือภาคใต้ มาประชุมเรื่องนี้...” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

“อยากให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญของสถานที่จัดเตรียม/ผลิตยาที่ได้มาตรฐาน...” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8

3. รูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา คือ 5C3SDTI ประกอบด้วย 1) Committee: จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน 2) Calendar: จัดทำปฏิทินการดำเนินงาน 3) Channel: สร้างช่องทางการประสานงาน 4) Choose: เลือกโรงพยาบาลต้นแบบ 5) Criterion: สร้างเกณฑ์มาตรฐานให้ชัดเจน 6) System: พัฒนาการให้คำปรึกษา 7) Supervision: ตั้งคณะกรรมการนิเทศ 8) Share: จัดเวทีประชุมแลกเปลี่ยน 9) Develop: พัฒนาบุคลากรและระบบบริหารเวชภัณฑ์คลังยาของ รพ.สต. 10) Technology: นำเทคโนโลยีมาใช้ในการดำเนินงาน และ 11) Innovation: สร้างนวัตกรรม



ภาพที่ 2 รูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา
ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา

4. ประสิทธิภาพของรูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา
ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา

เปรียบเทียบคะแนนผลการตรวจประเมินตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล
ชุมชน จังหวัดสงขลา ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบพบว่า หลังใช้รูปแบบคะแนนตามมาตรฐานความ
ปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง เปรียบเทียบคะแนนผลการตรวจประเมินตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชน
จังหวัดสงขลา ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

มาตรฐานความปลอดภัย	n	$\bar{x}$	SD	IQR	Z	p - value (1-tailed)
ก่อนการใช้รูปแบบ	15	2.71	0.41	0.43	3.408	<.001
หลังการใช้รูปแบบ	15	3.66	0.32	1.23		

อภิปรายผล

1. สภาพปัญหาและความต้องการการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ด้านมิติด้านการบริหารระบบยา สามารถอธิบายได้ว่าสภาพปัญหาและความต้องการการขับเคลื่อนมีความครอบคลุมหลัก 4M คือ คนหรือบุคคล (Man) เงินหรืองบประมาณ (Money) วัสดุสิ่งของหรือวัสดุอุปกรณ์ (Material) และการบริหารจัดการ (Management) (Houston, 2024) เพื่อให้บรรลุตามระดับของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ ตั้งแต่ระดับที่ 3 (Developed Capacity) คือ ได้ดำเนินการในตัวชี้วัดนั้นแล้ว งานแล้วเสร็จ บางส่วนยังดำเนินการ ระดับที่ 4 (Demonstrated Capacity) คือ ได้ดำเนินการในตัวชี้วัดแล้วเสร็จ ยังมีความท้าทายด้านความยั่งยืน และระดับที่ 5 (Sustainable Capacity) คือ ระบบมีการดำเนินการอย่างยั่งยืน ซึ่งต้องอาศัยการบริหารตามหลัก 4 M เช่นกัน เนื่องจากทั้ง 4 มิติการในการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ต้องอาศัยบุคคลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน งบประมาณที่มีความเหมาะสมตามบริบท วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น และการบริหารจัดการที่เป็นระบบในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ซึ่งมีความสอดคล้องกับแบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ.2565 ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อหาโอกาสในการพัฒนาระบบงานภายในหน่วยงานและประเด็นและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบความปลอดภัยด้านยาประเทศรวม (Public Health Administration Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2022) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mateeapiruk (2017) พบว่าความต้องการพัฒนางานด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิในหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอหนึ่งใน จ.สงขลา สิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานต้องการพัฒนา ระดับบุคคล คือ งานด้านการส่งมอบยาให้ผู้ป่วยและมาตรฐานความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย ระดับครอบครัว คือ ทักษะการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น ต้องการเรียนรู้และพัฒนาทักษะไปพร้อมกับการปฏิบัติจริง ระดับชุมชน คือ พัฒนาวิธีการค้นหาปัญหาด้านการคุ้มครองผู้บริโภคทางด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทักษะการทำงานเป็นทีมร่วมกับภาคีเครือข่ายและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นการขับเคลื่อนด้านบุคคล

2. รูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา คือ 5C3SDTI ประกอบด้วย การจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน ทำปฏิทินการดำเนินงาน สร้างช่องทางการประสานงาน เลือกโรงพยาบาลต้นแบบ สร้างเกณฑ์มาตรฐานให้ชัดเจน พัฒนาการให้คำปรึกษา ตั้งคณะกรรมการนิเทศ จัดเวทีประชุมแลกเปลี่ยน พัฒนาบุคลากร นำเทคโนโลยีมาใช้ในการดำเนินงาน และสร้างนวัตกรรม โดยรูปแบบมีวัตถุประสงค์เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา เป็นรูปแบบที่ได้จากสภาพปัญหาและความต้องการการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาที่ได้จากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและมีความครอบคลุมการขับเคลื่อนตามหลัก 4M เพื่อให้บรรลุตามระดับของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ เน้นการประสานการทำงานระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยการพัฒนาคณาภพระบบเตมยาในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดสงขลา พัฒนาโปรแกรมเชื่อมระหว่างคลังยาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อส่งข้อมูลยอดการใช้ยาจริงเบิกยาจาก

โรงพยาบาลแม่ข่าย ยกเลิกคลังสำรองยา โดยสำรองยา ณ จุดจ่ายยา มีโรงพยาบาล แม่ข่ายเป็นคลังสำรองยา เพื่อลดอัตราการสำรองยา ลดมูลค่าการสำรองยา ลดขั้นตอนการทำงานที่ไม่จำเป็นของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะเห็นการประสานจึงเป็นส่วนสำคัญต่อการดำเนินงานสอดคล้องกับการศึกษาของ Seeha & Saksiri (2023) พบว่ารูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในร้านชำจังหวัดกาฬสินธุ์ เน้นการให้ความรู้แก่ผู้นำชุมชนและการประสานงานให้การเฝ้าระวังเป็นไปอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีจุดเด่นในประเด็นของการวางเครือข่ายของการสื่อสาร ตลอดจนเพื่อการพัฒนาบุคลากร ซึ่งมีความสำคัญต่อการติดตามรับส่งข้อมูล การนำโปรแกรมมาใช้ในการดำเนินงาน เช่น โปรแกรมการประยุกต์ใช้ Google Sheet ในงานคำนวณ DOSE ยาทางเภสัชกรรม โปรแกรมการสั่งใช้ยา WAFARIN ปฏิทินแผงยา WAFARIN โปรแกรมนัด dt/rabies vaccine เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Khamsan, Wongpalee, & Issarachote (2024) พบว่าระบบงานเภสัชสนเทศเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพงานระบบยา รพ.ลำพูน พ.ศ. 2558-2562 มีหลากหลายกิจกรรมเช่น การจัดทีมทำงาน การวางเครือข่ายการสื่อสาร การบูรณาการโครงสร้างงานกับแผนงบประมาณ การติดตามรับข้อมูล การส่งเสริมการฝึกอบรมด้าน ADR การจัดการเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ การพัฒนาระบบบันทึกและประเมินค่างานทางเภสัชกรรม เป็นต้น ทั้งนี้เมื่อนำรูปแบบมาใช้พบว่าหลังใช้รูปแบบคะแนนตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบ 5C3SDTI ช่วยในการขับเคลื่อนให้การดำเนินงาน นอกจากนี้ในแต่ละมิติผู้ปฏิบัติสามารถบรรลุตามเกณฑ์ระดับ 3 ตามที่กำหนดไว้

ข้อจำกัดของงานวิจัยคือมาตรฐานการประเมินของผู้ประเมินมีความแตกต่างกันในเรื่องการตีความของเกณฑ์การประเมินในแต่ละข้อ ทำให้ผู้ประเมินมีความแตกต่างกันซึ่งอาจส่งผลต่อความคลาดเคลื่อนในการประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. คณะกรรมการมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสงขลาในระดับจังหวัดใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา เพื่อให้บรรลุระดับของตัวชี้วัดในแต่ละมิติที่วางไว้ โดยเน้นจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน การวางแผนและการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมและชัดเจน มีการประสานงานที่ระหว่างโรงพยาบาลและสหวิชาชีพ พัฒนาบุคลากรและระบบบริหารเวชภัณฑ์คลังยาของ รพ.สต. การนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมมาใช้ในการดำเนินงาน ตลอดจนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางวิชาการ

2. เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินใช้ประเมินโรงพยาบาลทุกระดับตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งระดับการดำเนินงานในโรงพยาบาลระดับต่างๆ จะมีความแตกต่างกัน แต่เกณฑ์ที่ใช้ประเมินเป็นเกณฑ์เดียวกัน ควรสร้างเกณฑ์ที่ใช้ประเมินให้มีความแตกต่างกันแต่ละระดับของโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา เพื่อใช้ผลการวิจัยในการต่อยอดในการจัดโครงการต่าง ๆ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา

References

- Houston, S. (2024). *4MS of Operations Management*. Retrieved June 6, 2024 from <https://www.milliken.com/en-us/businesses/performance-solutions-by-milliken/blogs/4ms-of-operations-management>
- Khamisan, A., Wongpalee, S., Issarachote, J. (2024). The development of the pharmaceutical information system to drive the improvement of the quality the pharmaceutical system in Lamphun Hospital 2015-2019. *Journal of Health Consumer Protection*, 3(1), 33-51.
- Mateepiruk, P. (2017). The Analyze the Performance in Accordance with the Pharmaceutical Standards in Primary Care Unit (PCU), Songkhla Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(1), 153-170.
- Maxwell, S. R. J. & Webb, D. J. (2019). Improving medication safety: focus on prescribers and systems. *The Lancet*, 394(10195), 283-285. doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31526-0
- Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2022). *Rational Drug Use Community: RDU Community*. Nonthaburi: Health Administration Division.
- Pharmacy and Therapeutics Committee Medicine System Committee. (2023). *Minutes of the Pharmacy and Therapeutics Committee Meeting*. Pharmacy and Therapeutics Committee
- Public Health Administration Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2022). *Drug safety standard assessment form In hospitals under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health New revised edition 2022*. Nontaburi: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health
- Rich, D. S. (2004.) New JCAHO medication management standards for 2004. *Am J Heath-Syst Pharm*. 61(13), 1349-1358.
- Standards Assessment Working Group Drug safety, Songkhla Province. (2022). *Meeting Report of the Working Group for The Development of the Pharmaceutical and Consumer Protection Public Health Service System*, Songkhla Province. Songkhla Health Office Province.
- Seeha, A., Saksiri, W. (2023). Development of a Drug Safety Surveillance Model in Grocery Stores in Kamalasai District, Kalasin Province. *Research and Development Health System Journal*, 15(1), 304-317.
- Working group to evaluate drug safety standards in Songkhla Province. (2022). *Data report summarizing lessons learned from the assessment of drug safety standards in community hospitals in Songkhla Province in 2022*. Songkhla: Songkhla Provincial Public Health Office.
- World Health Organization. (2024). *Patients for Patient Safety*. Retrieved June 22, 2024 from <https://www.who.int/initiatives/patients-for-patient-safety>

สถานการณ์ ความต้องการ และการคาดการณ์แนวโน้ม กำลังคนด้านสาธารณสุขในระดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ในภาคเหนือของประเทศไทย

ปฐมพงษ์ กันธิยะ¹, นภชา สิงห์วีระธรรม^{2*}, ลินีนากู ขาวตระกูล²

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ความต้องการ และการคาดการณ์แนวโน้มกำลังคนด้านสาธารณสุขในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ในภาคเหนือของประเทศไทย จากข้อมูลบุคลากรใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบจ. ในเขตภาคเหนือเขตสุขภาพที่ 1 และ 2 ปีงบประมาณ 2566 โดยศึกษาข้อมูลของกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ. 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ความต้องการและคาดการณ์แนวโน้มกำลังเปรียบเทียบกับกรอบอัตรากำลังคนตามสายวิชาชีพนำเสนอข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัยพบว่า มีบุคลากรด้านสาธารณสุขประสงค์ถ่ายโอน 1,988 คน การเปรียบเทียบกับกรอบความต้องการ พบว่าวิชาชีพพยาบาลขาดจำนวน 767 คน ถ้าเติมเข้าในระบบจำนวนปีละ 100 คน จะสามารถเติมเต็มอัตรากำลังตามกรอบภายใน ปี พ.ศ. 2579 วิชาชีพสาธารณสุขยังขาดจำนวน 818 คน ถ้าเติมเข้าในระบบจำนวนปีละ 100 คน จะสามารถเติมเต็มอัตรากำลังตามกรอบภายในปี พ.ศ. 2579 วิชาชีพทันตสาธารณสุขยังขาดจำนวน 205 คน ถ้าเติมเข้าในระบบจำนวนปีละ 50 คน จะสามารถเติมเต็มอัตรากำลังตามกรอบภายในปี พ.ศ. 2574 และวิชาชีพแพทย์แผนไทยยังขาดจำนวน 303 คน ถ้าเติมเข้าในระบบจำนวนปีละ 50 คน จะสามารถเติมเต็มอัตรากำลังตามกรอบภายใน ปี พ.ศ. 2576

จำนวนความต้องการและคาดการณ์แนวโน้มวิชาชีพใน รพ.สต. สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนทรัพยากรมนุษย์สำหรับองค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อให้เกิดการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นไปตามมาตรฐานการจัดบริการใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดในเขตภาคเหนือ

คำสำคัญ: สถานการณ์, ความต้องการ, การคาดการณ์แนวโน้ม, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ถ่ายโอนภารกิจ, องค์การบริหารส่วนจังหวัด

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: noppcha.s@cmu.ac.th)

วันที่รับ 19 ก.ค. 2567, วันที่แก้ไขเสร็จ 19 ก.ย. 2567, วันที่ตอบรับ 23 ก.ย. 2567

The situation of demand and forecasts of Health care workforces in the Tumbon Health Promotion Hospital with transferred to the Provincial Administrative Organization, in North of Thailand

Patompong Kuntiya¹, Noppcha Singweratham^{2*}, Sineenart Chautrakarn²
¹Student of Master of Public Health in Faculty of Public Health Chiang Mai University
²Faculty of Public Health Chiang Mai University

Abstract

The retrospective design study aims to investigate the current situations and demand in order to predict the demand for an adequate number of health personal among Tumbon Health Promoting Hospital (THPH) with Transferred to the Provincial Administrative Organization (PAO) in fiscal year 2023, Region 1 and 2 health providers, the Northern Region of Thailand. The Human Resource Office of the Permanent Secretary System (HROPS) database (2 October 2023) was used to analyze. Case record form was designed to collect the individual health personal data. The data were presented in number and percentage.

The number of health personal in THPH with transferred the PAO were 1,988 persons. Additionally, the amount of Nurse, Public health, Dental public health and Thai traditional medicine required approximately 767, 818, 295 and 303 persons, respectively. if it planned to full in 100 Nurses and Public health personal per year, it would full frame within 2579 calendar year. Moreover, if it planned to full in 50 Dental public health personal per year, it would full frame within 2574 calendar year. Whereas, if it planned to full in 50 Thai traditional medicine personal per year, it would full frame within 2576 calendar year.

The demand prediction trend among health personal in THPH can recommend for human resources planning for PAO. The sufficient in human resource will allow the primary care services in THPH under PAO to provide with the standard of care.

Keywords: situations, demand, predict the demand, Tumbon Health Promotion Hospital, transferred, the Provincial Administrative Organization

*Corresponding e-mail: noppcha.s@cmu.ac.th

Received: July 19, 2024; Revised: September 19, 2024; Accepted: September 23, 2024

บทนำ

การกระจายอำนาจและการปกครองท้องถิ่นเป็นรูปแบบการปกครองที่ใช้แก้ไขปัญหาการปกครองแบบรวมศูนย์อำนาจที่ให้ความสำคัญกับราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาคในการบริหารราชการแผ่นดิน ซึ่งที่ผ่านมาพบปัญหาไม่สามารถดูแลและตอบสนองความต้องการและข้อเรียกร้องของประชาชนได้อย่างทั่วถึง จึงเกิดการผลักดันและการตรารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 และการตราพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) พ.ศ. 2542 ตามมา เพื่อลดสถานะการรวมศูนย์ของอำนาจ เพิ่มกระจายการจัดบริการสาธารณะและกระจายอำนาจการบริหารให้กับการปกครองส่วนท้องถิ่นโดยให้ประชาชนในท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทหลัก (Tunchai, 2014)

กระทรวงสาธารณสุขก็เป็นอีกหน่วยงานหนึ่งที่ได้นำแผนการกระจายอำนาจ ฯ และแผนปฏิบัติการฯ (ฉบับที่ 1) พ.ศ. 2545 มาปฏิบัติ แต่ระหว่างดำเนินการได้มีองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) บางแห่งเลื่อนสถานะเป็นเทศบาลตำบล/เมือง จึงทำให้การถ่ายโอนล่าช้า (Srisasalux, 2012) และได้ปฏิบัติตามแผนการกระจายอำนาจเรื่อยมาจนถึงปี พ.ศ. 2563 รวมแล้วมีสถานีนามัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ถ่ายโอนภารกิจให้ อปท. เพียง 65 แห่ง จากจำนวน 9,787 แห่งทั่วประเทศต่อมาในปี พ.ศ. 2564 คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีมติเห็นชอบให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอน สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และ รพ.สต. ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ที่มีความพร้อมมากกว่าเทศบาลหรือ อบต. โดยยึดหลักการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานและการจัดบริการปฐมภูมิ เมื่อพิจารณาสถานการณ์การถ่ายโอนและการบริหารจัดการกำลังคนของ สอน. และ รพ.สต. พบว่าบุคลากรถ่ายโอนไปไม่หมดและไม่เป็นไปตามกรอบอัตรากำลังที่มีอยู่เดิมก่อนการถ่ายโอนซึ่งเรียกว่า “ปริมาณงานเท่าเดิม แต่ปริมาณคนลดลง” จากบุคลากรตามโครงสร้างที่กำหนดไว้ (Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee, 2021)

ประเด็นปัญหาและอุปสรรคทั้งในส่วนของ อปท. กระทรวงสาธารณสุขและบุคลากรเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน สาเหตุมาจากยังหาคนบรรจุหรือจัดการหาคนมาลงไม่ได้ ส่วนใหญ่เป็นตำแหน่งพยาบาลและเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนในขณะที่บุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขเองก็มีจำกัดตามกรอบอัตรากำลังเช่นกันและอัตรากำลังคนด้านสุขภาพที่มีอยู่ต้องรับผิดชอบงานในส่วนที่ไม่มีความรู้ไม่ตรงตามสาย ส่วนสิทธิประโยชน์ของบุคลากรที่ถ่ายโอนไป อบจ. ระเบียบและแนวทางการดำเนินงานยังไม่ชัดเจน ลูกจ้างมีโอกาสดำรงหน้าค่อนข้างยาก การสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายพบบางพื้นที่การสนับสนุนเวชภัณฑ์ยาและบุคลากรลดลงทำให้ไม่เพียงพอต้องซื้อเพิ่มเติมโดยใช้จ่ายจากเงินบำรุง ในส่วนระบบข้อมูลด้านสุขภาพใช้ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพที่มีการเก็บข้อมูลตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (Sarakshearin, et al., 2022) ดังจะเห็นได้ว่าประเด็นปัญหาหลักของภารกิจการถ่ายโอน ฯ ส่วนใหญ่เกิดจากการขาดแคลนกำลังคนด้านสาธารณสุขจนส่งผลให้การดำเนินงานส่วนต่าง ๆ ติดขัดล่าช้า (Thanormchayatawat, et al., 2023)

ในส่วนขอเขตภาคเหนือเขตสุขภาพที่ 1 และ 2 พบถ่ายโอนภารกิจไปแล้ว 585 แห่ง จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 1,791 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 32.66 (Health Systems Research Institute, 2023) จะเห็นได้ว่าการถ่ายโอนยังดำเนินการไปไม่ถึงครึ่งหนึ่งของที่มีอยู่แต่ยังพบปัญหาเดียวกันเรื่องภารกิจการถ่ายโอนของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล ในหลาย ๆ จังหวัดคือปริมาณงานเท่าเดิมแต่ปริมาณคนลดลง อันจะส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการกำลังคนและการให้บริการประชาชนในภาคเหนือตามมาหากยังไม่ได้การแก้ไข

จากประเด็นปัญหาอัตรากำลังคนใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. ในเขตภาคเหนือของประเทศไทยซึ่งไม่เป็นไปตามกรอบอัตรากำลังที่มีอยู่เดิมก่อนถ่ายโอนที่อาจส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการกำลังคนและการให้บริการประชาชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ ความต้องการ และการคาดการณ์แนวโน้มกำลังคนด้านสาธารณสุขในระดับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. ในเขตภาคเหนือของประเทศไทยโดยศึกษาสถานการณ์บุคลากรด้านสาธารณสุขและเปรียบเทียบกรอบอัตรากำลังบุคลากรด้านสาธารณสุขเพื่อคาดการณ์แนวโน้มกำลังคนด้านสาธารณสุข อันจะนำไปสู่การวางแผนและบริหารจัดการกำลังคนให้เพียงพอและสามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนสอดคล้องกับความต้องการของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพตลอดจนเตรียมความพร้อมกำลังคนด้านสาธารณสุขของ อบจ. ในเขตภาคเหนือให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย สมบูรณ์ตามแผนการถ่ายโอนและสนับสนุนการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ของบุคลากรด้านสาธารณสุขในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดในเขตภาคเหนือ
- 2) เพื่อศึกษาความต้องการกำลังคนด้านสาธารณสุขในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดในเขตภาคเหนือ
- 3) เพื่อศึกษาการคาดการณ์แนวโน้มกำลังคนด้านสาธารณสุขในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดในเขตภาคเหนือ

กรอบแนวคิด

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาสถานการณ์กำลังคนด้านสาธารณสุขในระดับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. ในภาคเหนือของประเทศไทยโดยพิจารณาก่อนการถ่ายโอนประกอบด้วย จำนวนบุคลากรที่ประสงค์ถ่ายโอนภารกิจและไม่ประสงค์ถ่ายโอนภารกิจ สาขาวิชาชีพ และขนาด รพ.สต. และหลังการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไป อบจ. ประกอบด้วย ความต้องการกำลังคนด้านสาธารณสุขตามกรอบโครงสร้างอัตรากำลังและคาดการณ์ความต้องการบุคลากรด้านสาธารณสุขในระยะเวลา 20 ปี รวมกับการใช้ข้อมูลความต้องการ (Demand) และอัตราการสูญเสีย (Lost Rate)

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยแบบย้อนหลัง (Retrospective)จากข้อมูลทุติยภูมิของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับข้อมูลบุคลากรด้านสาธารณสุขในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดในเขตภาคเหนือ ข้อมูล ณ วันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ข้อมูลบุคลากร รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไป อบจ. ในเขตภาคเหนือ ในเขตสุขภาพที่ 1 และ 2 จำนวน 13 จังหวัดประกอบด้วย เชียงใหม่ เชียงรายแพร่ น่าน พะเยาลำปาง ลำพูน แม่ฮ่องสอน ตาก เพชรบูรณ์ พิษณุโลก อุตรดิตถ์และสุโขทัย จากข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (Human Resources Office of Permanent Secretary System:

HROPS) กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขศึกษาข้อมูล ณ วันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ. 2566 โดยการใช้ข้อมูลนั้นเป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

เครื่องมือในการวิจัย เป็นแบบบันทึกข้อมูลโดยใช้ข้อมูลจากระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย รหัสบุคคล สถานะการถ่ายโอน เขตสุขภาพ จังหวัด ชื่อรพ.สต. ก่อนการถ่ายโอน/รหัส 5 หลัก ขนาด รพ.สต. วันที่ถ่ายโอน วัน/เดือน/ปีเกิด วันเดือนปีที่บรรจุตามตำแหน่ง ตำแหน่ง ระดับการปฏิบัติงาน ประเภทการจ้างงาน วุฒิการศึกษาแรกบรรจุ วุฒิการศึกษาสูงสุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลของงานวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ขึ้นเตรียมการวิเคราะห์สภาพปัญหา

1. ประสานงานเพื่อขอข้อมูลกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลกำลังคนตำแหน่งบุคลากรด้านสาธารณสุข ณ วันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ. 2566 โดยการใช้ข้อมูลเป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ประสานงานในช่วงเดือนเมษายน 2567 ถึงเดือนพฤษภาคม 2567

2. ตรวจสอบข้อมูล ความถูกต้องของข้อมูลและความสอดคล้องของข้อมูลหากพบข้อมูลที่ไม่ถูกต้องทำการตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลบริหารทรัพยากรบุคคล ในกรณีข้อมูลที่ได้มาไม่สมบูรณ์ผู้วิจัยจะตัดข้อมูลส่วนนั้นออก

3. ประสานงานกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดในเขตภาคเหนือเพื่อขอข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดในเขตภาคเหนือ

4. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 ขึ้นการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์สถานการณ์ของบุคลากรด้านสาธารณสุขในระดับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. ในเขตภาคเหนือโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่และร้อยละ

2. วิเคราะห์ความต้องการบุคลากรด้านสาธารณสุขในระดับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. ในเขตภาคเหนือโดยนำจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่จริงเปรียบเทียบกับกรอบโครงสร้างอัตรากำลังตามแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ สอน. และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. (Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee, 2021) โดยมีวิธีการคิด ดังนี้

การคำนวณความต้องการ
ตามกรอบโครงสร้างอัตรากำลัง = (จำนวน รพ.สต.ที่ถ่ายโอน * บุคลากรตามกรอบโครงสร้าง) - จำนวนบุคลากร
ที่ถ่ายโอนภารกิจ

3. วิเคราะห์คาดการณ์แนวโน้มกำลังคนบุคลากรด้านสาธารณสุข รพ.สต. ใน อบจ. ในระยะเวลา 20 ปี โดยใช้สมการการคาดการณ์ตามการศึกษาของ นกษา สิ่งวิริธรรม และคณะ ประกอบด้วย จำนวนความต้องการ (Demand: D) ตามกรอบโครงสร้างอัตรากำลังของแนวทางการถ่ายโอนภารกิจ สอน. และ รพ.สต. ให้แก่ อบจ. (Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee,

2021) โดยใช้อัตราการสูญเสีย (Lost Rate) ประกอบด้วย จำนวนบุคลากรสะสมที่มีอยู่ (Cumulative number of personal available: CP) จำนวนการรับเข้าต่อปี (Number of recruitment per year: NR) ระยะเวลา (Time: T) และใช้อัตราการสูญเสีย (Lost Rate: LR) ในแต่ละสายวิชาชีพ ดังนี้ วิชาชีพพยาบาลร้อยละ 4.4 ต่อปี วิชาชีพสาธารณสุข วิชาชีพทันตสาธารณสุขและวิชาชีพ แพทย์แผนไทยร้อยละ 2.8 ต่อปี (Singweratham, et al., 2021)

กำหนดให้	D	แทน	จำนวนกรอบความต้องการ
	CP	แทน	จำนวนบุคลากรสะสมที่มีอยู่
	NR	แทน	จำนวนบุคลากรรับเข้าต่อปี
	LR	แทน	อัตราการสูญเสีย
	t	แทน	ระยะเวลา

จะได้ว่า

$$\text{คาดการณ์แนวโน้มกำลังคนรายปี} = (CP (1+t) + NR) - (CP (1+t) \times LR)$$

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ ET012/2567 ลงวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2567

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. พบว่า ถ่ายโอนภารกิจ 585 แห่ง เป็น รพ.สต.ขนาดใหญ่ (L) 47 แห่ง รพ.สต. ขนาดกลาง (M) 307 แห่ง และ รพ.สต. ขนาดเล็ก (S) 231 แห่ง มีบุคลากรด้านสาธารณสุขทั้งสิ้น 2,638 คน ประสงค์ถ่ายโอน 1,988 คน (ร้อยละ 75.36) และไม่ประสงค์ถ่ายโอน 650 คน (ร้อยละ 24.64) ในส่วนบุคลากรที่ประสงค์ถ่ายโอน 1,988 คน พบว่าวิชาชีพพยาบาล 757 คน (ร้อยละ 75.10) วิชาชีพสาธารณสุข 1,031 คน (ร้อยละ 75.37) วิชาชีพทันตสาธารณสุข 149 คน (ร้อยละ 73.04) และวิชาชีพแพทย์แผนไทย 51 คน (ร้อยละ 87.93) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สถานการณ์การถ่ายโอนบุคลากรด้านสาธารณสุขในเขตภาคเหนือแยกตามรายวิชาชีพ
(n = 2,638)

รายวิชาชีพ	สถานการณ์ของบุคลากรด้านสาธารณสุข (คน)		รวม (ร้อยละ)
	ประสงค์ถ่ายโอน (ร้อยละ) n = 1,988	ไม่ประสงค์ถ่ายโอน (ร้อยละ) n = 650	
พยาบาล	757 (75.10)	251 (24.90)	1,008 (100.00)
พยาบาลวิชาชีพ	755 (75.05)	251 (24.95)	1,006 (100.00)
พยาบาลเทคนิค	2 (100.00)	-	2 (100.00)
สาธารณสุข	1,031 (75.37)	337 (24.63)	1,368 (100.00)
นักวิชาการสาธารณสุข	719 (76.65)	219 (23.35)	938 (100.00)
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	312 (72.56)	118 (27.44)	430 (100.00)
ทันตสาธารณสุข	149 (73.04)	55 (26.96)	204 (100.00)
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	149 (73.04)	55 (26.96)	204 (100.00)

ตารางที่ 1 สถานการณ์การถ่ายโอนบุคลากรด้านสาธารณสุขในเขตภาคเหนือแยกตามรายวิชาชีพ
(n = 2,638) (ต่อ)

รายวิชาชีพ	สถานการณ์ของบุคลากรด้านสาธารณสุข (คน)		รวม (ร้อยละ)
	ประสงค์ถ่ายโอน (ร้อยละ) n = 1,988	ไม่ประสงค์ถ่ายโอน (ร้อยละ) n = 650	
แพทย์แผนไทย	51 (87.93)	7 (12.07)	58 (100.00)
แพทย์แผนไทย	50 (87.72)	7 (12.28)	57 (100.00)
เจ้าพนักงานการแพทย์แผนไทย	1 (100.00)	-	1 (100.00)
รวม	1,988 (75.36)	650 (24.64)	2,638 (100.00)

สำหรับข้อมูลสถานการณ์ของบุคลากร พบว่า มีบุคลากรด้านสาธารณสุขประสงค์ถ่ายโอนจำนวนทั้งสิ้น 1,988 คน อายุปัจจุบันส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 46-49 ปี จำนวน 308 คน คิดเป็นร้อยละ 15.49 (คิดค่าเฉลี่ยเท่ากับ 44.30) อายุงานที่เหลือก่อนเกษียณส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 11-15 ปี จำนวน 383 คน คิดเป็นร้อยละ 19.27 (คิดค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.18) ระดับตำแหน่งส่วนใหญ่เป็นชำนาญการจำนวน 1,135 คน คิดเป็นร้อยละ 57.09 และระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นปริญญาตรีจำนวน 1,663 คน คิดเป็นร้อยละ 83.65 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สถานการณ์ของบุคลากรด้านสาธารณสุขในระดับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. ในเขตภาคเหนือ (n = 1,988)

วิชาชีพ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	(ร้อยละ)
รวมทุกวิชาชีพ			
อายุปัจจุบัน (ปี)			
	22-25	8	(0.40)
	26-29	101	(5.08)
	30-33	237	(11.92)
	34-37	238	(11.97)
	38-41	157	(7.92)
	42-45	203	(10.20)
	46-49	308	(15.49)
	50-53	296	(14.89)
	54-57	240	(12.07)
	58-61	200	(10.06)
	รวม	1,988	(100.00)
ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		$\bar{x} = 44.30$	S.D. = 9.65
ค่าสูงสุด (Max) = 61		ค่าต่ำสุด (Min) = 24	
อายุงานที่เหลือก่อนเกษียณ			
	น้อยกว่า 5 ปี	367	(18.46)
	6-10 ปี	369	(18.56)
	11-15 ปี	383	(19.27)
	16-20 ปี	198	(9.96)
	21-25 ปี	256	(12.88)
	26-30 ปี	307	(15.44)

ตารางที่ 2 สถานการณ์ของบุคลากรด้านสาธารณสุขในระดับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. ในเขตภาคเหนือ (n = 1,988) (ต่อ)

วิชาชีพ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	(ร้อยละ)
	31-35 ปี	107	(5.38)
	36 ปี ขึ้นไป	1	(0.05)
	รวม	1,988	(100.00)
	ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	$\bar{x} = 16.18$	S.D. = 9.65
	ค่าสูงสุด (Max) = 37	ค่าต่ำสุด (Min) = 1	
ระดับตำแหน่ง			
ประเภททั่วไป	ปฏิบัติงาน	104	(5.23)
ประเภททั่วไป	ชำนาญงาน	321	(16.15)
ประเภททั่วไป	อาวุโส	19	(0.96)
ประเภทวิชาการ	ปฏิบัติการ	335	(16.85)
ประเภทวิชาการ	ชำนาญการ	1,135	(57.09)
ประเภทวิชาการ	ชำนาญการพิเศษ	4	(0.20)
อื่น ๆ ที่ไม่ใช่ข้าราชการ (พรก, พกส, ลูกจ้าง)		70	(3.52)
	รวม	1,988	(100.00)
ระดับการศึกษา			
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	120	(6.04)
	ปริญญาตรี	1,663	(83.65)
	สูงกว่าปริญญาตรี	205	(10.31)
	รวม	1,988	(100.00)

2. ความต้องการกำลังคนใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจจำนวน 585 แห่ง เป็น รพ.สต. ขนาดใหญ่ (L) 47 แห่ง รพ.สต. ขนาดกลาง (M) 307 แห่ง และ รพ.สต. ขนาดเล็ก (S) 231 แห่ง พิจารณาจากกรอบโครงสร้าง รพ.สต. แต่ละขนาดตามแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ มีอัตรากำลังวิชาชีพพยาบาลรวม 8 คน วิชาชีพสาธารณสุขรวม 11 คน วิชาชีพทันตสาธารณสุขรวม 2 คน และวิชาชีพแพทย์แผนไทยรวม 2 คน พบว่าต้องการตามกรอบโครงสร้างวิชาชีพพยาบาล 1,524 คน วิชาชีพสาธารณสุข 1,849 คน วิชาชีพทันตสาธารณสุข 354 คน และวิชาชีพแพทย์แผนไทย 354 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 4,081 คน เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบอัตรากำลังบุคลากรที่ประสงค์ถ่ายโอนภารกิจ พบว่ายังขาดตามกรอบโครงสร้างเป็นวิชาชีพพยาบาลจำนวน 767 คน วิชาชีพสาธารณสุขจำนวน 818 คน วิชาชีพทันตสาธารณสุขจำนวน 205 คนและวิชาชีพแพทย์แผนไทยจำนวน 303 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 2,093 คน ดังตารางที่ 3

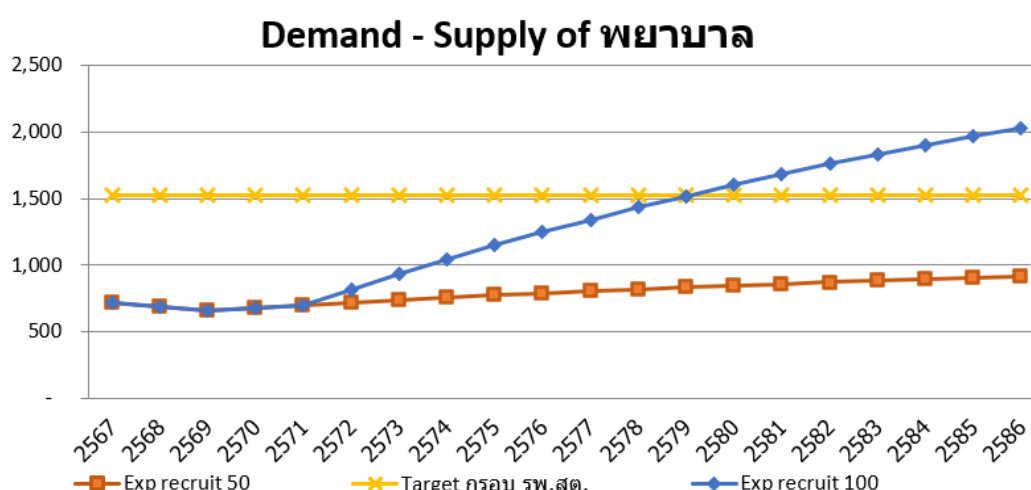
ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบอัตรากำลังคนตามขนาด รพ.สต. แยกตามสายวิชาชีพ

ขนาด รพ.สต.	อัตรากำลังรายวิชาชีพ				รวม
	พยาบาล	สาธารณสุข	ทันตสาธารณสุข	แพทย์แผนไทย	
กรอบโครงสร้าง*					
รพ.สต. ขนาดใหญ่ (L)	3	5	1	1	10
รพ.สต. ขนาดกลาง (M)	3	3	1	1	8
รพ.สต. ขนาดเล็ก (S)	2	3	-	-	5
รวม	8	11	2	2	23

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบอัตรากำลังคนตามขนาด รพ.สต. แยกตามสายวิชาชีพ (ต่อ)

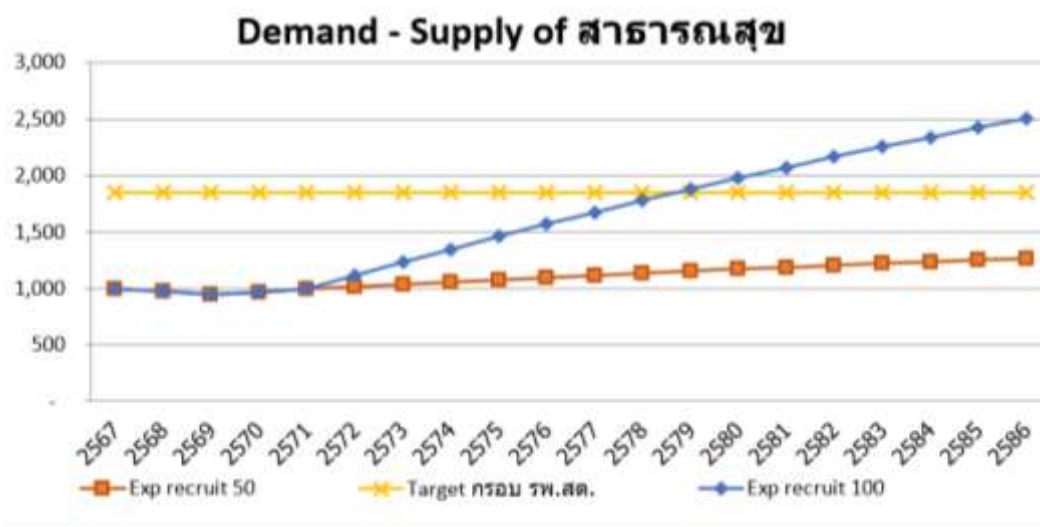
ขนาด รพ.สต.	อัตรากำลังรายวิชาชีพ				รวม
	พยาบาล	สาธารณสุข	ทันตสาธารณสุข	แพทย์แผนไทย	
อัตรากำลังที่ต้องการตามกรอบโครงสร้าง					
รพ.สต. L (47 แห่ง)	141	235	47	47	470
รพ.สต. M (307 แห่ง)	921	921	307	307	2,456
รพ.สต. S (231 แห่ง)	462	693	-	-	1,155
รวม	1,524	1,849	354	354	4,081
อัตรากำลัง ที่ถ่ายโอนภารกิจ ฯ	757	1,031	149	51	1,988
จำนวนที่ขาดตามกรอบโครงสร้าง	767	818	205	303	2,093

3. การคาดการณ์แนวโน้มกำลังคนด้านสาธารณสุขในระดับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. ภายในระยะเวลา 20 ปี พบว่าวิชาชีพพยาบาลในกรณีที่ 1 ถ้าเดิมเข้ามาใน รพ.สต.จำนวนปีละ 50 คน พบว่าจะไม่สามารถเติมเต็มอัตรากำลังตามกรอบโครงสร้างได้ แต่ในกรณีที่ 2 ถ้าเดิมเข้ามาในระบบจำนวนปีละ 100 คน และหักอัตราการสูญเสีย พบว่าจะสามารถทดแทนการสูญเสียและทำให้มีบุคลากรเติมอัตรากำลังตามกรอบโครงสร้างภายในระยะเวลา 13 ปีข้างหน้าหรือในปี พ.ศ. 2579 ดังภาพที่ 1



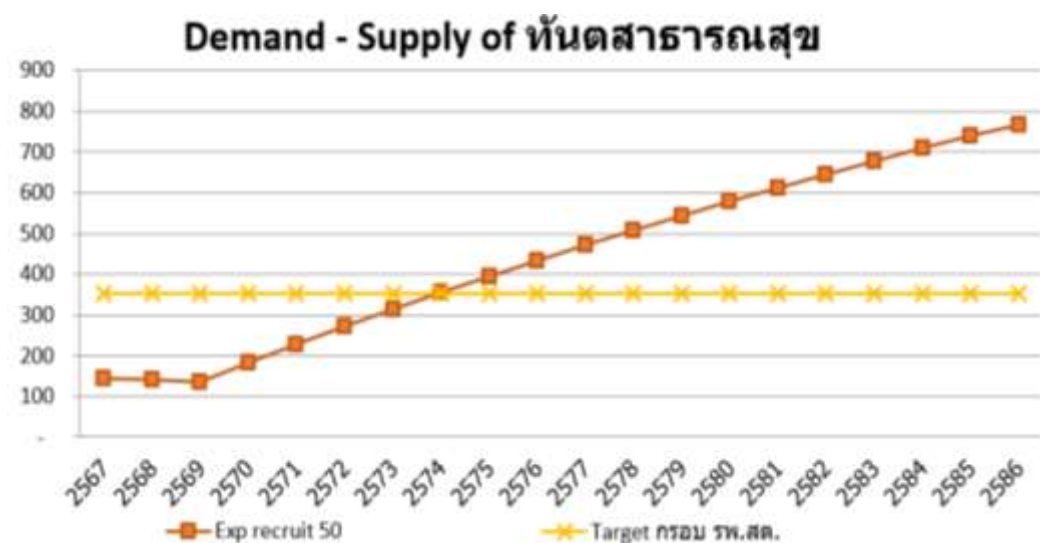
ภาพที่ 1 การคาดการณ์วิชาชีพพยาบาล

วิชาชีพสาธารณสุขในกรณีที่ 1 ถ้าเดิมเข้ามาใน รพ.สต. จำนวนปีละ 50 คน พบว่าจะไม่สามารถเติมเต็มอัตรากำลังตามกรอบโครงสร้างได้แต่ในกรณีที่ 2 ถ้าเดิมเข้ามาในระบบจำนวนปีละ 100 คน และหักอัตราการสูญเสีย พบว่าจะสามารถทดแทนการสูญเสียและทำให้มีบุคลากรเติมอัตรากำลังตามกรอบโครงสร้างภายในระยะเวลา 13 ปีข้างหน้าหรือในปี พ.ศ. 2579 ดังภาพที่ 2



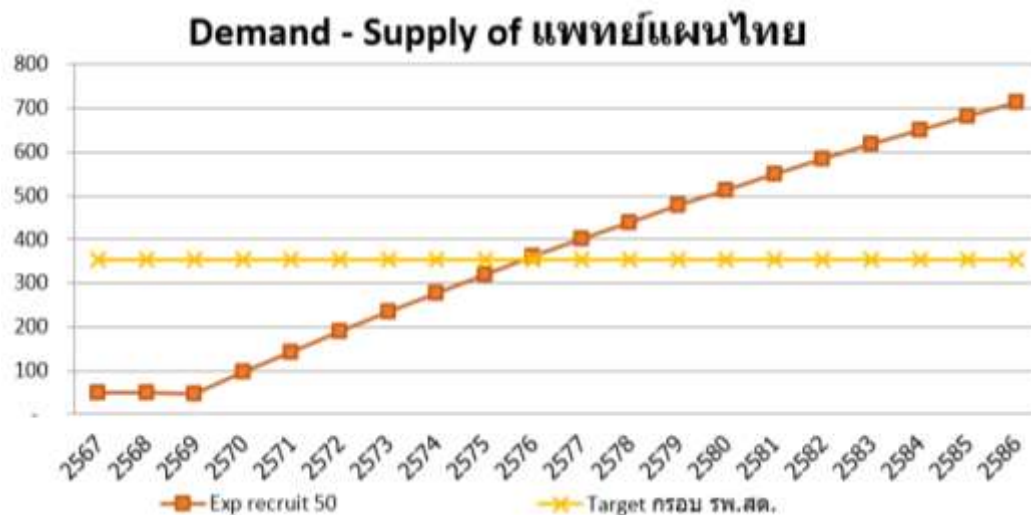
ภาพที่ 2 การคาดการณ์วิชาชีพสาธารณสุข

วิชาชีพทันตสาธารณสุขกรณีที่เดิมเข้ามาใน รพ.สต. จำนวนปีละ 50 คน และหักอัตราการสูญเสีย พบว่าจะสามารถเติมเต็มอัตรากำลังตามกรอบโครงสร้างได้ในระยะเวลา 8 ปี ข้างหน้าหรือในปี พ.ศ. 2574 ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 การคาดการณ์วิชาชีพทันตสาธารณสุข

วิชาชีพแพทย์แผนไทยกรณีที่เดิมเข้ามาใน รพ.สต. จำนวนปีละ 50 คน และหักอัตราการสูญเสีย พบว่าจะสามารถเติมเต็มอัตรากำลังตามกรอบโครงสร้างได้ในระยะเวลา 10 ปี ข้างหน้าหรือในปี พ.ศ. 2576 ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 การคาดการณ์วิชาชีพแพทย์แผนไทย

อภิปรายผลการวิจัย

การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่ อบจ. ครั้งนี้เป็นการประเมินความพร้อมตามเกณฑ์ในการจัดการด้านสาธารณสุขของ อบจ. (Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee, 2021) ถ่ายโอนภารกิจจำนวน 585 แห่ง และให้บุคลากรถ่ายโอนตามความสมัครใจ โดยบุคลากรบางส่วนไม่ประสงค์ในการถ่ายโอนส่งผลให้บาง รพ.สต. มีบุคลากรถ่ายโอนน้อยกว่าบุคลากรที่มีอยู่เดิมหรือไม่มีบุคลากรถ่ายโอนเลย เป็นผลให้บุคลากรตามกรอบโครงสร้างอัตรากำลัง (Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee, 2021) ที่กำหนดไว้ไม่เพียงพอของการถ่ายโอนที่ควรจะเป็น โดยมีบุคลากรประสงค์ถ่ายโอน 1,988 คน และไม่ประสงค์ถ่ายโอน 650 คน บุคลากรที่ไม่ประสงค์ถ่ายโอนทั้งนี้เกิดจากบุคลากรสังกัด รพ.สต. มีความกังวลใจเกี่ยวกับความมั่นคง ความก้าวหน้าของตำแหน่งงาน ผลตอบแทนที่ได้รับจากการปฏิบัติงาน ความซ้ำซ้อนของตำแหน่งงาน (Sangmano, Siriwoharn, & Phichai, 2014) ในส่วนสถานการณ์บุคลากรด้านสาธารณสุขพบว่ากลุ่มวิชาชีพพยาบาลและวิชาชีพสาธารณสุข สถานการณ์อายุปัจจุบันส่วนใหญ่อยู่ในช่วงใกล้เกษียณ จึงเหลืออายุงานที่เหลือก่อนเกษียณน้อย และเป็นวิชาชีพที่มีจำนวนบุคลากรตามกรอบโครงสร้างอัตรากำลังจำนวนมาก และยังเป็นวิชาชีพสำคัญต่อการปฏิบัติงานใน รพ.สต. (Sawaengdee, et al., 2019) หากขาดแคลนกลุ่มวิชาชีพดังกล่าวจะส่งผลต่อการปฏิบัติงานใน รพ.สต. อาจกระทบต่อประชาชนในพื้นที่ตามมา การถ่ายโอนบุคลากรโดยเฉพาะบุคลากรสายวิชาชีพยังคงเป็นปัญหา เนื่องจากกรอบอัตราที่ว่าง อบจ. ยังหาคนบรรจุไม่ได้ หรือ อบจ. ยังไม่สามารถจัดการหาคนมาลงได้ส่วนใหญ่จะเป็นตำแหน่ง พยาบาล และสาธารณสุขชุมชน ในขณะที่บุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขก็มีจำกัด และไม่ไปตามกรอบอัตรากำลังเช่นกัน (Thanormchayatawat, et al., 2023)

ความต้องการกำลังคนด้านสาธารณสุขใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบจ. ตามกรอบโครงสร้างรวมจำนวนทั้งสิ้น 4,081 คน ทั้งนี้การศึกษาครั้งนี้เป็นการเทียบความต้องการกำลังคนตามกรอบโครงสร้างอัตรากำลังตามแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ สอน. และ รพ.สต. ให้แก่ อบจ. (Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee, 2021) โดยใช้จำนวนบุคลากรที่มีอยู่จริงเปรียบเทียบกับกรอบโครงสร้างอัตรากำลังตามขนาด โดยพบว่าวิชาชีพพยาบาลจำนวน 767 คน วิชาชีพสาธารณสุขจำนวน 818 คน วิชาชีพทันตสาธารณสุขจำนวน 205 คนและวิชาชีพแพทย์

แผนไทยจำนวน 303 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 2,093 คน จะเห็นได้ว่าการเปรียบเทียบตามกรอบโครงสร้างก็เป็นวิธีการคำนวณความต้องการอีกวิธีหนึ่งที่สามารถแสดงจำนวนความต้องการได้เช่นกัน ต่างจากการกำลังคนด้านรังสีการแพทย์ในระดับสถานพยาบาลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เมื่อเปรียบเทียบจำนวนบุคลากรที่มีอยู่จริงกับกรอบขั้นต่ำและขั้นสูง จำนวนความต้องการตามกรอบภาระงานอัตราชั่วโมงเทียบเท่าพนักงานประจำ (Full Time Equivalent : FTE) (Singweratham, et al., 2021) ทั้งนี้การกระจายกำลังคนด้วยภูมิศาสตร์สารสนเทศอัตราส่วนเจ้าหน้าที่ต่อประชากร (Geographic Information System : GIS) และบางหน่วยงานใช้การคำนวณความต้องการตามกรอบภาระงาน (FTE) ซึ่งปัญหาที่พบคือการคำนวณตาม GIS นั้นไม่ตรงกับภาระงานที่เป็นจริงพื้นที่ที่มีความต้องการกำลังคนมากกว่ากรอบ ดังนั้นการบริหารจัดการกำลังคนบางพื้นที่จึงเปลี่ยนมาเป็นการพิจารณาตาม FTE ตามเดิม แต่ในบางจังหวัดใช้ประสบการณ์ของผู้บริหารดูเรื่องงบประมาณ ความเหมาะสม คำนึงถึงสิ่งแวดล้อมและบริบทในพื้นที่คำนวณกำลังคนโดยวิธีการทำงานทดแทนกัน (SKILL MIX) ซึ่งใช้ต้นทุนที่น้อยกว่าในการเติมเต็มบุคลากรให้มาปฏิบัติงานทดแทนบุคลากรที่ขาดแคลนหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานให้สามารถทำงานในบทบาทได้หลากหลายมากขึ้น (Sawaengdee, et al., 2015) ดังนั้นการศึกษาความต้องการกำลังคนด้านสาธารณสุขจากการเปรียบเทียบกับกรอบภาระงาน FTE จึงเป็นวิธีที่เหมาะสม เพื่อให้สะท้อนกับภาระงานที่เป็นจริงของพื้นที่ แต่ด้วยการถ่ายโอนภารกิจนั้นมีแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน การพิจารณาอัตรากำลังบุคลากรด้านสาธารณสุขจึงยึดถือและปฏิบัติตามแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจกับกรอบโครงสร้างอัตรากำลังของสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การคาดการณ์แนวโน้มกำลังคนด้านสาธารณสุขจะเห็นได้ว่าในช่วงแรกของการถ่ายโอนภารกิจนั้นยังคงขาดแคลนตามกรอบโครงสร้างอัตรากำลัง โดยวิชาชีพพยาบาลและวิชาชีพสาธารณสุขต้องเติมกำลังคนเข้ามาในระบบจำนวนปีละ 100 คน จะสามารถเติมเต็มอัตรากำลังตามกรอบภายในปี พ.ศ. 2579 ส่วนวิชาชีพทันตสาธารณสุขและวิชาชีพแพทย์แผนไทยเติมกำลังคนเข้ามาในระบบจำนวนปีละ 50 คน ก็สามารถเติมเต็มอัตรากำลังตามกรอบโครงสร้างได้ในปี พ.ศ. 2574 และปี พ.ศ. 2576 ตามลำดับ นั้นแสดงให้เห็นว่า อบจ. ควรเร่งเติมกำลังคนเข้ามาในระบบทั้งในเชิงปฏิบัติและนโยบาย (Sarakshetrin, et al., 2022) อันจะเป็นส่วนแก้ไขปัญหาการขาดอัตรากำลังคนในการปฏิบัติหน้าที่ ส่งผลต่อภาระงาน คุณภาพชีวิตของบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในระบบและเพื่อไม่ให้เกิดปัญหากระทบต่อการให้บริการประชาชน อาจมีข้อเสนอแนะ มีนโยบายให้ อบจ. สามารถเปิดสรรหาวิธีพิเศษบุคลากรสายวิชาชีพ และจัดจ้างบุคลากรสายสนับสนุน ทั้งยังเสนอให้มีแพทย์หรือทันตแพทย์เป็นผู้ควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในช่วงของการถ่ายโอนหรืออาจจ้างผู้เกษียณหรือทำข้อตกลงร่วมกับโรงพยาบาลรัฐหรือเอกชน เพื่อจัดคลินิกออกให้บริการแก่ รพ.สต. (Thanormchayatawat, et al., 2023) และ อบจ. ควรเร่งพัฒนาและนำเทคโนโลยีหรือระบบปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligent: AI) เข้ามาใช้ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข (Jamnongrat, 2021) รวมถึงการสร้างระบบเชื่อมต่อข้อมูลกับระบบฐานข้อมูลระดับประเทศของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เป็น Big data ของ อบจ. เอง อันช่วยแก้ปัญหาภาระงานของบุคลากรที่มีอยู่ในระบบ การเพิ่มขึ้นของประชากร และภาวะ โรคต่างๆที่มีความซับซ้อนมากขึ้นจึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่จะนำ AI เข้ามาเป็นแผน/นโยบายในการจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิเคราะห์เป็นข้อมูลครั้งนี้ใช้ฐานข้อมูลบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ในการบันทึกข้อมูลดังกล่าวมีข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วน ในการวิเคราะห์ข้อมูลจึงพิจารณาตัดข้อมูลบางส่วนทิ้งไป อาจทำให้ข้อมูลไม่สะท้อนกับความต้องการที่เป็นจริง อีกทั้งการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการทำนายแนวโน้มความต้องการกำลังคนตามกรอบโครงสร้างอัตรากำลังของแนวทางการถ่ายโอนซึ่งอาจจะไม่ได้สะท้อนภาระงานที่เกิดขึ้นจริง

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. องค์การบริหารส่วนจังหวัดทราบจำนวนความต้องการบุคลากรสายวิชาชีพแยกตามสายวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. เพื่อช่วยให้สามารถวางแผนกำลังคนเพื่อให้เกิดความเพียงพอต่อการจัดบริการได้ในอนาคต
2. องค์การบริหารส่วนจังหวัดสามารถนำไปเตรียมการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ในการเตรียมการเรื่องตำแหน่งบรรจุ รวมถึงการวางแผนในการพัฒนาบุคลากรในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงภาระงานแยกตามวิชาชีพ วิชาชีพพยาบาล วิชาชีพสาธารณสุข วิชาชีพทันตสาธารณสุขและวิชาชีพแพทย์แผนไทยเพื่อให้ทราบภาระงานที่แท้จริงภายหลังการถ่ายโอน
2. ควรมีการศึกษาความขาดแคลนของกลุ่มสายสนับสนุนตามกรอบโครงสร้างอัตรากำลังแนวทางการถ่ายโอนเพื่อวางแผนสรรหาบุคลากรสายสนับสนุนมาเติมเต็มตามกรอบ
3. ควรศึกษาความขาดแคลนของกลุ่มที่ไม่ได้เป็นข้าราชการเพื่อเป็นฐานข้อมูลในการวางแผนการให้บริการ

References

- Health Systems Research Institute (PBRI). (2023). District information : Compare transfers in Contracted unit of Primary care (CUP) and Subdistrict Health Promoting Hospital. Retrieved November 20, 2023 from <https://hsiu.hsri.or.th>
- Jamnongrat, N. (2021). Information Technology and Local Public Health. *Journal of Human Society, Nakhon Si Thammarat Rajabhat University*, 11(2), 17-28.
- Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee. (2021). *Guidelines for transferring missions of the Queen Sirikit Health Centers and Tambon Health Promotion Hospitals to the Provincial Administrative Organization*. Bangkok : Thai Government House.
- Sangmano, S., Siriwoharn, S., & Phichai, K. (2014). *PROBLEMS OF TRANSFERRING DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITALS FROM THE MINISTRY OF PUBLIC HEALTH TO LOCAL GOVERNMENT ORGANIZATIONS IN CHIANG MAI PROVINCE* (Master Thesis). Chiang Mai University.

- Sarakshetrin, A., Sriyasak, A., Chantra, R., Krirkgulthorn, T., Nimwatanakul, S., Chuenktin, T., et al. (2022). *The Proposed Policy to Human Resource for Health Management during the Transitional Period of Transfer Health Promotion Hospital to Provincial Administrative Organization*. Health Systems Research Institute (PBRI).
- Sawaengdee, K., Rajataram, B., Sarakshetrin, A., Wattanakul, S., Soonthorn, S., Muangyim, K., et al. (2015). *A Production Trend on Health Manpower under Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development.*, Health Systems Research Institute (PBRI).
- Sawaengdee, K., Sarakshetrin, A., Rongmuang, D., Chantra, R., Kunlaka, S., Rajataramya, B., et al. (2019). A Study of Workload, Sufficiency of Manpower and Human Resource Management in District Health Promotion Hospital. *Journal of Health and Nursing Research*, 35(2), 174-183.
- Singweratham, N., Decha, N., Waichompu, N., Somnak, S., Tamepattanapongsa, A., Thongrod, S., et al. (2021). Shortage and Demand of Radiologic Technologists for Health Care Settings under the Jurisdiction of the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 8(1), 115-126.
- Srisasalux, J. (2012). In Conclusion, The Lessons Learned from 4 ears of Transfer Health Promotion Hospital are Positive. Transfer of Tumbon Health Promotion Hospital. Retrieved November 20, 2023 from <https://www.hfocus.org/content/2012/10/1428>
- Thanormchayatawat, B., Chukumnird, S., Lillahkul, N., Noin, J., Ratchathawan, R., Junwin, B., et al. (2023). *Human Resource Management Provided by the Queen Sirikit Health Centers and Subdistrict Health Promotion Hospitals transferred to the Management of the Provincial Administrative Organizations using the Mechanism of the Primary Health System Act (B.E. 2562)*. Health Systems Research Institute (PBRI).
- Tunchai, W. (2014). *Decentralization and Democracy in Thailand*. Bangkok : King Prajadhipok's Institute.

ผลของโปรแกรมการให้การปรึกษารายกลุ่มตามแนวความคิดการพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรมต่อการเผชิญปัญหาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

พัชนี เรืองระพีพรรณ¹, วินิภาญจน์ คงสุวรรณ^{2*}, อรรพรรณ หนูแก้ว²

¹นักศึกษาระดับปริญญาโทสาขาสถาปัตยกรรมศาสตร์ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

วิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้การปรึกษารายกลุ่มตามแนวความคิดการพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนเรื่องระดับการศึกษา สถานภาพและอายุโดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มอย่างง่ายเพื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษารายกลุ่มตามแนวความคิดการพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวคำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .84 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และโปรแกรมการให้การปรึกษารายกลุ่มตามแนวความคิดการพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 5 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 60-90 นาที ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน หาค่าความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมฯ ด้วยแบบประเมินค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติแบบสัมพัทธ์และการทดสอบค่าทีแบบอิสระ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมีคะแนนการเผชิญปัญหาของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-45.68, p<.01$) และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนการเผชิญปัญหาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-25.71, p<.01$)

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้การปรึกษารายกลุ่ม, แนวความคิดการพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม, การเผชิญปัญหา, ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

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

วันที่รับ 14 มิ.ย. 2567, วันที่แก้ไขเสร็จ 23 ก.ย. 2567, วันที่ตอบรับ 30 ก.ย. 2567

The Effect of Rational Emotion Behavior Based on Group Counseling Program to the Coping Among Caregivers of Schizophrenia Patients with Aggressive Behaviors

Patchanee Ruangrapeepan¹, Vineekarn Kongsuwan^{2*}, Orawan Nukeaw²

¹Master Nursing Student, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

²Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

ABSTRACT

This two-group pre-test and post-test quasi-experimental research aims to compare the effect of pre and post participated in the Rational Emotion Behavior Based of Group Counseling Program. Participants comprised 60 caregivers of schizophrenia patients. According to control confounding variable of age, marital status and educational level. The participants were simple random assigned into experimental and control group, each group of 30 participants. The control group received routine care and the experimental group participated in the Rational Emotion Behavior Based of Group Counseling Program. Research instrument consists of (1) the coping of the caregivers of schizophrenia Patients with aggressive behaviors questionnaire, the reliability of questionnaire was analyzed using Cronbach's Alpha coefficient, yielding a value of .84. (2) A general demographic data form and The Rational Emotion Behavior Based of Group Counseling Program. Implemented 5 activities while taking 60-90 minutes per activity. The content was verified by three experts evaluate the similarity of content by using the content validation index equal to 1. The Data was analyzed statistically by percentage, mean, standard deviation and hypothesis test using of pair t-test and independent t-test.

The result showed that the mean score of experimental groups was significantly higher than that before participating in the program ($t=-45.68, p<.01$). In addition, the mean score of the experimental group after participated the program was significantly higher than the control group that participated routine care ($t=-25.71, p<.01$).

Keywords: Group Counseling Program, Rational Emotion Behavior Therapy, Coping, Caregivers of Schizophrenia Patients with Aggressive Behaviors.

*Corresponding e-mail: vineekarn.k@psu.ac.th

Received: June 14, 2024; Revised: August 23, 2024; Accepted: August 30, 2024

บทนำ

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข กรมสุขภาพจิตได้รายงานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของสถาบันจิตเวชและโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือนกันยายน 2563 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงมากที่สุดในโรคทางจิตเวชทั้งหมด โดยพบพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 5,516 ราย จากจำนวนพฤติกรรมรุนแรงทั้งหมด 13,194 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.22 (Department of Mental Health, 2020) ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความคิดผิดปกติดังเป็นอาการเด่น ซึ่งส่งผลให้มีการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมที่ผิดปกติไป (Manoch, 2015) โดยอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเภทนั้นคือพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อครอบครัวคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง บุคคลในสังคมหวาดกลัวและไม่อยากให้อยู่ร่วมในสังคม (Department of Mental Health, 2010)

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ก่อให้เกิดการไร้สมรรถภาพในการดูแลตนเองและการดำเนินชีวิตประจำวัน (Manoch, 2015) ผู้ดูแลซึ่งมีความรักและผูกพันต่อผู้ป่วยจึงต้องทุ่มเทดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภาระการดูแลทั้งหมดจึงตกอยู่กับผู้ดูแลที่ต้องรับผิดชอบผู้ป่วยจิตเภท (Vassana, 2016) ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่างๆ ดังนี้ ผลกระทบทางด้านร่างกาย ได้แก่ พักผ่อนน้อยลง รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา (Sarinee, 2014) ได้รับบาดเจ็บด้านร่างกายโดยตรงจากพฤติกรรมรุนแรง (Panya & Krittiya, 2013) ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องอดทนกับอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความเบื่อหน่าย ความกลัว ความวิตกกังวล (Sarinee, 2014) เห็นได้ว่าการที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องเผชิญปัญหาในการจัดการกับผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่มาคุกคามต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ดูแล

แนวคิดการเผชิญปัญหาของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้กล่าวถึงการเผชิญปัญหาว่า บุคคลต้องใช้ความพยายามทั้งความคิดและพฤติกรรมเพื่อจัดการกับเหตุการณ์ที่เข้ามากระตุ้น เพื่อจัดการกับปัญหาให้เกิดความสมดุลทางจิตใจ ตลอดจนบรรเทาความเครียดนั้นได้ โดยแบ่งวิธีการเผชิญปัญหาเป็น 2 ลักษณะคือ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ หากผู้ดูแลประเมินว่าเหตุการณ์ที่เข้ามาในเชิงบวก ทำลายจะทำให้ผู้ดูแลไม่เกิดความเครียด แต่หากผู้ดูแลประเมินว่าตนเองไม่สามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ก็จะประเมินว่ามีผลกับตนในทางลบ จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล รู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ เกิดความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต (Jamnan, 2009) หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวไม่สามารถเผชิญกับปัญหาได้ จะเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้ (Pongsak, 2014)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว นั้น เมื่อไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้ จะส่งผลต่อการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม โดยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว นั้นเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยการมุ่งแก้ที่อารมณ์มากกว่าการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ที่ปัญหา (Pongsak, 2014) อีกทั้งยังพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ทักษะการเผชิญปัญหาแบบมุ่งที่อารมณ์จะขาดทักษะการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม (Tan et al, 2012) เนื่องจากความสามารถในการเผชิญปัญหานั้นเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ดูแลผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปได้ รวมถึงรูปแบบการเผชิญปัญหาต้องทำควบคู่กันไปทั้งการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ที่ปัญหาและมุ่งแก้ที่อารมณ์ เพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) หากการเผชิญปัญหาเป็นไปอย่าง

เหมาะสม ผู้ดูแลจะปรับตัวเข้าสู่ดุลยภาพ และพัฒนาต่อไปได้อย่างเหมาะสม แต่หากมีวิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ทำให้ไม่สามารถปรับตัวได้ ระดับความเครียดอาจเพิ่มสูงขึ้นจนมีผลกระทบถึงสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้ (Arom, 2008)

จากผลกระทบดังกล่าวผู้วิจัยจึงศึกษาแนวทางการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้สามารถเผชิญปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างเหมาะสม พบว่าแนวทางการพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม (Ellis, 2008) เชื่อว่า อารมณ์ เหตุผลของแต่ละบุคคลมีความสัมพันธ์กัน โดยความคิดจะส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล อีกทั้งเชื่อว่ามนุษย์เป็นผู้ที่มีทั้งเหตุผลและไม่มีเหตุผล และสิ่งที่ทำให้มนุษย์มีอารมณ์หรือพฤติกรรมที่มีปัญหานั้นคือ ความคิดที่ไม่สมเหตุผล ดังนั้นการเปลี่ยนความคิดให้สมเหตุผลจะช่วยลดอิทธิพลความคิดที่ส่งผลลบกับตนเอง หากผู้ดูแลมีความคิดต่อการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สมเหตุผล จะส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมเชิงลบตามมา โดยแนวคิดดังกล่าวนี้มีกลไกที่ช่วยเพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา โดยมีกระบวนการ 3 ขั้นตอน (Watcharee, 2013) ได้แก่ ขั้นที่ 1 การค้นหาความคิดไร้เหตุผล ขั้นที่ 2 เป็นการกำหนดปัญหาที่เกิดขึ้นจากความคิดความเชื่อไร้เหตุผล ขั้นตอนที่ 3 คือการนำเทคนิคมาใช้เพื่อปรับความคิดของผู้ดูแลที่ไม่สมเหตุผลให้เป็นความคิดที่สมเหตุผล แนวคิดดังกล่าวนั้นมีผู้วิจัยหลายท่านได้ศึกษาและได้ผลดีในกลุ่มต่างๆ เช่น สามารถเพิ่มความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้หญิงที่ผิดหวังในความรักได้ (Phongsri, Surine & Sompong, 2017) เพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ (Juthatip, 2012) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหาของผู้ช่วยพยาบาลได้ (Raveewan & Rapin, 2013) สามารถเพิ่มการทักษะเผชิญปัญหาในผู้ป่วยติดสุราได้ (Chumporn, 2014) เห็นได้ว่าการให้การปรึกษาตามแนวทางการพิจารณาอารมณ์เหตุผลและพฤติกรรมเป็นรูปแบบการให้การปรึกษาที่มุ่งเน้นการปรับความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลต่อสถานการณ์ต่างๆ ให้เป็นความคิดความเชื่อที่มีเหตุผลส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่ดีขึ้น

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวช เห็นความสำคัญจากผลกระทบที่ผู้ดูแลได้รับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ขาดทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม จนอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ จากการทบทวนการปฏิบัติงานพบว่าปัจจุบัน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการดูแลแบบปกติจากทางโรงพยาบาล ได้แก่ การให้คำปรึกษารายบุคคล การสอนสุขภาพจิตศึกษาทั่วไป ยังไม่พบรูปแบบการบำบัดในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาตามแนวคิดพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมีความคิด ความเชื่อที่สมเหตุผล ส่งผลให้มีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมทั้งด้านมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งแก้ที่อารมณ์ นำไปสู่การที่ผู้ดูแลจะปรับตัวเข้าสู่ดุลยภาพลดความเสี่ยงต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้การปรึกษารายกลุ่มตามแนวทางการพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม
2. เพื่อเปรียบเทียบการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้การปรึกษารายกลุ่มตามแนวทางการพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิด

แนวคิดการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม Rational Emotive Behavioral Therapy) ซึ่งมีชื่อย่อว่า REBT เป็นแนวคิดของเอลลิส (Ellis, 2008) ได้กล่าวถึง ปัญหาของมนุษย์ว่าไม่ได้เกิดจากสถานการณ์ภายนอก แต่เกิดจากความคิดของมนุษย์ที่มีต่อเหตุการณ์นั้น ซึ่งมีหลักการช่วยเหลือ คือ การปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และพฤติกรรม โดยการจัดความคิดที่ไม่มีเหตุผลให้มีเหตุผลขึ้นมาแทน ซึ่งจะใช้วิธีการต่างๆ เช่น สอน แนะนำ ชี้แนะ อธิบาย สาธิต สาธิตย้อนกลับ โน้มน้าวหรือกระตุ้นเพื่อให้ผู้รับการบำบัดค้นหาความคิดหรือความเชื่อไร้เหตุผลที่มีต่อเหตุการณ์ที่มากระตุ้นแล้ววิเคราะห์ ได้แยงความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลเหล่านั้น จนสามารถพัฒนาความคิดความเชื่อที่มีเหตุผลขึ้นมาแทน เกิดความเข้าใจตนเอง และสามารถแก้ไขปัญหของตนเองได้

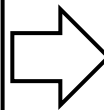
โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรมต่อการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดการพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรมของเอลลิส (Ellis, 2008) เป็นการค้นหาความคิดซึ่งเป็นสาเหตุที่มีผลต่อการเผชิญปัญหาจากการที่ผู้ดูแลประสบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และใช้เทคนิคได้แยงปรับเปลี่ยนความคิดให้มีเหตุผล จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีทักษะการเผชิญปัญหาได้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยมีกระบวนการ 3 ขั้นตอน (Watcharee, 2013) ดังนี้ ขั้นแรกการค้นหาความคิดไร้เหตุผล เป็นการสร้างสัมพันธภาพโดยการยอมรับความรู้สึกที่แท้จริงของผู้รับการปรึกษา โดยผู้ให้การปรึกษาจะไม่รับฟังปัญหาอย่างเป็นผู้ตามแต่จะได้แยงความเชื่อที่ไร้เหตุผลแม้จะพบกับผู้รับการปรึกษาเป็นครั้งแรกก็ตาม สอดคล้องกับแนวคิดการเผชิญปัญหาของลาซาลัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ในขั้นตอนของการประเมินสถานการณ์ที่เข้ามาว่าเป็นสถานการณ์ที่คุกคามหรือไม่ หากผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ไปในเชิงลบ ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล เบื่อหน่าย (Jamnan, 2009) จะเลือกใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ที่อารมณ์อย่างเดียว ไม่สามารถแก้ปัญหาหรือจัดการกับความรุนแรงจากอาการของผู้ป่วยจิตเภทได้ ขั้นที่สอง คือการกำหนดเป้าหมายของการให้การปรึกษา รวมถึงอธิบายให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของความคิดที่มีต่ออารมณ์และพฤติกรรม ขั้นตอนที่ 3 คือการนำเทคนิคของการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมมาใช้ เพื่อปรับความคิดความเชื่อของผู้ดูแลที่ไม่สมเหตุสมผลเป็นความคิดความเชื่อที่สมเหตุสมผล สอดคล้องกับแนวคิดการเผชิญปัญหาของ Lazarus & Folkman (1984) ผู้ดูแลมีการประเมินสถานการณ์ใหม่ ว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย ต้องหาแนวทางแก้ไขเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมทั้งด้านการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ที่อารมณ์ และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ที่ปัญหา

**โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณา
เหตุผลอารมณ์และพฤติกรรมต่อการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล
ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว**

ใช้แนวคิดการพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรมของ
เอลลิส (Ellis, 2008) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่
เกี่ยวข้อง มีทั้งหมด 3 ขั้นตอน 5 กิจกรรม ได้แก่
ขั้นแรก การสร้างสัมพันธภาพ
กิจกรรมที่ 1 เธอรู้จักฉัน ฉันรู้จักเธอ
ขั้นที่สอง คือ การตกลงร่วมกันถึงเป้าหมายของการช่วยเหลือ
ร่วมกันกำหนดปัญหา
กิจกรรมที่ 2 มารูจักความคิดที่มีเหตุผลและไร้เหตุผลกันเถอะ
ขั้นที่สาม คือ การนำเทคนิคของแนวคิดพิจารณาเหตุผล
อารมณ์และพฤติกรรมมาใช้ในการเปลี่ยนความคิดของผู้รับการ
ปรึกษา
กิจกรรมที่ 3 เรื่องเล่าของนาย ก.
กิจกรรมที่ 4 ฝึกคิดอย่างมีเหตุผล ชีวิตเป็นสุข
กิจกรรมที่ 5 ผ่อนคลายสัปดาห์ ชีวิตเป็นสุข

**การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วย
จิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว**

ใช้แนวคิดการเผชิญปัญหาตามทฤษฎี
ของ Lazarus & Folkman (1984)
โดยมุ่งเน้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มี
พฤติกรรมก้าวร้าวมีทักษะการเผชิญ
ปัญหาที่เหมาะสมทั้งด้านการเผชิญ
ปัญหาแบบมุ่งแก้ที่อารมณ์ และการ
เผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ที่ปัญหา



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

วิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการ
ให้การปรึกษารายกลุ่มตามแนวคิดการพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม ตามที่ผู้วิจัยกำหนดใช้
ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 5 ครั้ง และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เก็บข้อมูลวันที่
1 มิถุนายน 2566 ถึงวันที่ 5 กรกฎาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท F20 ตามเกณฑ์
การวินิจฉัย ICD-10 มารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัด
สุราษฎร์ธานี จำนวน 1,626 คน ต่อปี (ข้อมูลวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566)

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท F20 ตาม
เกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 มารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัด
สุราษฎร์ธานี กำหนดขนาดตัวอย่างใช้โดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Polit & Beck (2014) คำนวณขนาด
อิทธิพล จากงานวิจัยที่ใกล้เคียง (Kritsada, 2016) ได้เท่ากับ .80 กำหนดค่าอำนาจในการวิเคราะห์ เท่ากับ
.80 กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 และเปิดตารางอำนาจการทดสอบได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ
25 คน รวมทั้งหมด 50 คน ป้องกันกลุ่มตัวอย่างเสียหายร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่าง คือ 5 คน กลุ่ม
ควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน รวม 60 คน ผู้วิจัยได้มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ได้แก่ ระดับ
การศึกษา สถานภาพและอายุ โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่าง ตามระดับของช่วงวัย สถานภาพสมรส และระดับ
การศึกษา เพื่อไม่ให้เกิดความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม จากนั้นจึงใช้การสุ่มอย่างง่าย
เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เกณฑ์การคัดเข้าได้แก่ 1) ผู้ดูแลหลักมีอายุระหว่าง 18 ปี-60 ปี ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงมากกว่า 6 เดือน 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 3) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) สามารถเข้าร่วมวิจัยได้อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาทำการวิจัย และกำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยจิตเภทไว้ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยจิตเภท F20 ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10 2) ประเมินความรุนแรงอาการทางจิตผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS : Overt Aggressive Scale) แล้วมีค่าคะแนนในด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าหรือเท่ากับ 1 คะแนนขึ้น

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก้าวร้าวที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโปรแกรมฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมของเอลลิส (Ellis, 2008) เป็นการค้นหาความคิดไร้เหตุผลเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลมีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม และใช้เทคนิคของแนวคิดดังกล่าวพัฒนาความคิดที่ไม่มีเหตุผลให้มีเหตุผล ส่งผลให้มีอารมณ์และพฤติกรรมด้านบวก มีทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 5 กิจกรรม โดยมีความถี่ 1 สัปดาห์ต่อ 1 กิจกรรม กิจกรรมละ 60-90 นาที ต่อเนื่องรวม 5 สัปดาห์ ใช้เวลาทำกิจกรรมทั้งสิ้นประมาณ 300-450 นาที ดังนี้ ขั้นที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 “เรารู้จักฉัน ฉันรู้จักเธอ” เป็นการสร้างสัมพันธภาพและค้นหาความคิดที่ไม่สมเหตุผลของผู้ดูแล รวมทั้งค้นหาว่าความคิดดังกล่าวนั้นส่งผลต่อการเผชิญปัญหาอย่างไร ขั้นที่สองคือ การตกลงร่วมกันถึงเป้าหมายของการช่วยเหลือ ร่วมกันกำหนดปัญหาประกอบไปด้วย กิจกรรมที่ 2 “มารู้จักความคิดที่มีเหตุผลและไร้เหตุผลกันเถอะ” เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบความคิด 11 ข้อของ Ellis ซึ่งส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของมนุษย์ ผิดวิเคราะห์ว่าอะไรคือความคิดที่มีเหตุผลและไร้เหตุผลจากการยกตัวอย่างในบัตรคำและการยกตัวอย่างสถานการณ์จริง ขั้นที่สาม คือการนำเทคนิคต่างๆมาใช้ในการเปลี่ยนความคิดของผู้รับการปรึกษา ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 3 “เรื่องเล่าของนาย ก” เป็นการยกตัวอย่างสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อให้ผู้ดูแลฝึกแยกแยะความคิดที่มีเหตุผลและไร้เหตุผลจากสถานการณ์ตัวอย่าง และแยกแยะได้ว่าความคิดดังกล่าวส่งผลต่อการเผชิญปัญหาอย่างไร มอบหมายการบ้านให้ไปทบทวน กิจกรรมที่ 4 “ฝึกคิดอย่างมีเหตุผล ชีวิตเป็นสุข” นำใบงานที่ได้มอบหมายมาพูดคุยกัน และนำเทคนิคต่างๆมาใช้ในการจัดความคิดไร้เหตุผล ทั้งนี้ยังมอบหมายแบบฝึกหัดให้ผู้ดูแลกลับไปทำที่บ้าน เพื่อเป็นการค่อยๆฝึกโต้แย้งกับความคิดไร้เหตุผลเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์จริงที่บ้าน กิจกรรมที่ 5 “ผ่อนคลายสัปดาห์ ชีวิตเป็นสุข” ยังมีการนำใบงานที่มอบหมายกลับมาคุยกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นว่าแต่ละบุคคลมีความคิด ทักษะที่เปลี่ยนไปอย่างไรบ้าง และส่งผลต่อการเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เปลี่ยนไปอย่างไรบ้าง นอกจากนี้ยังให้ข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่องของการจัดการความเครียดเพื่อให้ผู้ดูแลมีทักษะในการเผชิญปัญหาทางอารมณ์ที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย พฤติกรรมก้าวร้าวตามความรุนแรงของอาการผู้ป่วย

2. แบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามการเผชิญปัญหาของครอบครัวของอารมณ (Arom, 2008) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการเผชิญปัญหาของลาซาลัส และฟอล์คแมน (Lazarus, & Folkman, 1984) มีจำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ข้อ 1-11 และข้อคำถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ที่อารมณ์จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ข้อ 12-26 แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้ความหมายของค่าคะแนนคือ 0 หมายถึง ไม่เคยใช้วิธีการนั้นเลย, 1 หมายถึง ใช้วิธีการนั้นน้อยมาก, 2 หมายถึง ใช้วิธีการนั้นน้อย, 3 หมายถึง ใช้วิธีการนั้นบ่อยครั้ง, 4 หมายถึง ใช้วิธีการนั้นทุกครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 หาค่าความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมฯ ด้วยแบบประเมินค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1 หลังจากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ทดสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมโดยการนำโปรแกรมไปทดลองทำกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในดำเนินโปรแกรม ในส่วนของแบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญปัญหาได้รับการตรวจสอบความตรงความเนื้อหาและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค โดยค่าความเที่ยงเท่ากับ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ แล้วจึงทำหนังสือ เสนอขอคนบตี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อทำจดหมายขออนุญาตในการเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลการวิจัยจากโรงพยาบาลสวนสราญรมย์
2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย และชี้แจงรายละเอียดตามใบพิกัดสิทธิ์ ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยและทำแบบประเมินการเผชิญปัญหาก่อนเริ่มทำการโปรแกรมกลุ่ม จากนั้นนัดหมายกลุ่มทดลองในการเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบของโปรแกรมจำนวน 5 ครั้ง นัดหมายกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมฯเพื่อทำแบบประเมินหลังการทดลอง โดยดำเนินกิจกรรมทุกครั้ง ณ ห้องกิจกรรมกลุ่มบำบัด ศูนย์ญาติเยี่ยม โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กลุ่มทดลองสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 5 ครั้ง ได้ครบตามเวลาที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติไคสแควร์
2. เปรียบเทียบการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีคู่

3. เปรียบเทียบการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติทีอิสระ

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขา สังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสหนังสือรับรอง PSU IRB 2023 -St-Nur 001 (Internal) รับรองวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2566 และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต เลขที่โครงการวิจัย SSR.IRB 005/2566 รับรองวันที่ 29 พฤษภาคม 2566 โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย จำนวนครั้ง และระยะเวลาในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ชี้แจงว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรับบริการ และกลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย โดยข้อมูลจะนำเสนอเป็นภาพรวม ไม่มีการระบุตัวบุคคล และถูกปกปิดเป็นความลับ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 3 ปี

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80 อายุเฉลี่ย 49.20 ปี (SD=9.01) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 56.70 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.70 ระดับมัธยม ร้อยละ 43.30 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 63.30 ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นมารดาของผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 63.30 พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในการดูแลตามการรับรู้ของผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมรุนแรงปานกลาง ควบคุมตนเองไม่ได้ ร้อยละ 63.30 รองลงมา มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมาก ร้อยละ 36.70

ส่วนที่ 2 ผลของการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=30)

คะแนนการเผชิญ ปัญหา	ก่อนการทดลอง (n=30)		หลังการทดลอง (n=30)		t	P
	Mean	SD.	Mean	SD.		
กลุ่มทดลอง	25.53	4.81	69.10	2.82	-45.68	.00

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญปัญหา (M=69.10, SD.=2.82) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ (M=25.53, SD.=4.81) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-45.68, p<.01$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรมฯ (n=30)

	n	คะแนนการเผชิญปัญหา		t	P
		Mean	SD.		
กลุ่มทดลอง	30	69.10	2.82	-25.71	.00
กลุ่มควบคุม	30	33.70	6.70		

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 คะแนนระดับการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($M=69.10$, $SD.=2.82$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($M=33.70$, $SD.=6.70$) โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-25.71$, $p<.01$) ดังตารางที่ 2

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

ผลการเปรียบเทียบการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าคะแนนการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ช่วยเพิ่มระดับการเผชิญปัญหาอธิบายได้ดังนี้ โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม มีกลไกที่ช่วยเพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา โดยมีกระบวนการ 3 ขั้นตอน (Watcharee, 2013) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาความคิดไร้เหตุผล เป็นการค้นหาว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความคิดต่อสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างไร สมเหตุสมผลหรือไม่ ตามแนวคิดของเอลลิส (Ellis, 2008) หากผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ไปในเชิงลบ ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล (Jamnan, 2009) จะเลือกใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ที่อารมณ์อย่างเดียว ไม่สามารถแก้ปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Pongsak, 2014) ขั้นตอนที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพ การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกลุ่มจะนำไปสู่ประสิทธิภาพในการบำบัด ทำให้ผู้รับการปรึกษาสามารถเปิดเผยความคิด ความรู้สึกของตนได้ (Raveewan & Rapin, 2013) จากนั้นใช้เทคนิคการค้นหา เพื่อค้นหาความคิดไร้เหตุผลของผู้ดูแล ขั้นที่ 2 เป็นการกำหนดปัญหาที่เกิดขึ้น โดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบความคิดทั้ง 11 ข้อของ Ellis เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจความคิดของตนเองที่ต้องเผชิญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทว่าสมเหตุสมผลหรือไม่และรับรู้จากความคิดดังกล่าวส่งผลถึงอารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออกของตนเองอย่างไร จนสามารถกำหนดเป้าหมายในการบำบัดได้ว่าต้องการที่จะปรับความคิดในเรื่องใดบ้าง สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษดา (Kritsada, 2016) พบว่าเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ความคิดที่ไร้เหตุผลของตนเองและทราบว่ามีอิทธิพลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของตนเองที่ไม่เหมาะสม ทำให้สามารถกำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองได้ ขั้นตอนที่ 3 คือการนำเทคนิคต่างๆ มาใช้เพื่อปรับความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล เพื่อให้ผู้ดูแลกลับเข้าสู่การประเมินสถานการณ์ใหม่ ว่าเป็นสิ่งที่ทำหยาบ ต้องหาแนวทางแก้ไข ในขั้นตอนที่ 3 นี้ มีการยกตัวอย่างสถานการณ์จริงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อให้ผู้ดูแลฝึกแยกแยะความคิดที่มีเหตุผลและไร้เหตุผลจากสถานการณ์ตัวอย่าง จากการศึกษาของ Chumporn (2014) และ Kritsada (2016) ที่พบว่าการยกตัวอย่างสถานการณ์ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างทำให้เกิดการเรียนรู้และเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของสมาชิกภายในกลุ่มได้ จากนั้นมีการมอบหมายใบงานให้ไปทำเป็นการบ้าน เพื่อฝึกการแยกแยะความคิดที่มีเหตุผลและไร้เหตุผลเมื่อมีเหตุการณ์เข้ามากระตุ้นระหว่างอยู่ที่บ้าน เป็นการใช้เทคนิคให้การบ้านเพื่อฝึกทางปัญญา จากการที่ผู้ดูแลได้มีการทบทวน ฝึกวิเคราะห์ความคิดของตนเองซ้ำๆ ทำให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น และตระหนักได้ว่าความคิดไร้เหตุผลส่งผลเสียต่ออารมณ์และพฤติกรรมของตนเองอย่างไร (Watcharee, 2013) จากนั้นนำใบงานมาพูดคุยกัน ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคการโต้แย้งเพื่อขจัดความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลและพัฒนาความคิดที่มีเหตุผลขึ้นมาแทนที่ส่งผลต่อทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Raveewan & Rapin (2013) ซึ่งพบว่าการปรับเปลี่ยน

ความคิดอย่างเหมาะสม จะสามารถเพิ่มทักษะการเผชิญปัญหาของผู้ช่วยพยาบาลได้ อีกทั้งการศึกษาของอัครโวกและคณะ (Ugwoke et al, 2017) พบว่าการปรับเปลี่ยนความคิดสามารถลดความคิดที่ไร้เหตุผลของครูที่เกี่ยวข้องกับการสอนลงได้ ในสัปดาห์สุดท้ายจะมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นว่าแต่ละบุคคลมีความคิด ที่เปลี่ยนไปอย่างไรบ้าง และส่งผลต่อการเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เปลี่ยนไปอย่างไรบ้าง พบว่าผู้ดูแลมีความรู้และเข้าใจถึงการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อเมื่อมีสถานการณ์ที่เข้ามากระตุ้น สามารถแยกแยะความคิดที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผลได้ บอกวิธีการเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวได้ มีการแลกเปลี่ยนวิธีการเผชิญปัญหาระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เช่น วิธีการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ การพูดคุยด้วยน้ำเสียงเป็นมิตร ซักถามสาเหตุของอาการ การจำกัดพฤติกรรม การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อนบ้าน เป็นต้น มีการพูดคุยให้กำลังใจซึ่งกันและกันการมีปฏิสัมพันธ์ทางบวกระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม เป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม (Cohen, & McKay, 1984) ที่ช่วยบรรเทาความกลัวและความรู้สึกไม่ปลอดภัย ทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าได้รับการเอาใจใส่ความเห็นอกเห็นใจ ส่งผลให้มีการเผชิญปัญหาทางด้านอารมณ์ที่ดีขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984)

ผลการเปรียบเทียบการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้การปรึกษารายกลุ่มตามแนวคิดการพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนการเผชิญปัญหาไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษารายกลุ่มตามแนวคิดการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม มีคะแนนการเผชิญปัญหาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรมโดยมีกระบวนการ 3 ขั้นตอนประกอบด้วย 5 กิจกรรม ทำให้ได้เรียนรู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิดของมนุษย์และภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้น ได้เรียนรู้ว่าพฤติกรรมของพวกเราจะแสดงออกไปตามความคิดความเชื่อของแต่ละบุคคลที่มีความคิดต่อเหตุการณ์นั้นๆ (Ellis, 2008) หากบุคคลประเมินเหตุการณ์ที่เข้ามาอย่างมีเหตุผลก็จะทำให้เผชิญปัญหาได้เหมาะสม แต่หากบุคคลมีความคิดที่ไร้เหตุผล ประเมินสถานการณ์ที่เข้ามาว่าคุกคามก็จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม (Lazarus and Folkman, 1984) รูปแบบกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรมมีหลักการคือ การปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และพฤติกรรม โดยการจัดความคิดที่ไม่มีเหตุผล ให้เป็นความคิดความเชื่อที่มีเหตุผลขึ้นมาแทน โดยใช้เทคนิคหลากหลายเพื่อให้บุคคลเปลี่ยนความคิด ความเชื่อไร้เหตุผลไปสู่ความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล เช่น การค้นหาความคิดความเชื่อไร้เหตุผลการโต้แย้งความคิดไร้เหตุผล การแยกความแตกต่าง การบ้านเพื่อฝึกทางปัญญา การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขการให้แรงเสริมทางสังคม (Watcharee, 2013) นอกจากนี้กระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ยังทำให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีพฤติกรรมก้าวร้าว มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน (Yalom, 1995) ทำให้สมาชิกในกลุ่มทดลองสามารถปรับความคิดไร้เหตุผลจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ให้เป็นความคิดที่มีเหตุผล ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้นซึ่งแตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการเผยแพร่โปรแกรมการให้การปรึกษารายกลุ่มตามแนวคิดการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมให้แก่พยาบาลจิตเวช เพื่อนำไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งถัดไป

1. ควรมีการวัดผลระยะยาว เช่น 6 เดือน 1 ปี เพื่อติดตามระดับการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมในระยะยาว
2. ควรมีการนำโปรแกรมการให้การปรึกษารายกลุ่มตามแนวคิดพิจารณา เหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม ไปพัฒนาและปรับใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น เพื่อเพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มต่างๆ

Reference

- Arom, P. (2008). *Stress Appraisal and Family's Coping for Aggressive Behavior of Patients with Alcohol Dependence in Psychiatric Hospitals, Southern Thailand*. A Minor Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science in Psychiatric and Mental Health Nursing, Prince of Songkla University. (in Thai)
- Chumporn, B. (2014). *The Effect of Rational Emotion Behavior Group Counseling Program on Coping of Patients with Alcohol Dependence*. A Minor Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science in Psychiatric and Mental Health Nursing, Prince of Songkla University. (in Thai)
- Cohen, S., & McKay, G., (1984). In A. Baum, S.E. Taylor, & J.E. Singer (Eds.), *Social Support, Stress and the Buffering Hypothesis: A Theoretical Analysis* (pp. 253-267). *Handbook of Psychology and Health*. Hillsdale, NJ.
- Department of Mental Health. (2010). *Mental curing for people in crisis guidebook* (Edited). Nonthaburi: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand Publisher. (in Thai)
- Department of Mental Health. (2020). *Caring guidebook of serious mental illness with high risk to violence for institutes/hospitals in Department of mental health*. Nonthaburi: Department of Mental Health. (in Thai)
- Ellis, A. (2008). Rational emotive behavior therapy. In Corsini, R. J. & Wedding, D. (Eds.), *Current psychotherapies* (8th eds.) (pp. 187-222). United stated: Thomson Brooks/cole.
- Jamnan, P. (2009). An analysis of research on psychoeducation support groups for reducing the burden of schizophrenia caregivers. *Journal of Srithanya Hospital*, 10(1), 13-18.

- Kritsada, C. (2016). *The Effect of Group Counseling Program Based on Rational Emotion Behavior Concept on Caregiver Negative Expressed Emotion Towards Schizophrenia Patients with Aggressive Behavior*. A Minor Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science in Psychiatric and Mental Health Nursing, Prince of Songkla University. (in Thai)
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Manoch, L., & Pramote, S. (2015). *Ramathibodi Essential Psychiatry* (Fourth Edition). Department of Psychiatry Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. Bangkok. (in Thai)
- Panya, K., & Krittiya, S. (2013). Violent Behavior of Schizophrenic Patients and Violent Management of Family. *Journal of nurses' association of Thailand, north-eastern division*, 31(4), 121-127.
- Polit, D.F. & Beck, C. F. (2014). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott William & Wilkins.
- Phongsri, K., Surine, S., & Sompong, P. (2017) The Effects of the Rational Emotive Behavior Therapy with individual counseling on self-esteem of broken hearted women. *Lampang Rajabhat University Journal*, 6(2), 91-105.
- Pongsak, S. (2014). *Perceived Burden and Coping of First Episode Schizophrenia's Caregivers*. A Minor Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science in Psychiatric and Mental Health Nursing, Prince of Songkla University. (in Thai)
- Raveewan, S., & Rapin, C. (2013). The effects of rational emotive behavior theory group counseling on coping strategies of nurse aids. *Journal of Education and Social Development*, 9(1),16-30.
- Sarinee, T. (2014). *Family Counseling for Schizophrenia Patients*. Bangkok: Judthong Company Limited.
- Tan, S. C., Yeoh, A. L., Choo, I. B., Huang, A. P., Ong, S. H., Ismail, H., et al. (2012). Burden and coping strategies experienced by caregivers of person with schizophrenia in community. *Jornal of clinical Nursing*, 21, 2410-2418.
- Ugwoke, S. C., Eseadi, C., Igbokwe, C. C., Chiaha, G. T. U., Nwaubani, O. O., Orji, C.T., et al. (2017). Effects of a rational-emotive health education intervention on stress management and irrational beliefs among technical college teachers in Southeast Nigeria. *Medicine (Baltimore)*, 96(31).
- Vassana, N., (2016). Factors Affecting Burden among Caregivers of Patients with Schizophrenia in Sakaeo Rachanakarindra Psychiatric Hospital. *Journal of Phapokklao Nursing College*, 21(2), 23-35.
- Watcharee, S. (2013). *Theory of counseling* (7th ed.). Bangkok: Chula Press.

ผลของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลแก่งกระเจาน จังหวัดเพชรบุรี

ยุพาพรรณ ช้างพลายงาม¹, จินตนา ทองเพชร^{2*},
นพดล สุขศรี¹, คมศักดิ์ สังขนิมิตร¹, สุภาวดี วาระดี¹

¹โรงพยาบาลแก่งกระเจาน จังหวัดเพชรบุรี

²วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระดับความรุนแรงการติดนิโคติน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่ คลินิกเลิกบุหรี่ เลือกแบบเฉพาะเจาะจง 34 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ 4 ครั้ง ในระยะ 1 สัปดาห์ 2 สัปดาห์ 1 เดือน และ 2 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบประเมินพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ แบบบันทึกจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระดับความรุนแรงการติดนิโคติน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจกลุ่มตัวอย่างลดการสูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 52.94 และเลิกบุหรี่ได้ ร้อยละ 32.35 ตามลำดับ ร้อยละ 97.13 สูบลดลงเฉลี่ย 10 มวน ร้อยละ 79.42 มีระดับความรุนแรงการติดนิโคตินอยู่ในระดับต่ำ เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระดับความรุนแรงการติดนิโคติน พบว่าหลังให้คำปรึกษากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น ($t = -8.37, p < .01$) จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ($t = 3.67, p < .01$) และระดับความรุนแรงการติดนิโคตินลดลง ($t = 2.67, p < .05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นควรขยายบริการการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ในเครือข่ายบริการสุขภาพ ติดตามผู้ป่วยในระยะยาวเพิ่มขึ้นและพัฒนาศักยภาพการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรทางสุขภาพ

คำสำคัญ: การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ, การสูบบุหรี่, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: jintana@pckpb.ac.th)

วันที่รับ 18 ก.ค. 2567, วันที่แก้ไขเสร็จ 17 พ.ย. 2567, วันที่ตอบรับ 21 พ.ย. 2567

The Effects of Motivational Interviewing on Smoking Behavior among Non- Communication Disease Patients of Smoking Cessation Clinic Kangkrachan Hospital, Phetchaburi Province

Yupapun Changplaingam¹, Jintana Tongpeth^{2*}, Noppadon Suksie¹,
Komsak Sangkhanimit¹, Supawadee Waradee¹, Supanee Praysee¹

¹Kaeng Krachan Hospital Phetchaburi Province

²Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

ABSTRACT

A quasi-experimental study with a single group pretest-posttest design was conducted to investigate the effects of motivational interviewing on smoking cessation behavior, number of cigarettes smoked per day, and nicotine dependence severity. The sample consisted of 34 patients with chronic non-communicable diseases who smoked cigarettes at the smoking cessation clinic. The intervention was a motivational interviewing program that was delivered four times over a period of 1 week, 2 weeks, 1 month, and 2 months. The data collection tools were a smoking cessation behavior assessment scale, a daily cigarette smoking record, and a nicotine dependence severity scale. These tools were reviewed for content validity by three experts. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

The results of the study found that after receiving motivational interviewing, the sample group reduced smoking by 52.94% and quit smoking by 32.35%, respectively. 97.1% smoked less, with an average decrease of 10 cigarettes. 79.4% had a low level of nicotine dependence. When comparing smoking cessation behavior, number of cigarettes smoked per day, and severity of nicotine dependence, it was found that after counseling, the sample group had an average increase in smoking cessation behavior scores ($t = -8.37, p < .01$), number of cigarettes smoked per day ($t = 3.67, p < .01$), and severity of nicotine dependence decreased ($t = 2.67, p < .05$).

Therefore, it is recommended to expand the service of motivational interviewing for smoking cessation in the health care network, increase follow-up of patients in the long term, and develop the potential for motivational interviewing counseling for health professionals.

Keywords: Motivational Interviewing, Smoking Behavior, Non- Communication Disease

*Corresponding e-mail: jintana@pckpb.ac.th

Received: July 18, 2024; Revised: November 17, 2024; Accepted: November 21, 2024

บทนำ

องค์การอนามัยโลกให้ข้อมูลว่าสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2559 มีถึงร้อยละ 71 เกิดจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประเทศไทยมีประชากรเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตประชากรไทยทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2565 (World Health Organization, 2023) และสาเหตุของโรคเกิดจากปัจจัยที่สามารถหลีกเลี่ยงได้คือ สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารหวานมันเค็มจัด และมีความเครียด เป็นต้น จากรายงานพบว่า ร้อยละ 21 ของปัจจัยเสี่ยง เกิดจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (Vijit-Sunthornkul, 2016; (World Health Organization, 2021) ประเทศไทยพบแนวโน้มการสูบบุหรี่ของคนไทยลดลงแต่ความร่วมมือของผู้สูบบุหรี่ยังไม่ดีเท่าที่ควร ผู้ที่มีโรคประจำตัวได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง พบว่ายังมีผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 11.1, 13.2, 31.4, 8.8 และ 20.4 ตามลำดับ (Aekplakorn, 2014) ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคำนึงถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลักร่วมด้วย โดยเฉพาะการเลิกสูบบุหรี่ ประเทศไทยได้เห็นความสำคัญของการเลิกบุหรี่ โดยเน้นกลยุทธ์ในด้านต่างๆ เช่น การรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ สายด่วนเลิกบุหรี่ บริการช่วยเลิกบุหรี่ในร้านขายยาที่มีเภสัชกรประจำและคลินิกฟ้าใสไร้ควัน ที่พัฒนามาจากคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาล (Sumalee, Pitayarangsarit, Lamanan, & Tangcharoensathien, 2015) มีการศึกษาความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่โดยกระบวนการเลิกบุหรี่ที่จัดตั้งขึ้น พบว่าคลินิกเลิกบุหรี่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้ (Intarasattakul, 2017)

โรงพยาบาลแก่งกระเจาน จังหวัดเพชรบุรี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จากฐานข้อมูลพบว่ามีผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 19.05 เลิกสูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 2.63 (Health Data Center, Phetchaburi Provincial, 2018) จากการทบทวนข้อมูลพบว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังมีพฤติกรรมสูบบุหรี่พบมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อมูลทางระบาดวิทยาของโรคเรื้อรังพบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานยังคงสูบบุหรี่ 115 ราย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังคงสูบบุหรี่ 244 ราย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังคงสูบบุหรี่ 81 ราย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังคงสูบบุหรี่ 1 ราย และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังคงสูบบุหรี่ 25 ราย รวมทั้งหมด 466 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.65 ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด (Kaeng Krachan Hospital Database, 2018) ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่จะได้รับคำแนะนำให้เลิกบุหรี่และส่งไปคลินิกเลิกบุหรี่ จากการทบทวนผลการดำเนินงานของคลินิกเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลแก่งกระเจาน ที่ให้บริการในประชาชนทั่วไปที่สมัครใจเข้ารับบริการ และผู้ป่วยที่ส่งมาจากคลินิกต่างๆ พบปัญหา ผู้รับบริการที่ถูกส่งต่อมาจากคลินิกโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ไม่เห็นความสำคัญของการเลิกบุหรี่ ไม่อยากเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง แต่ต้องการเลิกบุหรี่ด้วยการใช้ยา เมื่อรับรู้ว่าคุณคลินิกเลิกบุหรี่เน้นให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยไม่มีการใช้ยาในการเลิกบุหรี่ ผู้รับบริการจะปฏิเสธการเลิกบุหรี่ทันที และไม่รับฟังคำแนะนำหรือการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ใดๆ แต่มีผู้รับบริการ 1 รายที่เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจโดยใช้ให้เห็นความสำคัญของการเลิกบุหรี่ ให้ความรู้ โทษของพิษภัยบุหรี่ที่ส่งผลต่อโรคประจำตัว เมื่อส่งเข้าคลินิกอดบุหรี่ ผู้รับบริการสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ แสดงให้เห็นว่าการที่ผู้สูบบุหรี่จะเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับต้องมีแรงจูงใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพ ตัดสินใจ และตั้งใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างแน่วแน่ โดยได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่ศึกษาประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่โรงพยาบาลสำโรงทาบ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ พบว่า

การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่มีผลทำให้ผู้รับบริการเลิกสูบบุหรี่ได้มากขึ้น (Rose et al., 2023)

จากการทบทวนวรรณกรรมของการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ พบว่าเป็นเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing: MI) ใช้ในการบำบัดผู้ติดยาโดยเน้นสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีหลักการสำคัญดังนี้ การใช้ทักษะกระตุ้นจูงใจ (Evocation/Elicit) ให้ผู้ป่วยพูดและตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองเน้นการร่วมมือกัน (Collaboration) ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้ป่วย รวมทั้งเป็นการที่ผู้ให้คำปรึกษาให้ความเชื่อถือ (Autonomy) ให้อิสระให้กำลังใจและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจด้วยตนเอง (Miller & Rollnick, 2002) มีการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่ามีการนำแนวคิดเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจมาประยุกต์ใช้เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในคลินิกอดบุหรี่ (Xu et al, 2023) และมีการศึกษาการใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือด (Chen et al, 2020) กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงและเลิกสูบบุหรี่หลังได้รับคำปรึกษาโดยใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจแบบรายบุคคล แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า การใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ส่งผลทำให้มีผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ได้มากขึ้น (Grobe et al., 2020; Caponnetto et al., 2020) ถึงแม้ว่าผลการศึกษานี้ จะช่วยให้ผู้รับบริการที่สูบบุหรี่มีพฤติกรรมที่เหมาะสม และเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นแต่บริบทที่แตกต่างกันของสิ่งแวดล้อมแต่ละพื้นที่ อาจมีผลต่อการนำมาปรับใช้ในผู้รับบริการที่สูบบุหรี่ในพื้นที่อื่น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลแก่งกระเจา จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาบริการของโรงพยาบาลเพื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรคและลดอัตราการตายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการสูบบุหรี่ ได้แก่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระดับความรุนแรงการติดยาโคตินของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพฤติกรรมการเลิกบุหรี่
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระดับความรุนแรงการติดยาโคตินของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ

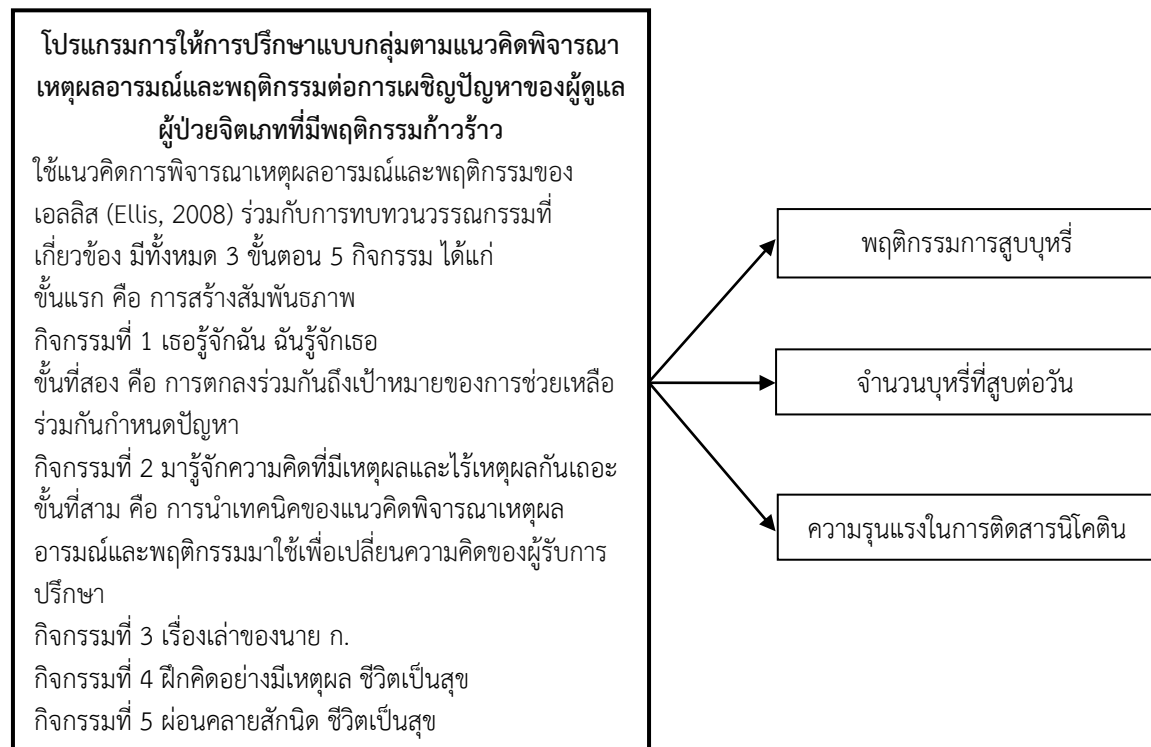
สมมุติฐานการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระดับความรุนแรงการติดยาโคตินของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจดีขึ้นกว่าก่อนได้รับการให้คำปรึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing หรือ MI) เป็นรูปแบบการสนทนาโดยการให้คำปรึกษาเพื่อเพิ่มแรงจูงใจ ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Miller & Rollnick, 2002) ใช้ทักษะกระตุ้นจูงใจให้ผู้ป่วยพูดและตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง เน้นการร่วมมือกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้ป่วย รวมทั้งเป็นการที่ผู้ให้คำปรึกษาให้ความเชื่อถือ ให้อิสระ ให้กำลังใจและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจด้วยตนเอง ผู้ป่วยจะได้ผ่านกระบวนการคิด มีความตระหนักในความสำคัญ

ของปัญหาของตนอย่างแท้จริง และเกิดแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว เปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ (One Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างน้อย 1 โรค และสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ที่มารับบริการ ณ คลินิกเลิกบุหรี่ จำนวน 78 ราย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างน้อย 1 โรค และ 2) สูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 3) มารับบริการที่คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลแก่งกระเจา จังหวัดเพชรบุรี และมีเกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด เกณฑ์การยกเลิกการศึกษา คือ 1) เกิดการเจ็บป่วยรุนแรงระหว่างการวิจัย 2) ย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือย้ายออกจากชุมชน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีคำนวณด้วยโปรแกรม G*power ค่า α เท่ากับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ 0.8 ค่า Effect Size เท่ากับ 2.49 ค่า σ เท่ากับ 4.82 จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการ

นวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่และอาการถอนนิโคตินในผู้ป่วยที่ติดบุหรี่ (Pinwihok et al., 2018) ได้กลุ่มตัวอย่าง 31 ราย เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (Drop Out) ผู้วิจัยจึงพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว ระดับการศึกษา และการดื่มสุรา

1.2 ข้อมูลการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกข้อมูลแบบเติมข้อความ ประกอบด้วย ประเภทของบุหรี่ที่ใช้ จำนวนที่สูบต่อวัน อายุที่เริ่มสูบ ระยะเวลาที่สูบ สาเหตุที่สูบ ประวัติการเลิกสูบ สาเหตุที่เคยเลิกสูบ ระยะเวลาที่เลิกสูบ และสาเหตุที่สูบซ้ำ

1.3 แบบประเมินความรุนแรงการติดนิโคติน (Fagerstorm Test for Nicotine Dependence) หมายถึงการประเมินระดับความรุนแรงการติดนิโคติน ใช้แบบสอบถาม จำนวน 6 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน แบ่งการประเมินเป็น 3 ระดับคะแนน คะแนน 0-2 หมายถึง เป็นผู้ติดนิโคตินเล็กน้อย คะแนน 3-4 หมายถึง เป็นผู้ติดนิโคตินปานกลาง คะแนน 5-10 หมายถึง เป็นผู้ติดนิโคตินรุนแรง (Klinsophon et al., 2017)

1.4 แบบประเมินแรงจูงใจ ประเมินระดับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยใช้ไม้บรรทัดวัดแรงจูงใจ เกณฑ์การให้คะแนน มีค่าคะแนน 0-10 คะแนน ค่าคะแนนที่ต่ำแสดงถึงระดับแรงจูงใจต่ำ ค่าคะแนนที่สูงแสดงถึงระดับแรงจูงใจสูง

1.5 แบบวัดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยใช้แบบวัดพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของ (Makmai et al, 2017) มีข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ ใช้มาตรวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ คือ ทำเป็นประจำ (3 คะแนน) ทำบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยทำเลย (1 คะแนน) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนของพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ คือ ทำเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติตนเช่นนั้นเป็นประจำทุกครั้ง หรือทุกวัน ทำบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตนเป็นบางครั้ง หรือปฏิบัติตนเมื่อนึกขึ้นได้ ไม่เคยทำเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตนเช่นนั้นเลย โดยมีเกณฑ์การแบ่งคะแนนดังนี้ คะแนนสูง (22-42 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่เหมาะสมมาก คะแนนต่ำ (0-21 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่เหมาะสมน้อย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ไปตรวจสอบตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คนซึ่งมีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการบำบัด และประสบการณ์การดูแลผู้ติดสารเสพติด ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพคลินิกเลิกบุหรี่ 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน และอาจารย์พยาบาล 1 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มากกว่า .90 ทุกฉบับ และนำไปทดสอบในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในคลินิกเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรุนแรงการติดนิโคตินได้เท่ากับ .89 แบบประเมินระดับแรงจูงใจเท่ากับ .83 และแบบวัดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ เท่ากับ .87

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ ผู้วิจัยดัดแปลงเครื่องมือการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจรายบุคคล (Jundai & Puwapanich, 2018) ที่พัฒนาโดยใช้ทฤษฎีการกำหนดด้วยตนเอง (Self-Determination Theory) (Deci & Ryan, 1990) และแนวทางการสนทนาสร้างแรงจูงใจ

(Motivational Interviewing) (Miller & Rollnick, 2002) เนื้อหาสร้างขึ้นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้วิจัยได้กำหนดการให้คำปรึกษา 4 ครั้งๆ ละ 10-15 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1 (วันที่มาวันแรก) ใช้เวลา 10-15 นาที

สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและชี้แจงการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย สอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการสูบบุหรี่ ประเมินความรุนแรงการติดนิโคติน ประเมินแรงจูงใจ ให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ตามแบบสนทนาครั้งที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยบุหรี่ วิธีการเลิกบุหรี่ ตั้งเป้าหมายและวางแผนการเลิกบุหรี่ และมอบคู่มือการเลิกบุหรี่ นัดครั้งต่อไปอีก 1 สัปดาห์

ครั้งที่ 2 (ใช้เวลา 10-15 นาที)

ประเมินแรงจูงใจ ให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ตามแบบสนทนา ครั้งที่ 2 ติดตามผลการบำบัดครั้งที่ 1 ใช้คำถามสร้างแรงจูงใจตามระดับแรงจูงใจ ประเมินปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ สร้างแรงจูงใจในการจัดการกับปัญหา อุปสรรค อาการข้างเคียง นัดครั้งต่อไป 1 สัปดาห์

ครั้งที่ 3 (ใช้เวลา 10-15 นาที)

ประเมินแรงจูงใจ ให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ตามแบบสนทนา ครั้งที่ 2 ติดตามผลการบำบัดครั้งที่ 2 ประเมินปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ สร้างแรงจูงใจในการจัดการกับปัญหา อุปสรรคและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยังคงเป็นปัญหา นัดครั้งต่อไป 2 สัปดาห์

ครั้งที่ 4 (ใช้เวลา 10-15 นาที)

ประเมินแรงจูงใจ ให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ตามแบบสนทนา ครั้งที่ 2 ติดตามผลการบำบัดครั้งที่ 3 วางแผนร่วมกันในการป้องกันการเสพยา จำหน่ายผู้ป่วยออกจากกระบวนการบำบัด วางแผนติดตามหลังการบำบัด นัด 1 เดือน ให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการนัดติดตามเอง โดยนัดมาพบที่โรงพยาบาลหรือนัดติดตามทางโทรศัพท์

ครั้งที่ 5

ประเมินผลหลังการบำบัด 2 เดือน โดยประเมินความรุนแรงการติดนิโคติน จำนวน บุหรี่ที่สูบต่อวัน ประเมินพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ยุติการบำบัด กล่าวขอบคุณผู้ป่วย

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ เกี่ยวกับการสนทนาให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ และสื่อ (คู่มือเลิกบุหรี่ แผ่นพับความเข้าใจเลิกบุหรี่ แผ่นพับการสูบบุหรี่เป็นของแสดงคนเป็นโรคถุงลมโป่งพอง แผ่นพับการสูบบุหรี่เป็นของแสดงคนเป็นโรคเบาหวาน แผ่นพับการสูบบุหรี่เป็นของแสดงคนเป็นโรคความดันโลหิตสูง แผ่นพับการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของโรคหัวใจ อัมพฤกษ์ อัมพาต) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน หลังจากผ่านการแก้ไขปรับปรุงเนื้อหาให้มีความเหมาะสม ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 5 คน และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำมาใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับการอนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ดำเนินการขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งกระเจา ขอดำเนินการเก็บข้อมูล ณ คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลแก่งกระเจา อำเภอกงกระเจา จังหวัดเพชรบุรี ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม 2563 ถึง กุมภาพันธ์ 2564 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดขั้นตอนการวิจัย และให้ลงลายมือชื่อยินดียอมรับเข้าร่วมวิจัยตามระยะเวลาที่กำหนด หลังจากนั้นทำการประเมินพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระดับความรุนแรงในติดสารนิโคติน ก่อนเริ่มให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ บันทึกการให้คำปรึกษา และดำเนินการ

นัดหมายในครั้งต่อไป จำนวน 4 ครั้งๆ ละ 10-15 นาที และนัดครั้งที่ 5 เพื่อติดตามหลังสิ้นสุดโปรแกรม การสนทนาให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ พร้อมทั้งประเมินพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระดับความรุนแรงการติดนิโคติน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระดับความรุนแรงการติดนิโคติน ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระดับความรุนแรงการติดนิโคตินของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนและหลังได้รับการสนทนาให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ ด้วย Paired t-test ภายหลังทดสอบสมมติฐานพบว่าการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ (Normal Distribution) (Pallant, 2016)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี รหัสเลขที่ PBEK NO.023/2562 วันที่ 3 มกราคม 2563 ผู้วิจัยชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการให้ทราบถึงสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมในการวิจัย การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลและการทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวมและการนำเสนอในเชิงวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 91.21 มีอายุมากกว่า 60 ปี มากถึงร้อยละ 73.53 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 47.13 มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 79.42 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 52.91 ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ ร้อยละ 67.65 สูบน้อยกว่า 10 มวนต่อวัน ร้อยละ 82.35 เป็นผู้ที่พยายามเลิกบุหรี่มาก่อน ร้อยละ 70.59

2. ผลของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระดับความรุนแรงการติดนิโคตินของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี

เมื่อพิจารณาผลการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ พบว่า ส่วนใหญ่ลดการสูบ และเลิกบุหรี่ได้ ร้อยละ 52.94 และ 32.35 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ จำแนกตามการสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เลิกบุหรี่ได้	11	32.35
ลดการสูบ	18	52.94
เลิกไม่ได้	5	14.71
รวม	34	100.00

เมื่อพิจารณาจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ พบว่า ส่วนใหญ่สูบน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 มวน ร้อยละ 97.06 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ
จำแนกตามจำนวนบุหรี่ยี่สิบต่อวัน

จำนวนบุหรี่ยี่สิบต่อวัน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 มวน	33	97.06
11-20 มวน	-	-
มากกว่า 30 มวน	1	2.94
รวม	34	100

M=3.94, SD.=7.071, Min=0, Max=9

เมื่อพิจารณาระดับความรุนแรงการติดยาโคตินของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 79.4 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ
จำแนกตามระดับความรุนแรงการติดยาโคติน (n=34)

ระดับความรุนแรงการติดยาโคติน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (0-2 คะแนน)	27	79.41
ปานกลาง (3-4 คะแนน)	3	8.82
สูง (5คะแนนขึ้นไป)	4	11.76
รวม	34	100.0

M=1.79, SD.=2.15, Min=0, Max=9

3. พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ยี่สิบต่อวัน และระดับความรุนแรงการติดยาโคตินของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ

เมื่อพิจารณาระดับคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ พบว่า หลังให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.64 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามระดับคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ

ระดับพฤติกรรม	ก่อนการทดลอง*		หลังการทดลอง**	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (0-21 คะแนน)	21	61.76	4	11.76
สูง (22-42 คะแนน)	13	38.24	30	88.64
รวม	34	100	34	100

* ก่อนการทดลอง *M=18.59, SD.=4.97, Min=14, Max=28*

** หลังการทดลอง *M=30.91, SD.=7.06, Min=14, Max=42*

ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเท่ากับ 18.59 และหลังการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเท่ากับ 30.91 เมื่อทดสอบความ

แตกต่างกันทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ หลังการให้คำปรึกษาแบบ สร้างแรงจูงใจ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ (n=34)

พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่	Mean	SD.	t	p-value
ก่อนการทดลอง	18.59	4.97	-8.37*	.001
หลังการทดลอง	30.91	7.06		

*p-value < .01

ผลการศึกษาพบว่า หลังให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระดับความรุนแรงในติตสารนิโคติน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงมาตรฐาน ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระดับความรุนแรงการติตสารนิโคติน ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ (n=34)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน	9.71	5.97	3.94	7.07	3.67**	.001
ระดับความรุนแรงในติตสารนิโคติน	2.53	2.19	1.79	2.12	2.67*	.013

*p-value < .05, **p-value < .01

อภิปรายผล

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 91.21 ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์การสูบบุหรี่ของวัยรุ่นและปัจจัยทำนายพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของวัยรุ่นพบว่า เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่สูงกว่าเพศหญิง ร้อยละ 32.78 (Thomson et al., 2022) มีอายุมากกว่า 60 ปี มากถึงร้อยละ 73.53 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 47.13 มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 79.42 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 52.91 ส่วนใหญ่สูบบุหรี่จากร้อยละ 67.65 สูบน้อยกว่า 10 มวนต่อวัน ร้อยละ 82.35 เป็นผู้ที่พยายามเลิกบุหรี่มาก่อนร้อยละ 70.59

2. กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ พบว่า ส่วนใหญ่ลดการสูบ และเลิก บุหรี่ได้ ร้อยละ 52.94 และ 32.35 ตามลำดับ ส่วนใหญ่สูบน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 มวน คิดเป็นร้อยละ 97.06 ระดับความรุนแรงการติตสารนิโคตินอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 79.41 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผล การศึกษาการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ แนวคิดและการประยุกต์ในผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง โดย ประยุกต์วิธีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง พบว่าสามารถช่วยให้กลุ่มผู้เป็นโรคนี้อาจมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา มีความเคร่งครัดในการ รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ และเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีทั้งระดับ โฟสเฟต ระดับโพสเฟต ระดับอัลบูมิน และระดับฮีโมโกลบิน ส่งผลให้สามารถยืดระยะเวลาในการเข้า รับการบำบัดทดแทนไต มีอัตราการตายจากโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดลดลง และมีคะแนน

คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Ok & Kutlu, 2021) อีกทั้งเป็นแนวทางให้พยาบาลประจำคลินิกโรคไตเรื้อรังใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมแรงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Mankih et al., 2022) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษา ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงใจต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 30 วัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงใจในการลดการสูบบุหรี่ กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำในการสูบบุหรี่แบบปกติ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีสัดส่วนของผู้ที่อยู่ในขั้นปฏิบัติการลดการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) มีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงจากการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) ส่วนระยะติดตามผลการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงหลังจากการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม (Getz et al., 2023)

3. หลังให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงใจผู้ป่วยโรคไตไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่ ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไตไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลง ($p\text{-value} < .01$) และระดับความรุนแรงการติดนิโคตินลดลง ($p\text{-value} < .05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกระบวนการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงใจ มีรายละเอียดดังนี้ สร้างสัมพันธภาพ สอบถามข้อมูลการสูบบุหรี่ ประเมินความรุนแรงในการติดนิโคติน ประเมินแรงใจ ใช้คำถามสร้างแรงใจ ประเมินความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ โดยใช้ไม้บรรทัดวัดใจ การสนับสนุนแรงใจให้เข้มแข็งโดยใช้คำถามสร้างความตระหนักในการเลิกบุหรี่ตามระดับแรงใจ ผู้วิจัยให้ข้อมูลโทษพิษภัยของบุหรี่ สารพิษในบุหรี่ วิธีการเลิกบุหรี่ อาการข้างเคียงและการจัดการกับอาการข้างเคียงหลังเลิกบุหรี่ แจกคู่มือการเลิกบุหรี่และแผ่นพับ วางแผนและสรุปวิธีการและระยะเวลาที่จะเลิกบุหรี่ นัดหมายการรับบริการครั้งต่อไปจำนวน 4 ครั้งๆ ละ 10-15 นาที ติดตามผลที่ระยะ 1 สัปดาห์ 2 สัปดาห์ 1 เดือน และ 2 เดือน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหัวใจ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัดผลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจคลินิกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเบนฮา (Benha) จำนวน 40 คน ผลการศึกษพบว่า โปรแกรมสัมภาษณ์ที่สร้างแรงใจมีผลต่อการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหัวใจที่สูบบุหรี่ (Elrefaey & Ibrahim., 2019) และสอดคล้องกับผลการศึกษาผลการใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือด เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เปรียบเทียบผลการใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมผลการศึกษพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงและเลิกสูบบุหรี่ภายหลังได้รับคำปรึกษาโดยใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงใจแบบรายบุคคล แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Dobber et al., 2021) และสอดคล้องกับผลการศึกษาประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ ได้รับการบำบัดในรูปแบบให้คำปรึกษา และติดตามหลังจากการทดลองระยะ 2 เดือน 4 เดือน 6 เดือน ผลการศึกษพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงภายหลังได้รับโปรแกรม และในระยะติดตามผล หลังจำหน่าย พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมหยุดสูบบุหรี่ ลดการสูบบุหรี่ลง ร้อยละ 52.00 และยังคงสูบบุหรี่เท่าเดิมร้อยละ 8.00 ครั้งที่ 3 เดือนที่ 6 พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมหยุดสูบบุหรี่ร้อยละ 36.00 ลดการสูบบุหรี่ลงร้อยละ 48.00 และยังคงสูบบุหรี่เท่าเดิมร้อยละ 16.00 (Sayed et al., 2023)

และสอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้าของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนในสถานบำบัดรักษา กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดตามปกติของสถานบำบัดสารเสพติด ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการบำบัดตามปกติ พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจจากระยะลั้งเลเป็นระยะมีแรงจูงใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพฤติกรรมร่วมมือๆ ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Dunn et al., 2023)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรขยายบริการการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ในหน่วยบริการสุขภาพ และการนำรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการช่วยชี้แนะเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด จึงควรสนับสนุนให้มีการอบรมพัฒนาศักยภาพพยาบาลเพื่อให้สามารถนำรูปแบบการให้คำปรึกษาไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัย และติดตามผู้ป่วยในระยะยาวขึ้นอีก 6 เดือน หรือ 1 ปี เพิ่มการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ในการศึกษาขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ เพื่อนำมาวิเคราะห์พัฒนางานวิจัยรูปแบบหรือโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

Reference

- Aekplakorn, W., (editor). (2014). *Report on survey of Thai people's health by examination Body, 5th time*. Health Systems Research Institute (HSRI), Nonthaburi. (in Thai)
- Caponnetto, P., Maglia, M., Floresta, D., Ledda, C., Vitale, E., Polosa, R., & Rapisarda, V. (2020). A randomized controlled trial to compare group motivational interviewing to very brief advice for the effectiveness of a workplace smoking cessation counseling intervention. *Journal of addictive diseases*, 38(4), 465-474.
- Chen, H. M., Lee, H. L., Yang, F. C., Chiu, Y. W., & Chao, S. Y. (2020). Effectiveness of motivational interviewing in regard to activities of daily living and motivation for rehabilitation among stroke patients. *International journal of environmental research and public health*, 17(8), 2755.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1990). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York.
- Dobber, J., Snaterse, M., Latour, C., Peters, R., Ter Riet, G., Scholte op Reimer, W., ... & van Meijel, B. (2021). Active Ingredients and Mechanisms of Change in Motivational Interviewing for Smoking Cessation in Patients with Coronary Artery Disease: A Mixed Methods Study. *Frontiers in Psychology*, 12, 599203.

- Dunn, J., Yuan, M., Ramírez, F., Garneau, H. C., Brown-Johnson, C., Breland, H., ... & McGovern, M. (2023). Addressing methamphetamine use in primary care: Provider perspectives. *Journal of Addiction Medicine*, 17(1), 60-66.
- Elrefaey, S. R. I. & Ibrahim, F. S. S. (2019). The Effectiveness of a Motivational Interviewing Program on Smoking Cessation among Smoker Patients with Heart Disease. *Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 8(1), 61-74.
- Getz, V., Munkhaugen, J., Lie, H. C., & Dammen, T. (2023). Barriers and facilitators for smoking cessation in chronic smokers with atherosclerotic cardiovascular disease enrolled in a randomized intervention trial: A qualitative study. *Frontiers in Psychology*, 14, 1060701.
- Grobe, J. E., Goggin, K., Harris, K. J., Richter, K. P., Resnicow, K., & Catley, D. (2020). Race moderates the effects of motivational interviewing on smoking cessation induction. *Patient education and counseling*, 103(2), 350-358.
- Health Data Center, Ministry of Public Health. (2018). Screening and treatment of tobacco addicts Phetchaburi Province. (in Thai)
- Intarasattakul, N. (2017). The Outcomes of Smoking Cessation among Non-communicable disease Patients at Primary Care Unit and Kumpawapi Hospital, *Udonthani Hospital Medical Journal*, 25(3); 211-220.
- Jundai, A & Puwapanich, P.(2018). The effects of motivational counseling for attitude change on knowledge and attitude toward smoking among drug addicts at Paktho hospital, Changwat Ratchaburi. *Thai Journal of Nursing*, 67(1), 40-45.
- Kaeng Krachan Hospital database. (2018). Cigarette Behavior Screening Report. (in Thai)
- Klinsophon, T., Janwantanakul, P., & Thaveeratitham, P. (2017). Reliability of the Thai Version of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND). *Journal of the Medical Association of Thailand*, 100(10), 1130-1134. (in Thai)
- Makmai, W., Prechawong, S., & Treenai, S. (2019). Effect of Promoting Smoking Cessation Program for Parents to Reduce Secondhand Smoke Exposure in Pediatric Patients with Asthma. *Nursing Journal*, 46(2), 59-69. (in Thai)
- Mankih, R. A., & Hussain, A. H. M. (2022). The Role of Motivational Interviewing in Improving Health State of Patients Undergoing Hemodialysis. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences*, 16(06), 642-642.
- Meijel, B. (2021). Active Ingredients and Mechanisms of Change in Motivational Interviewing for Smoking Cessation in Patients with Coronary Artery Disease: A Mixed Methods Study. *Frontiers in Psychology*, 12, 599203.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). Motivational interviewing: Preparing people for change (2nd ed.). The Guilford Press, USA.

- Ok, E., & Kutlu, Y. (2021). The effect of motivational interviewing on adherence to treatment and quality of life in chronic hemodialysis patients: a randomized controlled trial. *Clinical Nursing Research*, 30(3), 322-333.
- Pallant, J. (2016). *SPSS Survival Manual: A Step By Step Guide to Data Analysis Using SPSS Program (6th ed)*. McGraw-Hill Education: London.
- Pinwihok, S., Kanogsunthornrat, N., & Orasa, P. (2018). The Effects of Motivational Interviewing Combined with Hand Reflexology on Quit Smoking Behavior and Nicotine Withdrawal Symptoms in Tobacco Addicted Patients. *Kuakarun Nursing Journal*, 25(1), 90-105. (in Thai)
- Rose, J., Ahmed, I., Keilty, E., Cooper, C., & Selby, P. (2023). *Generation and Classification of Motivational-Interviewing-Style Reflections for Smoking Behavior Change Using Few-Shot Learning with Transformers*. Authorea Preprints.
- Sayed, S. H., El-Sakkar, S. M., Elsaka, S. A., & El-Houfey, A. A. (2023). Effect of cigarette smoking cessation educational intervention based on the trans-theoretical model using motivational interviewing on Egyptian males' smoking knowledge and behavior: A randomized controlled trial. *Nursing Practice Today*, 10(2), 108-123.
- Sumalee, H., Pitayarangsarit, S., Lamanan, P., & Tangcharoensathien, V. (2015). Assessment of Smoking Cessation Services in Public Health Ministry-Affiliated Hospitals. *Health Systems Research Journal*, 9(3), 241-252. (in Thai)
- Thomson, B., Emberson, J., Lacey, B., Lewington, S., Peto, R., Jemal, A., & Islami, F. (2022). Association between smoking, smoking cessation, and mortality by race, ethnicity, and sex among US adults. *JAMA Network Open*, 5(10), e2231480-e2231480
- Vijit-Sunthornkul, G., Kamphan, D., and Charondee, K. (2016). *Trend of Risk Factors and Non-Communicable Disease Behaviors, 2005-2015: Results from the Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) survey*. Department of Non-Communicable Diseases, Ministry of Public Health, Bangkok. (in Thai)
- World Health Organization. (2021). *World Health Organization Global Report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, 4th edition*, Switzerland.
- World Health Organization. (2023). *Noncommunicable diseases*. Retrieved November 3, 2023 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/noncommunicable-disease>.
- Xu, M., Guo, K., Shang, X., Zhou, L., Fenfen, E., Yang, C., & Yang, K. (2023). Network Meta-analysis of Behavioral Programs for Smoking Quit in Healthy People. *American Journal of Preventive Medicine*, 65(2), 327-336.

ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง

วรศรา งามกิจ¹, วินิกาญจน์ คงสุวรรณ^{2*}, วิณา คันฉ่อง²

¹นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตใจ ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง กลุ่มตัวอย่างคือสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง อายุ 20-59 ปี จำนวน 60 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน ที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตใจ และกลุ่มควบคุม 30 คน ได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก และโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตใจ จัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม 5 กลุ่ม กลุ่มละ 5-7 คน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 60-90 นาที จำนวน 4 สัปดาห์ โปรแกรมและเครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .81 และทดลองใช้กับสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง จำนวน 5 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยการทดสอบค่าที เปรียบเทียบผลการศึกษากลุ่มทดลองแบบก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีแบบสัมพัทธ์ และเปรียบเทียบหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตใจ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-17.69, p<.001$) และหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตใจ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=10.84, p<.001$)

ผลการวิจัยแสดงถึงโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตใจสามารถส่งเสริมให้สตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง เกิดการพัฒนาความสามารถจัดการกับภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นในชีวิต และเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างรวดเร็วภายหลังเผชิญเหตุการณ์วิกฤติ ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงเพิ่มขึ้นจริง ดังนั้นพยาบาลจิตเวชสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตใจ, ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, สตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง

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

วันที่รับ 11 มิ.ย. 2567, วันที่แก้ไขเสร็จ 1 ธ.ค. 2567, วันที่ตอบรับ 6 ธ.ค. 2567

The Effects of Mental Health Rehabilitation Program on Self - Esteem of Abused Women

Warissara Ngamkid¹, Vineekarn Kongsuwan^{2*}, Weena Chanchong²

¹Master Nursing Student, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand

²Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of the Mental Health Rehabilitation Program on the self-esteem of abused women. The study involved 60 women aged 20-59 years who were survivors of violence. Participants were assigned into two groups: 30 in the experimental group, who received the Mental Health Rehabilitation Program, and 30 in the control group, who received usual care. The research instruments included a demographic data form, the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE), and the Rehabilitation Program. The program consisted of 4 sessions, each of 60-90 minutes, conducted once a week over a span of 4 weeks, with groups of 5-7 participants per group. The reliability of the RSE was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of .81. The program was validated by three experts, achieving an index of Item-Objective Congruence (IOC) value of 1, and was pilot-tested for feasibility with a group of five participants. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and chi-square tests. A paired t-test was used to compare the mean scores of self-esteem before and after the program within the experimental group, and an independent t-test was used to analyze the mean difference between the control and experimental groups.

The results revealed that the mean self-esteem score of participants in the experimental group after participating in the Mental Health Rehabilitation Program was significantly higher than before the intervention ($t=-17.69, p<.001$). Furthermore, the mean self-esteem score of participants in the experimental group was significantly higher than that of the control group after the intervention ($t=10.84, p<.001$).

In conclusion, the mental health rehabilitation program can help abused women develop the ability to manage life crises and effectively cope with problems. This enables them to quickly resume their normal lives after experiencing a crisis. The program has been proven to significantly enhance the self-esteem of abused women. Therefore, psychiatric nurses can apply this program to further improve the self-esteem of abused women.

Keywords: Rehabilitation Program, Self-Esteem, Abused women

*Corresponding e-mail: vineekarn.k@psu.ac.th

Received: Jun 11, 2024; Revised: December 1, 2024; Accepted: December 6, 2024

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาความรุนแรงต่อสตรีจัดเป็นปัญหาที่อาชญากรรมที่มีจำนวนความถี่และทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น (Anderberg, 2016) โดยรายงานจากสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ และองค์การเพื่อสตรีแห่งสหประชาชาติ (Vienna, 2022) พบว่าการกระทำความรุนแรงต่อสตรีเป็นหนึ่งในการละเมิดสิทธิมนุษยชนที่เกิดขึ้นมากที่สุดในโลก ทั้งนี้ในประเทศไทยปัญหาความรุนแรงต่อเด็ก สตรี และคนในครอบครัวเป็นปัญหาที่สำคัญเป็นอันดับ 7 (Rathavich & Paphatsorn, 2020) ซึ่งต้องรีบให้การช่วยเหลือ โดยในปีงบประมาณ 2566 มีสถิติความรุนแรงต่อสตรีจำนวนทั้งสิ้น 15,056 ราย เฉลี่ย 41 ราย/วัน คิดเป็นร้อยละ 90 ของความรุนแรงทั้งหมด ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นจากปี 2561 ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในวัยผู้ใหญ่ (Ministry of Social Development and Human Security, 2018) และจากสถิติสมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีฯ มีผู้เข้ารับการช่วยเหลือรวมทั้งสิ้น 2,112 ราย ด้วยปัญหาถูกระทำความรุนแรงทั้งกาย จิตใจ หรือทางเพศ โดยผู้ประสบปัญหาเป็นกลุ่มอายุ 25-40 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73 ของผู้ใช้บริการทั้งหมด (Association for the Promotion of the Status of Women, 2021)

จากการที่สตรีถูกระทำความรุนแรง พบว่าส่งผลกระทบต่อร่างกายคิดเป็นร้อยละ 67 ซึ่งมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยไปจนถึงระดับรุนแรง คือตั้งแต่เกิดบาดแผลไปจนถึงทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้ ส่วนด้านจิตใจ พบว่ามีผลกระทบที่รุนแรงไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าด้านร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 24.9 (Department of Woman's Affairs and Family Development, 2018) อีกทั้งยังส่งผลกระทบที่มีระยะยาวกว่าบาดแผลทางกาย เกิดอารมณ์ด้านลบต่างๆ เกิดความรู้สึกถูกตนเองคิดว่าตนเป็นคนไร้ค่า ความรู้สึกนับถือตนเองเสียไป โดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่จะพบว่ารู้สึกสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง เกิดความเครียด หวาดกลัว และวิตกกังวล (Dominguez et al., 2001) นอกจากนี้ผลกระทบที่สำคัญคืออาจนำไปสู่ภาวะโรคทางจิตเวชได้ เช่น เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล ปัญหาการใช้ยาเสพติด โรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังเผชิญเหตุการณ์รุนแรงในชีวิต เป็นต้น

ถึงแม้ในปัจจุบันมีการรณรงค์ถึงความรุนแรงต่อสตรีที่ทวีความรุนแรงและความถี่มากขึ้น แต่การดำเนินการดังกล่าวยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ด้วยค่านิยมที่ว่าเพศชายเป็นใหญ่ในสังคมไทย (Warisara, Pennapha & Pracha, 2020) ซึ่งเรื่องเจตคติและความเข้าใจเรื่องความเท่าเทียมทางเพศนี้จึงเป็นสาเหตุหลักสำคัญของการถูกระทำความรุนแรง นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่นๆ ได้แก่ ความเครียด ปัจจัยกระตุ้นอื่นๆ เช่น สุรา และยาเสพติด โดยการกระทำความรุนแรงต่อสตรีส่วนใหญ่เป็นปัญหาภายในครอบครัวระหว่างสามีภรรยาหรือคู่รัก ที่มีสาเหตุมาจากการนอกใจหรือหึงหวง ความเครียด การดื่มสุรา เสพยาเสพติด จนก่อให้เกิดการทะเลาะวิวาทเกิดขึ้น (Sukanya, 2018) โดยลักษณะของความรุนแรงส่วนใหญ่เป็นการถูกระทำทางร่างกาย เช่น ตบตี กักขังหน่วงเหนี่ยว รวมไปถึงการใช้อาวุธต่างๆ (Amornrat, 2011) ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นบุคคลภายนอกจะมองว่าไม่ควรเข้าไปเกี่ยวข้อง ทำให้ความรุนแรงยังคงมีให้เห็นอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งความรุนแรงที่เกิดขึ้นต่อสตรียังพบในรูปแบบการถูกทารุณกรรมทางกายหรือทางเพศจากบุคคลภายนอกครอบครัว (Susanha & Rangsiya, 2015) เช่น การข่มขืน ทะเลาะ ด่าทอ ข่มขู่จากเพื่อนร่วมงานหรือสถานศึกษา หรือแม้แต่จากคนแปลกหน้า รวมไปถึงจากมิชฌาชีพ

ภายหลังถูกระทำความรุนแรงจะเห็นได้ว่าเมื่อสตรีต้องเผชิญกับวิกฤตการณ์ที่เลวร้ายของชีวิต ไม่กล้าที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาโดยตรง เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ความกลัว อับอาย และการถูกตีกรอบทางความคิด ทำให้สตรีที่ถูกระทำความรุนแรงต้องการความช่วยเหลือทั้งด้านสังคม กฎหมาย (Somporn & Ingkata, 2017) รวมถึงยังต้องการที่พึ่งทางใจ สามารถช่วยเหลือรับฟังปัญหา สนับสนุนและเป็นที่กำลังใจ เป็นแรงผลักดันที่ทำให้เกิดความเชื่อมั่นและการเห็นคุณค่าในตนเอง (Warisara, Pennapha,

& Pracha, 2020) ซึ่งการฟื้นฟูสภาพจิตใจตามรูปแบบไทดอล (The Tidal Model) ของบาร์เกอร์ (Barker, 2001;2005) พบว่าการที่บุคคลจะสามารถปรับตัวให้เกิดสมดุลด้านจิตใจเมื่อเผชิญกับปัญหาและภาวะวิกฤตได้ต้องมียุทธศาสตร์ประกอบของการฟื้นฟูสภาพจิตใจ 3 ประการ คือ มิติตนเอง (The Self) เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์และความภาคภูมิใจในตนเอง มิติโลก (The World) เพื่อให้เกิดความเข้าใจและจัดการกับปัญหาอย่างเหมาะสม และมีมิติบุคคลอื่นๆ (The Others) เพื่อให้เกิดการประณามและตระหนักถึงการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ ช่วยให้เกิดสุขภาพจิตที่ดี 4 ด้าน คือ ความรู้สึกรับรู้เหตุการณ์ที่เหมาะสม มีความคิดที่ถูกต้อง และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง พบว่าเกิดปัญหาความรู้สึกลดลงคุณค่าในตนเองลดลง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ (Tatsanee, Yune, & Maneerat, 2010) ที่พบว่าวัยรุ่นที่เคยถูกกระทำความรุนแรงทางเพศมาก่อน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกลดลงคุณค่าในตนเองลดลง มีตรรกะ รับมือกับปัญหาไม่ได้ นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตาย อีกทั้งยังมีการศึกษาสตรีที่ได้รับการกระทำความรุนแรงทางกาย ทางจิตใจ หรือทางเพศขณะตั้งครรภ์จะมีความเครียดและภาวะซึมเศร้า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย และมีความรู้สึกลดลงคุณค่าในตนเองต่ำ (Nanthana, 2012) ทั้งนี้ยังพบการบำบัดในรูปแบบต่างๆ ที่ช่วยส่งเสริมความรู้สึกลดลงคุณค่าในตนเอง เช่น การทำกิจกรรมบำบัด (Wallapha, Papasorn, Ubonrat, & Pattama, 2015) สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Audjara, 2017) เป็นต้น เป็นแนวทางช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพจิตใจ ช่วยให้พิจารณาและเข้าใจปัญหา มีวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม มีคุณค่าในตนเองเพิ่มสูงขึ้น แม้ว่าในปัจจุบันจะมีหน่วยงานยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือมากขึ้น แต่เป็นเพียงด้านกฎหมาย ฝึกอบรม ให้ที่พักพิงชั่วคราว ส่วนการฟื้นฟูสภาพจิตใจจะได้รับการสนับสนุนที่จำกัดปัญหาทางจิตเวชแล้ว ทำให้ในรายที่ยังไม่เกิดปัญหาไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร และเมื่อเวลาผ่านไป หากยังคงมีความรู้สึกลดลงคุณค่าในตนเองต่ำ จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาโรคทางจิตเวชในที่สุด (Kasara, 2014) อีกทั้งยังไม่พบเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพจิตใจสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงเพื่อนำไปสู่ความรู้สึกลดลงคุณค่าในตนเอง ดังนั้นโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตใจตามรูปแบบไทดอลของบาร์เกอร์ จึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ช่วยให้สตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงรู้สึกลดลงคุณค่าในตนเองมากขึ้นตามองค์ประกอบของโรเซนเบิร์ก คือ รู้จักตนเองว่าเป็นคนอย่างไร มีลักษณะอย่างไร ได้จากการตอบสนองจากบุคคลอื่น รู้จักประเมินตนเองในทางบวก ให้ค่านิยมกับตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลมาจากค่านิยมทางสังคม โดยสังคมจะมีผลในการยอมรับหรือปฏิเสธ ซึ่งทำให้เกิดพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึกที่เหมาะสมของแต่ละบุคคล (Rosenberg, 1979) ส่งผลให้สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม เพื่อฟื้นคืนสู่สภาพเดิมได้อย่างรวดเร็ว

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชจึงมีความสนใจการเยียวยาฟื้นฟูสภาพจิตใจสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง โดยการศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตใจต่อความรู้สึกลดลงคุณค่าในตนเองของสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือทางจิตเวชสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง ช่วยเสริมสร้างความรู้สึกลดลงคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมให้สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ลดกระบวนการตอบสนองทางความคิดที่อาจส่งผลต่อปัญหาทางจิตซึ่งอาจพัฒนาไปเป็นโรคทางจิตเวชต่อไป ส่งผลให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างยั่งยืนและมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกลดลงคุณค่าในตนเองของสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสภาพจิตใจ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสภาพจิตใจและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานวิจัย

1. คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตใจ
2. คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ได้ใช้กรอบแนวคิดการฟื้นฟูสภาพจิตใจตามรูปแบบไทดอลของบาร์เกอร์ ร่วมกับแนวคิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมจากทฤษฎีฟื้นฟูสภาพจิตใจตามรูปแบบไทดอลของบาร์เกอร์ ซึ่งเป็นกระบวนการฟื้นฟูสภาพจิตใจที่ช่วยให้บุคคลที่ประสบปัญหาวิกฤตสามารถปรับตัว และเกิดสมดุลทางด้านจิตใจเมื่อถูกกระทำความรุนแรง ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ 1) มิติดนเอง เป็นการทำให้บุคคลเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ เกิดสุขภาพจิตที่ดีโดยการพัฒนาด้านความรู้สึกของตนเอง การรับรู้ ความคิด และการกระทำ เพื่อให้บุคคลเห็นคุณค่าในตนเอง มีความภาคภูมิใจในตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรม “ดีใจที่เราได้รู้จักกัน” และ “เธอและฉันมองกระจกไปพร้อมกัน” เพื่อเสริมสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี ทำให้เกิดการประเมินตนเอง ได้รู้ตัวตนเองเป็นคนอย่างไร เกิดความภาคภูมิใจในตนเองภายใต้วิกฤตที่เกิดขึ้น (Wallapha, Papasorn, Ubonrat, & Pattama, 2015) และกิจกรรม “พิชิตวิกฤตไปด้วยกัน” เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจความหมายองค์ประกอบของภาวะวิกฤตทางจิตใจ และสามารถประเมินเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบันได้ (Pisan, 2018) 2) มิติโลก เป็นการทำให้เกิดความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหา และจัดการกับปัญหาที่ประสบได้อย่างเหมาะสม โดยใช้กิจกรรม “เป้าหมายมีไว้พุ่งชน” เพื่อให้มีการวางแผน ตั้งเป้าหมาย หาทางออกให้กับปัญหาที่เกิดขึ้น นำความสามารถที่มีอยู่ในการกำหนดเป้าหมายและหน้าที่ของตนเองได้ โดยใช้กิจกรรม “เส้นชัยข้างหน้า...ฝ่าฝันให้ถึง” เพื่อให้เกิดการทบทวนประสบการณ์ของตนเองถึงวิธีการจัดการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ แลกเปลี่ยนวิธีและกระบวนการจัดการอุปสรรคปัญหาเพื่อบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ 3) มิติบุคคลอื่นๆ เป็นการประเมินและความตระหนักถึงการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอเมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตทางจิตใจ ผลักดันความสามารถในการเผชิญปัญหา (Emel & Mahire, 2020) โดยใช้กิจกรรม “พลังสนับสนุนอุ่นใจ” เพื่อทบทวนเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนที่ผ่านมา เรียนรู้พลังการฟื้นฟูสภาพจิตใจ และองค์ประกอบของการฟื้นฟูสภาพจิตใจ โดยผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการเกิดและองค์ประกอบของการฟื้นฟูสภาพจิตใจ เน้นถึงแหล่งสนับสนุนที่ดีและเพียงพอ ช่วยเหลือให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤต ส่งผลให้ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างยั่งยืน

ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพจิตใจตามรูปแบบไทดอล จึงเป็นการส่งเสริมให้สตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงเกิดการพัฒนาความสามารถจัดการกับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นในชีวิต ปรับตัวได้เหมาะสม และเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างรวดเร็วภายหลังเผชิญเหตุการณ์วิกฤต เกิดทัศนคติทางบวกต่อตนเอง มีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น มีกำลังใจ มีความพยายามในการแก้ปัญหาเพื่อก้าวผ่านปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นในชีวิต ไม่เกิดเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตต่อไป โดยผู้วิจัยได้สร้าง

โปรแกรมฟื้นฟูสภาพจิตใจเพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองขึ้น ดังแสดงรายละเอียดในภาพประกอบดังต่อไปนี้

โปรแกรมฟื้นฟูสภาพจิตใจ ตามรูปแบบไทดอล (The Tidal Model) ของบาร์เกอร์ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง

1. **มิติตนเอง** ทำให้บุคคลเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ช่วยให้เกิดสุขภาพจิตที่ดีโดยการพัฒนาด้านความรู้สึกของตนเอง ด้านการรับรู้ด้านความคิด และด้านการกระทำ
 2. **มิติโลก** ทำให้เกิดความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง สามารถจัดการกับปัญหาที่ประสบได้อย่างเหมาะสม
 3. **มิติบุคคลอื่นๆ** ทำให้เกิดการประเมินและตระหนักถึงการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอเมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤต
- กิจกรรมที่ 1 ตีใจที่เราได้รู้จักกัน
กิจกรรมที่ 2 เธอและฉันมองกระจกไปพร้อมกัน
กิจกรรมที่ 3 พิชิตวิกฤตไปด้วยกัน
กิจกรรมที่ 4 พลังสนับสนุนอุ่นใจ
กิจกรรมที่ 5 เป้าหมายมีไว้พุ่งชน
กิจกรรมที่ 6 เส้นชัยข้างหน้า...ฝ่าฟันให้ถึง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
ตามแนวคิดของโรเซนเบิร์ก
(Rosenberg, 1979)

- 4 ประการ ประกอบด้วย
1. การสะท้อนกลับจากบุคคล (Reflected Appraisal)
 2. การเปรียบเทียบทางสังคม (Social Comparison)
 3. คุณสมบัติของบุคคล (Self-Attribution)
 4. ศูนย์กลางจิตใจ

ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตใจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ โดยศึกษาในสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงที่มีอายุ 20-59 ปี กำลังเข้ารับความช่วยเหลือที่สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีในพระอุปถัมภ์พระเจ้าวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าโสมสวลี กรมหมื่นสุทธนารีนาถ กรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงอายุ 20-59 ปี ที่เข้ารับความช่วยเหลือ ณ สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีฯ ข้อมูล ณ เดือนมกราคม ถึงเมษายน พ.ศ. 2566 จำนวน 80 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง อายุ 20-59 ปี ซึ่งเป็นสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงทางกาย จิตใจ หรือทางเพศ จำนวน 60 คน โดยใช้วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้เข้ารับความช่วยเหลือที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ทำการจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันของอายุ จนครบ 30 คู่ จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่ายเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) คำนวณขนาดอิทธิพล (Effect Size) โดยใช้โปรแกรมคำนวณ Effect Size (G^* Power) (Cohen, 1988) ในงานวิจัยที่ผ่านมาของ Emel & Mahire (2020) ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.86 แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างบริบทต่างกัน ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ .80 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ .05 และอำนาจการ

ทดสอบ (Power) เท่ากับ .8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน รวมทั้งหมด 52 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย ทำให้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี 2) เข้ารับการช่วยเหลือตามเกณฑ์ของสมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีฯ เนื่องจากถูกระงับความรุนแรงทางร่างกาย จิตใจ หรือทางเพศ ตามเกณฑ์ของสมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีและเข้ารับการช่วยเหลือโดยอยู่ในระยะภายหลังเกิดเหตุการณ์อย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป 3) ไม่มีอาการทางจิตและโรคจิตเวชจากการประเมินแรกรับเข้าอยู่สมาคมฯ ด้วยแบบประเมินซีเอ็มเคร้า (9Q) และฆ่าตัวตาย (8Q) 4) มีคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางจากการประเมินด้วยแบบประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก 5) สามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 6) ไม่ได้รับการบำบัดทางจิตสังคมรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งมาก่อน ยกเว้นได้รับการดูแลตามปกติ

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 4 สัปดาห์ 2) มีอาการผิดปกติทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่เป็นอุปสรรคระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมฟื้นฟูสภาพทางจิตที่ผู้วิจัยได้สร้างจากกรอบแนวคิดการฟื้นฟูสภาพจิตใจจากแนวคิดตามรูปแบบไทคอลของบาร์เกอร์ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิกฤตทางจิตใจ และแนวคิดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์กมาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตใจ โดยกำหนดกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องกัน ประกอบด้วย 6 กิจกรรม กิจกรรมที่ 1 “จิตใจที่เราได้รู้จักกัน” เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกรู้จักตนเอง และพัฒนาทักษะทางสังคมที่สำคัญในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผ่านการวาดภาพและแนะนำตนเอง กิจกรรมที่ 2 “เธอและฉันมองกระจกไปพร้อมกัน” เป็นกิจกรรมเพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้จุดเด่นหรือข้อดีของตนเอง และเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม โดยการเขียนผ่านใบงาน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น นำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กิจกรรมที่ 3 “พิชิตวิกฤตไปด้วยกัน” เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจความหมายและองค์ประกอบภาวะวิกฤตทางจิตใจ ผ่านเกมส์เดินไปถึงจุดหมาย โดยมีอุปสรรคต่างๆเปรียบเสมือนภาวะวิกฤตที่ต้องเผชิญ รวมไปถึงแหล่งสนับสนุนที่ช่วยให้ผ่านไปถึงเส้นชัยง่ายขึ้น กิจกรรมที่ 4 “พลังสนับสนุนอุ่นใจ” ให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจองค์ประกอบการฟื้นฟูสภาพจิตใจและความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้ระลึกถึงแหล่งสนับสนุนทั้งในอดีตและปัจจุบันเมื่อต้องเผชิญกับวิกฤตในชีวิต กิจกรรมที่ 5 “เป้าหมายมีไว้พุ่งชน” ให้สมาชิกมีการวางแผนเป้าหมายในการหาทางออกที่ตรงกับรบบถึงหน้าที่ของตนเองเพื่อบรรลุถึงเป้าหมายที่วางไว้หลังเผชิญภาวะวิกฤต กิจกรรมที่ 6 “เส้นชัยข้างหน้า...ฝ่าฟันให้ถึง” เป็นกิจกรรมที่เน้นให้เกิดการทบทวนตนเองถึงวิธีการจัดการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้โดยเขียนลงใบงาน และพูดคุยแลกเปลี่ยนวิธีการจัดการเพื่อบรรลุเป้าหมายภายใต้ภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นในชีวิต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ศาสนาระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส จำนวนบุตร อาชีพ รายได้ครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ โดยรูปแบบของข้อความ เป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก ประกอบด้วยข้อความจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อความที่มีความหมายทางบวก 5 ข้อ ทางลบ 5 ข้อ โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตรา

ส่วนประมาณ 4 ระดับ ทั้งนี้การแปลผลระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง คือคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.99 หมายถึง ระดับต่ำ, คะแนนเฉลี่ย 2.00-2.99 หมายถึง ระดับปานกลาง และ 3.00-4.00 หมายถึง ระดับสูง (Audjara, 2017)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตใจ และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล นำมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสูตินรีเวช, อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการในการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ที่มีประสบการณ์การดูแลสุขภาพจิตสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเหมาะสม ความถูกต้องของเนื้อหา ภาษา และลักษณะรูปแบบของโปรแกรม ซึ่งพบว่าได้ค่าความตรงของเนื้อหา (Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 1.0 จากนั้นผู้วิจัยนำข้อคิดเห็นมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม และนำไปศึกษานำร่อง ณ สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีฯ โดยคัดเลือกสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ในการดำเนินโปรแกรมจำนวน 5 คน และทดลองเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ .81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยฯ ทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการสมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีฯ เพื่อขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลการวิจัย
2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดตามใบพิกัดสิทธิ์ ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัยและทำแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก่อนเริ่มทำการโปรแกรม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ-ปานกลางเข้าร่วมวิจัย จากนั้นนัดหมายเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบของโปรแกรมจำนวน 4 ครั้ง และทำแบบประเมินหลังการทดลองทันทีเมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติไคสแควร์
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีสัมพัทธ์ และการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีอิสระ โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติคือ ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ความแปรปรวนของข้อมูลจะต้องไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จริยธรรมวิจัย

วิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม ศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตามรหัสเอกสารรับรอง PSU IRB 2022-S-Nur-034 (Internal) วันที่รับรอง 30 พ.ย. 2565 ก่อนการลงนามเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์กระบวนการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับ โดยข้อมูลที่ได้อาจเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ไม่ว่ากรณีใดๆ ในทุกขั้นตอนของการวิจัย ผู้วิจัยประเมินความเสี่ยงและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง

ระหว่างเข้าร่วมการทำวิจัย หากเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจจนเกินความสามารถในการช่วยเหลือของผู้วิจัย จะมีการส่งต่ออย่างส่วนการพยาบาลเพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุ 20 ถึง 33 ปี (ร้อยละ 63.33) โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 33 ปี (SD.=9.38) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 63.33) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 90.00) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 66.67) มีจำนวนบุตร 2 ถึง 3 คน โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 2 คน (SD.=1.30) ประกอบอาชีพอื่นๆ (ร้อยละ 63.33) มีรายได้ต่อเดือน 0 ถึง 5,000 บาท (ร้อยละ 53.33) โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 6,220 บาท (SD.=6,673.95) ซึ่งส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิต (ร้อยละ 80.00)

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุ 20 ถึง 33 ปี (ร้อยละ 60.00) โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 34 ปี (SD.=10.15) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 40.00) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 93.33) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 43.33) มีจำนวนบุตร 4 ถึง 5 คน โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 2 คน (SD.=1.04) ประกอบอาชีพอื่นๆ (ร้อยละ 66.67) มีรายได้ต่อเดือน 0 ถึง 5,000 บาท (ร้อยละ 53.33) โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 6,390 บาท (SD.=5,272.99) ซึ่งส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิต (ร้อยละ 53.33)

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของสตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรง ภายในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า

สตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรงมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตใจ ($M=31.83$, $SD.=2.37$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($M=23.83$, $SD.=3.13$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-17.69$, $p<.001$) ส่วนสตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรงในกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตใจ ($M=23.70$, $SD.=3.18$) ไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูจิตใจ ($M=23.90$, $SD.=3.59$) ($t=.52$, $p=.607$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของสตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตใจโดยใช้สถิติแบบสัมพัทธ์ (Paired t-test) ($n=60$)

คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	ก่อนทดลอง ($n=30$)		หลังทดลอง ($n=30$)		t	p - value
	M	SD.	M	SD.		
กลุ่มทดลอง	23.83	3.13	31.83	2.37	-17.69	<.001
กลุ่มควบคุม	23.90	3.59	23.70	3.18	.52	.607

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 พบว่า สตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรงมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตใจ ($M=31.83$, $SD.=2.37$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($M=23.70$, $SD.=3.18$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=10.84$, $p<.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของสตรีที่ถูกกระทำ
ความรุนแรงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ
จิตใจโดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) (n=60)

คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t	p - value
	M	SD.	M	SD.		
ก่อนทดลอง	23.83	3.13	23.90	3.59	-.074	.942
หลังทดลอง	31.83	2.37	23.70	3.18	10.84	<.001

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน จากการเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะคุณสมบัติไม่แตกต่างกันในทุกด้าน โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 33-34 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่เกิดการปรับตัวตามบทบาททางเพศของตนตามความคาดหวังสังคม โดยในวัยผู้ใหญ่ที่มีความทนต่อความเครียดต่ำ หากไม่สามารถปรับตัวได้ อาจเสี่ยงต่อการเกิดเป็นปัญหาสุขภาพจิตในที่สุด (Kasara, 2014) ในส่วนของการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Bossakornrata, Trakul, & Pisamai (2018) ที่พบว่าสภาพปัญหาเกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงต่อสตรีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เกิดจากสภาพเศรษฐกิจ ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้ต่ำ หรือไม่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิต มีผลทำให้เกิดความเครียด นำไปสู่การใช้ความรุนแรงได้

จากเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตใจ พบว่าสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตใจกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่าสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตใจมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตใจที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมีผลทำให้สตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ดีขึ้น อธิบายได้ดังนี้

การประยุกต์โปรแกรมตามแนวคิดการฟื้นฟูสภาพจิตใจตามรูปแบบไทดอลของบาร์เกอร์ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อส่งเสริมให้สตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงได้เกิดการพัฒนาความสามารถในการจัดการกับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นในชีวิต ทำให้สตรีเหล่านี้สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างรวดเร็วภายหลังเผชิญเหตุการณ์วิกฤต ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น เนื่องจากแนวคิดการฟื้นฟูสภาพจิตใจของไทดอลของบาร์เกอร์ได้กล่าวถึงการที่บุคคลจะปรับตัวเข้าสู่สมดุลด้านจิตใจเมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตและกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ต้องมียุทธศาสตร์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ คือ มิติดนเอง มิติโลก และมิติบุคคลอื่นๆ ร่วมกับการเกิดสุขภาพจิตที่ดี 4 ประการ ได้แก่ ความรู้สึกของตนเอง การรับรู้ ความคิด และการกระทำ สามารถช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสะท้อนกลับจากบุคคล การเปรียบเทียบทางสังคม คุณสมบัติของบุคคล และศูนย์กลางจิตใจ นำไปสู่การช่วยฟื้นฟูสภาพจิตใจสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงในการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่ให้สามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้ในเวลาอันรวดเร็วและเหมาะสม (Barker, 2001;2005) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ที่ให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง

เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Audjara, 2017) ดังนั้นการประยุกต์ใช้แนวคิดการฟื้นฟูสภาพจิตใจตามรูปแบบไทดอล (The Tidal Model) ของบาร์เกอร์ (Barker, 2001;2005) จึงเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงสามารถพัฒนาตนเอง ปรับตัวและปรับสมดุลทางด้านจิตใจได้ ทำให้มีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้นดังจะเห็นได้จากคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รูปแบบและวิธีการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กำหนดกิจกรรม 4 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องกัน โดยการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งมีการจัดกลุ่มสมาชิกจำนวน 5-7 คน จำนวน 5 กลุ่ม ดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีการศึกษาโปรแกรมเกี่ยวกับการช่วยเหลือจัดการวิกฤตทางจิตใจเพื่อให้เกิดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งพบว่ามีจำนวนครั้งในการดำเนินโปรแกรมตั้งแต่ 3-10 ครั้ง ในระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรมตั้งแต่ 1 วัน และ 3-4 สัปดาห์ ดังนั้นจำนวนครั้งและระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมจึงมีความเหมาะสมในการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงตามวัตถุประสงค์ในแต่ละกิจกรรม ซึ่งสตรีเหล่านี้อยู่ในวัยผู้ใหญ่ สามารถอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่มเพื่อดำเนินกิจกรรมร่วมกันได้ มีความคิดเป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนในกลุ่มได้ดี จึงเป็นการช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในสังคม และสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งในการดำเนินโปรแกรมแต่ละครั้งได้เห็นถึงพัฒนาการของสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงไปในทิศทางบวกมากขึ้น โดยประเมินจากใบงาน การสะท้อนคิดในแต่ละกิจกรรม พบว่าสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงสามารถประเมินตนเอง เข้าใจปัญหา คิดวิเคราะห์ในการวางแผนหาแนวทางในการจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม เพื่อการปรับตัวต่อสถานการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

จากการที่กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตใจซึ่งเป็นรูปแบบของการเสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เสริมสร้างความสามารถในการฟื้นฟูสภาพจิตใจและการเรียนรู้ที่จะปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้อย่างเข้มแข็ง ส่งเสริมให้เกิดการแก้ปัญหาตามความสามารถของตนเอง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Emel & Mahire, 2020) ซึ่งสามารถส่งเสริมให้สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงมีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ จากประสิทธิภาพของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตใจ (Barker, 2001;2005) ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ส่งผลต่อความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งครอบคลุมการพัฒนาความรู้ ความสามารถ คิดวิเคราะห์ในการหาทางออกที่ดีและเหมาะสมที่สุด จัดการวางแผนตั้งเป้าหมาย จัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้เกิดความสมดุลทางจิตใจดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Savasan (2017) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมทางการพยาบาลตามแนวคิดไทดอล โมเดลต่อการเผชิญปัญหาและความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยพึ่งพาแอลกอฮอล์ ที่พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การพยาบาลตามแนวคิดไทดอลโมเดลมีระดับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสามารถในการเผชิญปัญหาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้การฝึกบันทึกอย่างต่อเนื่องจากการใช้สมุดบันทึกพลังใจ ยังทำให้เกิดทักษะในการทบทวนตนเอง มองตนเองในทางที่ดี ทำให้มีกำลังใจในการวางแผนอนาคตและดำเนินชีวิต ก้าวข้ามปัญหาไปตามแผนที่วางไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pisan (2018) ที่พบว่าการบันทึกความดีของตนเองที่ก่อให้เกิดความสุข ภาควิชาใจในตนเอง เกิดการวางแผนการดำเนินชีวิต ส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งทางจิตใจที่จะก้าวผ่านวิกฤตในชีวิตไปได้ ส่วนในด้านระยะเวลาที่เหมาะสมด้วยเหตุผล

ดังกล่าว จึงทำให้สตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงที่ได้รับโปรแกรมมีความรู้ และความมั่นใจในการฟื้นฟูสภาพจิตใจ จึงมีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

โดยสรุปแล้วจะเห็นได้ว่า โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตใจสามารถส่งเสริมความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยมุ่งเน้นการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจการฟื้นฟูสภาพจิตใจในการจัดการกับปัญหาและวิกฤตทางจิตใจ โดยการประเมินความสามารถของตนเอง เข้าใจตนเอง รวมถึงการตระหนักถึงแหล่งสนับสนุนเมื่อมีอุปสรรคในชีวิต ช่วยให้ผู้ถูกกระทำความรุนแรงสามารถปรับตัวและเผชิญกับภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ จนสามารถกลับฟื้นคืนสู่สภาพเดิมได้อย่างรวดเร็ว ภายหลังเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิต ซึ่งส่งผลให้ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น เกิดกำลังใจที่จะฝ่าฟันกับอุปสรรคเพื่อบรรลุเป้าหมายที่วางแผนไว้ สร้างให้เกิดแนวทางในการหาวิธีในการจัดการกับปัญหาที่ประสบมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และบรรลุเป้าหมายชีวิตที่วางไว้อย่างยั่งยืน เกิดการใช้ทักษะการใช้ชีวิตในสังคมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ควรมีการเผยแพร่ เพื่อให้พยาบาลจิตเวชสามารถนำโปรแกรมที่ผู้วิจัยออกแบบไปปรับใช้ในการบำบัดหรือให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วย หรือผู้รับบริการที่มีภาวะวิกฤตทางจิตใจและต้องการความช่วยเหลือ ส่งเสริมสุขภาพจิตและเพิ่มความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง และเป็นแนวทางในการช่วยจัดการภาวะวิกฤตสุขภาพจิตให้กับสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง โดยศึกษาเป็นระยะเวลา 2 เดือนหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และจากผลการศึกษาครั้งนี้ควรมีการทำการศึกษาวิจัยและพัฒนาความสามารถของพยาบาลในการจัดการกับภาวะวิกฤตสุขภาพจิต เป็นแนวทางในการศึกษาตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ความเครียด ความเข้มแข็งทางใจ ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น รวมถึงเป็นแนวทางในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและจัดกิจกรรมได้เหมาะสมตามบริบทของสังคมไทยต่อไป

Reference

- Amornrat, S. (2011). Nursing Care of Women who have Experienced Intimate Partner Violence. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division*, 29(2), 5-13
- Anderberg, D. (2016). Unemployment and domestic violence: Theory and evidence. *The Economic Journal*, 126(597), 1947-1979.
- Association for the Promotion of the Status of Women. (2021). *Annual report 2022*. Bangkok: Association for the Promotion of the Status of Women. (in Thai)

- Audjara, T. (2017). *The Effects of Therapeutic Relationship Program on Self Esteem Among Girls in Exposure to Violence in the Central Region Reception Home for Girls*, A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science in Psychiatric Nursing and Mental Health Faculty of Nursing, Thammasat University. (in Thai)
- Barker, P. (2001). The Tidal Model: developing and empowering, person-centered approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 233-240. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00391.x>
- Barker, P. (2005). *The Tidal model: A guide for mental health professionals*. New York: Taylor & Francis book.
- Bossakornrata, H., Trakul, C., & Pisamai, J. (2018). Management Process For The Protection Of The Rights And Prevention Of Violence Against Children And Women In Bangkok And Vicinity. *Journal of MCU Social Science Review*, 7(3), 193-205.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Department of Woman's Affairs and Family Development. (2018). Annual report statistics of Department of Woman's Affairs and Family Development 2019. *Ministry of Social Development and Human Security*, 1(2), 18. (in Thai)
- Dominguez, R.Z., Nelke, C. F., & Perry, B. D. (2001). *Sexual abuse of children its psychosomatic consequences*. Barring, MA: Berkshire Publishing Group Great.
- Emel, T., & Mahire, C. (2020). The Effect of Tidal Model-Based Psychiatric Nursing Approach on the Resilience of Women Survivors of Violence. *Issues in Mental Health Nursing*. 3-4. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1672222>
- Kasara, S. (2014). Factors Predicting Sexual Assertiveness in Young Adult Women. *Journal of Public Health Nursing*, 28(2), 65-80.
- Kingkarn, K., Wannee, D., & Chintana, W. (2016). Effect of an Empowerment Intervention on Abused Pregnant Women: A Randomized Controlled Trial. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 26(1), 27-39.
- Ministry of Social Development and Human Security. (2018). *Statistics Hotline1300*. Retrieved October 20, from http://moc.m-society.go.th/?wpfb_dl=4372
- Naruemon, M., Monthira, C., & Patcharapor, S. (2018). Enhancement of Resilience a Adolescents to Family Violence Through Group Counseling. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 11(3), 787-880.

- Pisan, M. (2018). *The Effect of Mental Health Rehabilitation Program on Resilience of Orphans from the Unrest Situation in Southern Thailand*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science in Psychiatric and Mental Health Nursing, Prince of Songkhla University. (in Thai)
- Rathavich, A., & Paphatsorn, W. (2020). The Resolution Of Domestic Violence In Thailand. *Journal of social science and buddhistic anthropology*, 5(4), 321-355.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Savasan, A., & Cam, O. (2017). The Effect of the Psychiatric Nursing Approach Based on the Tidal Model on Coping and Self-esteem in People with Alcohol Dependency: A Randomized Trial. *Archives of psychiatric nursing*, 31, 274-281.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.01.002>
- Somporn, R., & Ingkata, K. (2017). Feminist therapy. *Journal of Nursing Science & Health*, 40(2), 107-118.
- Sukanya, S. (2018). The Problem of Family Violence in Thai Society. *Journal of MCU Peace Studies Special Issue*, 6, 600-609.
- Susanha, Y., & Rangsiya, N. (2015). Sexual Risk Behaviors and Family Violence among Akha Women. *Nursing Journal.*, 42(2), 146-155.
- Tatsanee, K., Yune P., & Maneerat P. (2010). Experience in Sexual Abuse Among Female Adolescents. *Journal of Nursing and Education*, 3(2), 57-72.
- Umamon P. (2015). Domestic violence and Psychiatric effects. Retrieved October 18, from <http://www.familynetwork.or.th/node/15717>
- Vienna. (2022). Global Study On Homicide Gender-related killing of women and girls. *UNODC Research*, 3-62.
- Wallapha, I., Papasorn, R., Ubonrat, S., & Pattama, W. (2015). The Effect of Activity Therapy on Stress in Women Abused. *Journal of The Police Nurse*, 7(1), 143-152.
- Warisara, C., Pennapha, K., & Pracha, I. (2020). Enhancing emotional adjustment of family abused women through individual counseling on rational emotive behavior theory. *Journal of Educational Measurement*, 37(101), 127-135. (in Thai)

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้ป่วยต่อกระจกหลังทำการผ่าตัด ใส่เลนส์แก้วตาเทียม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

เสาวลี จันทรวิน¹, บุญประจักษ์ จันทรวิน^{2*}

¹โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้ป่วยต่อกระจก และ 2) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้ป่วยต่อกระจกหลังทำการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยต่อกระจกหลังทำการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม จำนวน 140 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้ป่วยต่อกระจกหลังทำการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม ตรวจสอบเครื่องมือด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ระหว่าง .80-1.0 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=4.21, SD=.34) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร รองลงมาคือ การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้โอกาสเสี่ยง แรงจูงใจ การรับรู้ความรุนแรงซึ่งอยู่ในระดับมาก สำหรับการรับรู้ต่ออุปสรรค มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยต่อกระจกหลังอยู่ในระดับสูง (Mean=4.54, SD=.47) เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้ต่ออุปสรรคของการดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค และระดับการศึกษา (มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.) สามารถร่วมกันทำนายได้ ร้อยละ 31.3 ($R^2=0.313$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

พยาบาลวิชาชีพควรสร้างโปรแกรมที่ให้ผู้ป่วยต่อกระจกได้รับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง รวมถึงการรับรู้ด้านอื่นไปพร้อม ๆ กัน

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตัวเอง, ผู้ป่วยต่อกระจก, การผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: boonprajuk2518@gmail.com)

วันที่รับ 21 พ.ย. 2567, วันที่แก้ไขเสร็จ 4 ธ.ค. 2567, วันที่ตอบรับ 10 ธ.ค. 2567

The Predicting Factor of Self Care Behavior in Cataract Patient Post Phacoemulsification in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Saovalee Junwin¹, Boonprajuk Junwin^{2*}

¹Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

²Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

ABSTRACT

The purpose of this predictive relationship research is to study: 1) health beliefs and self-care behaviors of cataract patients, and 2) factors that predict self-care behaviors of cataract patients after undergoing intraocular lens implantation at Maharaj Nakorn Srithammarat Hospital. The study population consisted of cataract patients who had undergone intraocular lens implantation. The sample size was calculated to be 140 people using systematic random sampling. The research instrument used was a questionnaire, which was validated by 5 experts. The Item Objective Congruence (IOC) values ranged from 0.8 to 1.00, and the reliability coefficient was 0.80. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise regression analysis.

The research findings revealed that health beliefs were generally at a high level. (Mean=4.21, SD=.34) The highest average scores were found in the areas of receiving information, followed by perceived benefits, perceived risks, motivation, and perceived severity, all of which were at a high level. (Mean=4.54, SD=.47) On the other hand, the perception of barriers had the lowest average, falling in the moderate range. Regarding self-care behaviors of cataract patients, these were found to be at a high level. When analyzing the predictive factors, it was found that the perceived benefits of self-care, perception of barriers to self-care, perception of disease risk, and level of education (high school/vocational education) together predicted 31.3% ($R^2 = 0.313$) of the variance in self-care behaviors, with statistical significance ($p\text{-value} < 0.05$).

Therefore, nurses in the wards related to cataract surgery should develop programs that help cataract patients understand the benefits of self-care, along with increasing awareness in other relevant areas simultaneously.

Keywords: Self Care Behavior, Cataract Patient, Phacoemulsification

*Corresponding e-mail: boonprajuk2518@gmail.com

Received: November 21, 2024; Revised: December 4, 2024; Accepted: December 10, 2024

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดวิสัยทัศน์ทางจักษุวิทยา Vision 2020 The Right to Sight ไว้ว่า ในปี ค.ศ. 2020 ทุกคนควรมีสิทธิ์เข้าถึงบริการทางจักษุวิทยา เพื่อให้สามารถมองเห็นได้และไม่ควรตาบอดจากโรคที่สามารถป้องกันได้ (World Health Organization, 2020) ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยภาวะโรคตาสามารถป้องกันหรือรักษาให้หายได้ โรคทางตาที่พบมากที่สุด คือ โรคต้อกระจก ปัจจุบันการรักษาต้อกระจกยังไม่มีวิธีอื่นยืนยันว่าได้ผลดี นอกจากการทำผ่าตัดและใส่เลนส์แก้วตาเทียม (Keelalay & Prasomruk, 2017) ซึ่งการผ่าตัดต้อกระจก คือ การเอาเลนส์แก้วตาที่ขุ่นออกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม เข้าแทนที่ได้ผลดีถึงร้อยละ 99.45 (Costa, Maltez, Mota, & Principe, 2021) ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่ามีประชากรที่ตาบอดทั่วโลกประมาณ 37 ล้านคน และคาดการณ์ว่าโรคต้อกระจกจะเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะตาบอด ร้อยละ 47.8 ของคนที่ตาบอด ในจำนวนนี้พบว่า ร้อยละ 80 ของคนที่ตาบอดจะพบในประเทศที่กำลังพัฒนา สาเหตุของการเป็นต้อกระจกเกิดจากเลนส์แก้วตาเสื่อมตามอายุ โรคต้อกระจกจึงเป็นปัญหาสุขภาพและปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจากทำให้เกิดตาบอดได้

สถานการณ์ของโรคต้อกระจกในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุในปี 2565 เท่ากับ 122,504 ดวงตา จำนวน 110,245 คน โดยจำนวนดวงตาได้เพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ยการผ่าตัดต้อกระจกย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2564 ที่ 118,366 ดวงตา ทั้งนี้ยังคงมีนโยบายเน้นการผ่าตัดต้อกระจกในกลุ่มผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอดและผู้ป่วยที่มีระดับสายตาลีอนรางวัลระดับรุนแรงก่อน โดยพบว่า ร้อยละของการผ่าตัดกลุ่มผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอดและผู้ป่วยที่มีระดับสายตาลีอนรางวัลระดับรุนแรงเทียบกับการผ่าตัดต้อกระจกทั้งหมดเท่ากับ ร้อยละ 77.97 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 76.52 ในปี พ.ศ. 2564 ส่วนในปี พ.ศ. 2565 บริการผ่าตัดต้อกระจกส่วนใหญ่เป็นบริการที่เกิดขึ้นในหน่วยบริการภาครัฐถึงร้อยละ 96.34 ภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 85.69 แสดงให้เห็นว่าหน่วยบริการภาครัฐมีศักยภาพในการให้บริการการผ่าตัดต้อกระจกเพิ่มขึ้น (National Health Security Office Ministry of Public Health, 2022) ฉะนั้นหากผู้ป่วยจะมีอาการตามัวมองไม่เห็นปวดตามาก ตาแดง น้ำตาไหล เคืองตา สู้แสงไม่ได้ซึ่งเป็นภาวะที่อาจนำไปสู่การสูญเสียการมองเห็นจนทำให้ตาบอดได้ ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้าและทำให้ผู้ป่วยต้องเสียเวลากลับเข้ามารับการรักษาต่อจะทำให้เป็นภาระของครอบครัว

ความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman (1975) เป็นทฤษฎีทางจิตสังคมที่นำมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล เน้นที่แรงจูงใจทางด้านสุขภาพของบุคคล โดยเพิ่มองค์ประกอบร่วม (Modifying and Enabling Factor) ซึ่งรวมตัวแปรทางด้านประชากรและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Due to Action) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการทำนายพฤติกรรม (Predictability of Health Behavior) ได้ดีขึ้น ประกอบไปด้วย 6 ปัจจัย ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived Benefits) 4) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Barriers) 5) แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) และ 6) ปัจจัยต่าง ๆ (Modifying Factors) ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

สถานการณ์การผ่าตัดต้อกระจกของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ตั้งแต่ปี 2564-2566 พบว่า มีจำนวน 1,766, 1,669 และ 2,194 ราย (Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital, 2024) ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยจะต้องมารักษาซ้ำ เนื่องจากมีการมีการปวดตามาก ตาแดง น้ำตาไหล และเคืองตา จำนวน 4, 2 และ 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.23, 0.12 และ 0.27 (Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital, 2024) ซึ่งจากการสังเกตและสอบถามของพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยและญาติบางรายยังมีพฤติกรรมการดูแล

ตนเองหลังผ่าตัดไม่ถูกต้อง ส่งผลให้ต้องกลับมารักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และการรักษา รวมทั้งมีความรู้สึกกังวล ทั้งนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่น การเช็ดตาไม่ถูกต้อง เปิดตาเองก่อนวันนัด มีการล้างหน้าก่อนวันที่กำหนด บางรายมีการสูบบุหรี่ก่อนถึงวันผ่าตัด พฤติกรรมเหล่านี้จึงอาจจะเป็นสาเหตุในการกลับมารักษาซ้ำและภาวะตาบอดของผู้ป่วยก็เป็นได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลและความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้ป่วยต่อกระจกหลังทำการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม อาทิการศึกษาของ Aekapod & Sutjarak (2018) ที่พบว่า เพศ อายุ อาชีพ และความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การศึกษาของ Yotkumlue (2023) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเอง สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ส่วน Lapattanan, Pooue, & Kosing (2023) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพด้านความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม และการได้รับข้อมูลข่าวสารสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ ฉะนั้น ผู้วิจัยจึงเชื่อว่า หากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่เลนส์ตาเทียมมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง มีความใส่ใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงที่จะในการกลับมารักษาซ้ำที่อาจจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะตาบอดตามมา การผ่าตัดนำเลนส์แก้วตาที่ขุ่นออกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าแทนที่ การรักษาจะประสบผลสำเร็จถ้าผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านถูกต้อง แต่ถ้าผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ความดันลูกตาสูง เลือดออกในช่องหน้าม่านตา ที่สำคัญ คือ การติดเชื้อในลูกตา ซึ่งอุบัติการณ์การเกิดการติดเชื้อในลูกตาอาจเกิดได้ร้อยละ 0.07-0.125 ภายใน 6 สัปดาห์ หลังการผ่าตัดและส่วนมากจะเกิดภายใน 3-4 วันหลังการผ่าตัด (Seangking & Tansao, 2019) ผู้วิจัยจึงนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman (1975) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยในครั้งนี้ และเพื่อนำข้อมูลที่ได้นำไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้ป่วยต่อกระจกหลังทำการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และปัจจัยที่ได้จะทำให้พยาบาลมีแนวทางป้องกันเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมและถูกต้องมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

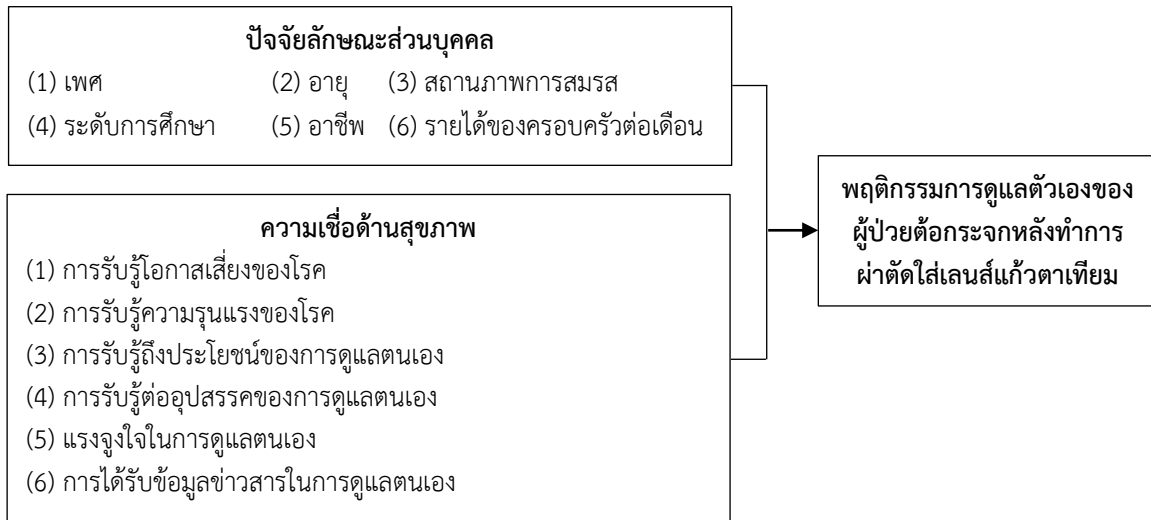
1. เพื่อศึกษาระดับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยต่อกระจกหลังทำการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้ป่วยต่อกระจกหลังทำการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้ป่วยต่อกระจกหลังทำการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

สมมุติฐานวิจัย

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล และความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้ป่วยต่อกระจกหลังทำการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกเอาปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล และความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman (1975) มาศึกษาอำนาจการทำนายพฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้ป่วยต่อกระจกหลังทำการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlation Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยต่อกระจกหลังทำการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ที่มารับบริการช่วงเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก F-test, Statistical test เลือก Linear Multiple Regression: Fix Model, R2 Deviation from Zero กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) เท่ากับ 0.15 (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ .05 และค่า Power เท่ากับ .80 ตัวแปรอิสระ (Number of Predictors) 12 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่าง 127 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จำนวน 13 คน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 140 คน

การสุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างเป็นระบบ (Systematic Sampling) ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำฉลากเลขโดดจากผู้ป่วยต่อกระจกที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คือ เลข 1 และ 2 ทำการหยิบลากเพื่อหากลุ่มตัวอย่างลำดับแรกของแต่ละวัน
2. จากนั้นผู้วิจัยนับระยะห่างจากกลุ่มตัวอย่างรายแรกตามเลขโดดที่จับฉลากได้ นับวนไปจนได้ครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 140 คน

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยต่อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม ณ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
2. สามารถสื่อสาร อ่านหนังสือออก และเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยต่อกระจกมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะให้ข้อมูล
2. ผู้ป่วยมีคุณลักษณะบางประการที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัย เช่น ไม่สะดวกให้ข้อมูล

และปฏิเสธความร่วมมือในการร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตัวเองของผู้ป่วยต่อกระจกหลังทำการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพการสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพ และ 6) รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

ส่วนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 6 ด้าน ๆ ละ 5 ข้อ รวม 30 ข้อ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเอง 4) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการดูแลตนเอง 5) แรงจูงใจในการดูแลตนเอง และ 6) การได้รับข้อมูลข่าวสารในการดูแลตนเอง โดยข้อคำถามจะเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งมีระดับการวัด 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) การแปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ รายด้าน และภาพรวม นำค่าคะแนนมาจัดเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) คือ ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66) และระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้ป่วยต่อกระจกหลังทำการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม เป็นความถี่ในการปฏิบัติหลังทำการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม จำนวน 10 ข้อ โดยข้อคำถามจะเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งมีระดับการวัด 5 ระดับ รายละเอียดดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง และ ปฏิบัติน้อย/ไม่เคยปฏิบัติ การแปลผล คะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ และภาพรวม นำค่าคะแนนจัดเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) คือ ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66) และระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษาซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจักษุ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญประจำหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับพฤติกรรมและสถิติ 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์อยู่ระหว่าง .80-1.00

จากนั้นนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยต่อกระจกหลังทำการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม ณ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach' Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเท่ากับ .70 พฤติกรรมการดูแลตัวเองเท่ากับ .72 และแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยประมาณ 2 เดือน ระหว่าง 15 ตุลาคม - 10 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก ส่งหนังสือด้วยตัวเอง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยติดต่อผู้ช่วยพยาบาล (ผู้ช่วยนักวิจัย) ที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย รายละเอียดของข้อคำถามในการตอบแบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูล และการขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ผู้ช่วยพยาบาลเป็นผู้สอบถามตามแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่แพทย์นัดติดตามอาการหลังการผ่าตัดต่อกระຈก 7-14 วัน

3. ผู้ช่วยนักวิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย หากผู้ป่วยยินยอมสมัครใจ ผู้เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ ก่อนที่จะส่งกลับมายังผู้วิจัย

4. รวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนที่ส่งไปนำแบบสอบถามที่ได้รับกลับมาตรวจสอบความครบถ้วนลงตามรหัสตัวแปลที่กำหนด และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ใช้วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตัวเองของผู้ป่วยต่อกระຈกหลังทำการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม

2. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้ป่วยต่อกระຈกหลังทำการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช วิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) โดยตัวแปรอิสระที่เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพได้แปลงเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variables) และก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ ผู้วิจัยจะทำการช้ดกลบเบื้องต้นของการใช้สถิติก่อน ได้แก่ 1) ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normality) พิจารณาจากแผนภูมิฮิสโตแกรมเป็นรูปประฆังคว่ำ มีสมมาตร จึงสรุปว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ 2) ตรวจสอบความเป็น Linearity พบว่า ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น 3) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง พิจารณาจากค่า VIF สูงสุดที่ได้มีค่าเท่ากับ 1.27 และพิจารณาค่า Tolerance พบว่า มีค่าระหว่าง 0.79-1.00 5) กราฟ Normal Plot มีการแจกแจงแบบปกติ 6) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0 โดยพิจารณาจากค่า Residual เท่ากับ 0.000 7) มีความแปรปรวนคงที่ โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter Plot ความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกัน พิจารณาค่า Durbin-Watson เท่ากับ 2.13

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช รหัสโครงการวิจัยที่ 119/2567 เอกสารรับรองเลขที่ B019/2567 รับรองตั้งแต่วันที่ 24 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568 ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ในการศึกษาเท่านั้น และข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.71 มีอายุระหว่าง 70-79 ปี มากที่สุด ร้อยละ 44.29 (Mean=68.6 ปี, SD.=10.43, Minimum=34 ปี, Maximum=88 ปี) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.00 มีระดับการศึกษาประถมศึกษาและต่ำกว่ามากที่สุด ร้อยละ 59.29 ส่วนใหญ่

ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 40.71 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 43.57 (Mean=14,032.86 บาท, SD.=13,114.96, Minimum=3,000 บาท, Maximum=100,000 บาท)

2. ความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=4.12, SD.= .34) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านอยู่ในระดับสูงและมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารในการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม (Mean=4.71, SD.= .44) รองลงมาคือ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม (Mean= 4.62, SD.= .37) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลังการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม (Mean=4.21, SD.= .61) แรงจูงใจในการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม (Mean=4.19, SD.= .48) และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลังการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม (Mean=3.90, SD.= .69) สำหรับการรับรู้ต่ออุปสรรคของการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม (Mean=3.06, SD.= .63) มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด และอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเชื่อด้านสุขภาพ (n=140)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	Mean	SD.	ระดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค	4.21	.61	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	3.90	.69	สูง
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเอง	4.62	.37	สูง
การรับรู้ต่ออุปสรรคของการดูแลตนเอง	3.06	.63	ปานกลาง
แรงจูงใจในการดูแลตนเอง	4.19	.48	สูง
การได้รับข้อมูลข่าวสารในการดูแลตนเอง	4.71	.44	สูง
ภาพรวม	4.12	.34	สูง

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยต่อกระจกหลังทำการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=4.54, SD.= .47) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ หลังผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม เมื่อมีการเดินทางออกนอกบ้านในเวลากลางวันจะใส่แว่นตากันแดด (Mean=4.99, SD.= .15) รองลงมา คือ หลังผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม ได้ใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำเช็ดหน้าแทนการล้างหน้า (Mean=4.91, SD.= .35) และได้หยอดยาตา 1 หยดแล้วหลับตาไว้สักครู่ และหลังการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม ได้ครบตามเวลา 1 สัปดาห์ (Mean=4.80, SD.= .58; (Mean=4.80, SD.= .61) ตามลำดับ

4. การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้ป่วยต่อกระจกหลังทำการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณ พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้ป่วยต่อกระจกหลังทำการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม ได้แก่ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้ต่ออุปสรรคของการดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค และระดับการศึกษา (มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.) กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยต่อกระจกหลังทำการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีพฤติกรรมการดูแลตัวเองเพิ่มขึ้น 0.479 หน่วย (B=0.479) เมื่อการรับรู้ต่ออุปสรรคของการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีพฤติกรรมการดูแลตัวเองเพิ่มขึ้น 0.177 หน่วย (B=0.177) เมื่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น 0.188 หน่วย (B=0.188) และเมื่อระดับการศึกษา (มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.) เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น 0.201 หน่วย ซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้ป่วยต่อกระจกหลังทำการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมได้ร้อยละ 31.3

($_{adj}R^2=0.313$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) โดยสามารถเขียนสมการทำนายพฤติกรรม การดูแลตัวเองของผู้ป่วยต่อกระจกในรูปแบบคะแนนดิบ ได้ดังนี้

$Y_i=0.957 + 0.479$ (การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเอง) $+ 0.177$ (การรับรู้ต่ออุปสรรคของการดูแลตนเอง) $+ 0.188$ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค) $+ 0.201$ (ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.)

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$Z=0.376$ (การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเอง) $+ 0.235$ (การรับรู้ต่ออุปสรรคของการดูแลตนเอง) $+ 0.243$ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค) $+ 0.169$ (ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta)

การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณและค่าสัมประสิทธิ์ โดยใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุแบบขั้นตอน

คะแนนความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t	p - value
	M	SD.	M	SD.		
ก่อนทดลอง	23.83	3.13	23.90	3.59	-.074	.942
หลังทดลอง	31.83	2.37	23.70	3.18	10.84	<.001

Constant=0.957, R=0.577, R-Square=0.333, $_{adj}R\text{-Square}=0.313$, SEets=0.391, F=16.845

** $p\text{-value} < .01$, $p\text{-value} < .05$

อภิปรายผล

1. ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยต่อกระจกหลังทำการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเอง แรงจูงใจในการดูแลตนเอง และการได้รับข้อมูลข่าวสารในการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับแนวคิดของ Becker & Maiman (1975) ที่ได้กล่าวไว้ว่า การปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเองต่อการป้องกันโรคต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเอง หากบุคคลนั้นมีความเชื่อด้านสุขภาพก็จะให้ความร่วมมือกับการป้องกันโรคนั้น ๆ เพื่อไม่ให้เกิดโรคหรือหากเกิดโรคนั้นแล้วก็จะป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา อีกประเด็นหนึ่ง อาจจะเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งโดยลักษณะของเพศหญิงจะเป็นผู้ที่มีความละเอียดรอบคอบและเอาใจใส่สุขภาพ ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้ป่วยผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม ซึ่งดวงตาเปรียบเสมือนเครื่องนำทางของชีวิตที่จะบอกให้ร่างกายก้าวเดินไปให้พ้นจากสิ่งที่เป็นอันตราย กลุ่มตัวอย่างจึงมีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง และยังพบอีกว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งการได้อาศัยอยู่กับคู่สมรส คู่สมรสจะสามารถดูแลและช่วยเหลือหลังทำการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม คอยให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Lapattanan, Pooue, & Kosing (2023) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก แต่การรับรู้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาในครั้งนี้ ส่วนการศึกษาของ Khakai, & Dawongsri (2022) ที่พบว่า หลังการให้ข้อมูลและสร้างแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยต่อกระจกมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก

สำหรับการรับรู้ต่ออุปสรรคของการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมอยู่ในระดับปานกลาง จากผลการวิจัยพบว่า มีเพียงประเด็นเดียวที่กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง คือ การเสียค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น ($Mean=3.66$, $SD=1.43$) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยอาจมีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา เพราะอาจจะคิดว่า การผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมจะต้องเสียค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากการใช้สิทธิในการรักษา ในส่วนของประเด็นอื่น อาทิ ความสะดวกในการมาโรงพยาบาลเมื่อแพทย์นัด การปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน การดูแลจากบุคคลในครอบครัว เมื่อครบตาด้วยฝาคอบตาหรือการใส่แว่นตา มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งประเด็นเหล่านี้ผู้ป่วยต่อกระจกมีความเชื่อว่า ถึงแม้จะเป็นอุปสรรคอยู่บ้างแต่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงในอุปสรรคนั้น ๆ เพื่อการดูแลตนเองไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการที่ไม่พึงประสงค์หลังทำการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม แตกต่างกับการศึกษาของ Lapattanan, Pooue, & Kosing (2023) ที่พบว่า การรับรู้ต่ออุปสรรคของการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก

2. พฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้ป่วยต่อกระจกหลังทำการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช อยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยต่อกระจกมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเป็นไปในทิศทางบวกจะสามารถมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องได้ ดังผลการวิจัยที่พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ หลังผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม เมื่อมีการเดินทางออกนอกบ้านในเวลากลางวันจะใส่แว่นตากันแดด ($Mean=4.99$, $SD=.15$) รองลงมา คือ หลังผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม ได้ใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำเช็ดหน้าแทนการล้างหน้า ($Mean=4.91$, $SD=.35$) และได้หยุดยาตา 1 หยดแล้วหลับตาไว้สักครู่ และหลังการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม ได้ครบตาตลอดเวลา 1 สัปดาห์ ($Mean=4.80$, $SD=.58$; ($Mean=4.80$, $SD=.61$) ซึ่งประเด็นเหล่านี้เป็นพฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้ป่วยต่อกระจกหลังทำการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมควรปฏิบัติตัวประมาณ 3-4 สัปดาห์ เพื่อรอให้แผลหาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Aekapod, & Sutjarak (2018) ที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช อยู่ในระดับดี เช่นเดียวกับ Yotkumlue (2023) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลสุทธาเวชมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

3. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้ป่วยต่อกระจกหลังทำการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบว่า มี 4 ปัจจัยและสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 31.3 ($adjR^2=0.313$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p-value < .05$) โดยปัจจัยที่ทำนายได้มากที่สุดและเป็นไปในทางบวก คือ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเอง อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยต่อกระจกมีการรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล และแพทย์หลังการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม จะสามารถหลีกเลี่ยงและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการผ่าตัดซ้ำได้ ฉะนั้น ผู้ป่วยต่อกระจกจึงให้ความสำคัญในการปฏิบัติตามคำแนะนำและเชื่อว่าสิ่งที่ผู้ป่วยต่อกระจกปฏิบัติเป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมาผ่าตัดซ้ำได้จริง แตกต่างกับการศึกษาของ Lapattanan, Pooue, & Kosing (2023) ที่พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเองไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้

การรับรู้ต่ออุปสรรคของการดูแลตนเองเป็นตัวแปรที่สอง สามารถร่วมทำนายและเป็นไปในทางบวก อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยต่อกระจกมีการรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง เช่น ด้านค่าใช้จ่าย การเดินทางมาพบแพทย์ การปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน การได้รับการดูแลจากญาติ/บุคคลในบ้าน หรือการต้องใช้ฝาคอบตา ฉะนั้น ถึงแม้ว่าอุปสรรคดังกล่าวจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง แต่หากผู้ป่วยต่อกระจกได้รับการแนะนำในการปฏิบัติตนจากแพทย์ และพยาบาลก็จะสามารถปฏิบัติตนเองภายหลังทำการผ่าตัดใส่เลนส์

แก้วตาเทียมได้ถูกต้อง แตกต่างกับการศึกษาของ Lapattanan, Pooue, & Kosing (2023) ที่พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเองไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเป็นตัวแทนที่สาม สามารถร่วมทำนายและเป็นไปในทางบวก อธิบายได้ว่า หากผู้ป่วยรับรู้ถึงความเสี่ยงของโรคหลังการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม จากการที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และพยาบาล เช่น การไม่ครอบผ่าตัดตาหรือใส่แว่นเป็นเวลา 1 เดือน การรับประทานอาหารที่มีเครื่องเทศมาก การยกของหนัก ๆ การไม่ใช้ยาหยอดตา จะทำให้ตาติดเชื้อและอาจจะมีเลือดออกในตาหรืออาจจะทำให้เลนส์เลื่อนหลุดส่งผลให้ตาบอดได้ หรืออาจจะต้องทำการผ่าตัดตาซ้ำ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ฉะนั้น หากผู้ป่วยรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลังผ่าตัด จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม และจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อหลีกเลี่ยงการมีภาวะแทรกซ้อนหรือการผ่าตัดซ้ำ แตกต่างกับการศึกษาของ Lapattanan, Pooue, & Kosing (2023) ที่พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเองไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้

ระดับการศึกษา (มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.) สามารถร่วมทำนายและเป็นไปในทางบวก อธิบายได้ว่า ระดับการศึกษาเป็นการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติต่อการดูแลตนเอง และยังเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยต่อกระจกได้รับข้อมูลข่าวสาร มีการเรียนรู้ และสามารถตัดสินใจพิจารณาในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม หรืออาจจะกล่าวได้ว่าผู้ป่วยต่อกระจกที่มีระดับการศึกษาที่สูงย่อมมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตนเองที่ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่น้อยกว่า สอดคล้องกับแนวคิดของ Wittawat (2012) ที่กล่าวว่า การศึกษาทำให้สามารถมองเห็นปัญหาได้อย่างชัดเจน การศึกษาจึงเปรียบเสมือนเข็มทิศนำทางให้ผู้เรียนมีความชัดเจน สมเหตุสมผล และคิดอย่างเป็นระบบ ฉะนั้น อาจกล่าวได้ว่าผู้ระดับการศึกษาสูงย่อมจะมีความรู้ที่สูงกว่าคนที่มีความรู้ที่น้อยกว่า ทั้งนี้การศึกษานี้แตกต่างกับการศึกษาของ Aekapod, & Sutjarak (2018) ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้ป่วยต่อกระจกหลังทำการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของโรค เป็นปัจจัยที่มีอำนาจทำนายสูงสุดที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้ป่วยต่อกระจกหลังทำการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชได้ ฉะนั้น พยาบาลประจำตึกที่เกี่ยวข้องการผ่าตัดต่อกระจก ควรสร้างโปรแกรมที่ให้ผู้ป่วยต่อกระจกได้รับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง รวมถึงการรับรู้ด้านอื่นไปพร้อมๆ กัน ทั้งนี้โปรแกรมที่สร้างขึ้นควรมีเนื้อหาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ทุกคน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยต่อกระจกก่อนทำการผ่าตัด เพื่อที่จะให้ทราบถึงการรับรู้ที่แท้จริงว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่กับหลังผ่าตัด

Reference

- Aekapod, D., & Sutjarak, P. (2018). Factors Associated with Complications Prevention Behaviors of Post Operative for Phacoemulsification with Intraocular Lens Prothesis in Maharaj Nakhonsithammarat Hospital. *Region 11 Medical Journal*, 32(1), 919-926. (in Thai)

- Becker, M. H. & Maiman, L. A. (1975). *The Health Belief Model and Sick Role Behavior In The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. New Jersey: Chales B Slack, 336-385
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3rd ed). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (2nd). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Costa, D., Maltez, F., Mota, L., & Príncipe, F. (2021). Relevance of Information When Elderly Returning Home After Cataract Surgery. *Millenium*, 2(14), 21-28
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A Flexible Statistical Power Analysis Program for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Keelalay, R., & Prasomruk, P. (2017). The Promoting Self-care Model Among Cataract Patients After Admitted to a Cataract Surgery, within the Communities of the Nakok Health Promoting Hospital, Loengnoktha District, Yasothon Province. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University*, 5(2), 241-258. (in Thai)
- Khakai, R., & Dawongsri, P. (2022). The Effect of The Information-Motivation-Behavioral Skills Program on Medication Adherence in Elderly Glaucoma Patients at Udonthani Hospital. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 30(3), 420-434. (in Thai)
- Lapattanan, S., Pooue, S., & Kosing, A. (2023). Factors Affecting Self-Care Behaviors of Postoperative Cataract Patients with Intraocular Lens Implant in the Rajprachasamasai Institute. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 31(2), 77-89. (in Thai)
- Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. (2024). The Statistics of the Number of Cataract Surgery Patients in the Years 2021-2023. Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office. (in Thai)
- National Health Security Office Ministry of Public Health. (2022). *Information on Cataract Patients and Situation in 2018-2021*. Nonthaburi: National Health Security Office.
- Seangking, O., & Tansao, S. (2019). Effectiveness of Information Provision Using Video Media on Family Competency in Postoperative Care of Senile Cataracts Patient. *Journal of Nakornping Hospital*, 8(2), 22-32.
- Wittawet, W. (1988). *General Philosophy, Man, The World and the Meaning of Life*. (8th ed.). Aksorn Charoen Tat. (in Thai)
- World Health Organization. (2020). *Vision 2020: The Right to Sight*. Retrieved August 1, 2024 from <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/206524/B1464.pdf?sequece=1&isAllowed=y>.

Yotkumlue, N. (2023). Factors Affecting Postoperative Self-care Behavior of Cataract Patients Undergoing Cataract Surgery with an Intraocular Lens in Suthavej Hospital. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*, 40(1), 87-95. (in Thai)

ผลของการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อความรู้ ทักษะ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือนของหญิงตั้งครรภ์

ศศิกันต์ กาละ¹, รังสินันท์ เรืองศรี^{2*}, มิ่งมกล อุตตสุริ¹, ฉวีวรรณ หิมชา³,
สมลทิพย์ กิตติลาโก⁴, สุภารัตน์ เอ็มบุตร⁵, ผกาวัลย์ หนูมาก¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ

³กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหาดใหญ่

⁴วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

⁵กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลตรัง

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบตัวอย่างเป็นกลุ่มเดี่ยว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ต่อความรู้ ทักษะ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือนของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็น หญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในเทศบาลนครหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จำนวน 25 ราย ดำเนินการอบรมประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน 2) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปัญหาและแนวทางการแก้ไข และ 3) การฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ได้แก่ แบบประเมินความรู้ ทักษะ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินความรู้โดยใช้คูเดอร์ริชาร์ดสัน-20 ได้ .70 แบบประเมินทักษะและความตั้งใจ ใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีค่าความเที่ยง .73 และ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติการทดสอบค่าทีแบบสัมพันธ์

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการหญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ทักษะ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$), ($p < .001$) และ ($p < .01$) ตามลำดับ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ครั้งนี้ ช่วยสร้างเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ มีทัศนคติที่ดี มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวเพิ่มขึ้น ดังนั้นบุคลากรสุขภาพสามารถประยุกต์ใช้เป็นแนวทางเพื่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, การอบรมเชิงปฏิบัติการ, ความรู้, ทักษะ, ความตั้งใจ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: rangsinan.r@tsu.ac.th)

วันที่รับ 11 มิ.ย. 2567, วันที่แก้ไขเสร็จ 9 ธ.ค. 2567, วันที่ตอบรับ 13 ธ.ค. 2567

Effects of Breastfeeding Promoting Workshop on Knowledge, Attitude, and Intention of 6 Months Exclusive Breastfeeding among Pregnant Women

Sasikarn Kala¹, Rangsinan Ruangsri^{2*}, Mingkamon Uttasuradee¹, Chawiwann Heemsa³,
Sumontip Kitilapo⁴, Sudarat Embut⁵, Phakawan Noomak¹

¹Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

²Faculty of Nursing, Thaksin University

³Department of Nursing, Hatyai Hospital

⁴Boromarajonani College of Nursing Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

⁵Department of Nursing, Trang Hospital

ABSTRACT

The research was quasi-experiment with one-group pretest-posttest design aimed to evaluate the effects of breastfeeding workshop training on knowledge, attitude, and intention of 6 months exclusive breastfeeding. The sample consisted of 25 pregnant women in Hat Yai municipality, Songkhla province. The 1-day breastfeeding workshop training comprised 3 activities: 1) education of the 6 months exclusive breastfeeding, 2) Sharing of breastfeeding experience; problem and resolve guide, and 3) training the breastfeeding skills. The data-collecting instruments including knowledge, attitude, and intention toward exclusive breastfeeding that were validated by experts. The reliability of knowledge was tested using KR-20, yielding a value of 0.7. The Cronbach's alpha coefficients of attitude and intention were tested, yielding values of 0.73 and 0.86 respectively. Data were analyzed using descriptive and paired t-test statistics.

The results showed that the knowledge, attitude, and intention of exclusive breastfeeding among the pregnant women after workshop training had significantly higher than those before ($p < .001$), ($p < .001$) and ($p < .01$), respectively. In addition, the good level of satisfaction was addressed by the pregnant women. These findings indicated that the workshop training of exclusive breastfeeding could enhance the knowledge, attitude and intention of 6 months exclusive breastfeeding among the pregnant women. Therefore, healthcare personnel should apply this program as a promotion guide to increase the effectiveness of exclusive breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding; Workshop training; Knowledge; Attitude; Intention; Satisfaction

*Corresponding e-mail: rangsinan.r@tsu.ac.th

Received: June 11, 2024; Revised: December 9, 2024; Accepted: December 13, 2024

บทนำ

นมแม่เป็นสารอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก ช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโตทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และจิตใจ เสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคให้แก่ทารก ลดอัตราการเจ็บป่วยในทารกด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ โรคอุจจาระร่วง โรคภูมิแพ้ และโรคหอบหืด (Murray, 2020; Thai Breastfeeding Center Digital Library, 2019) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังช่วยลดภาวะตกเลือดหลังคลอดช่วยให้มารดามีรูปร่างและน้ำหนักตัวคืนสู่สภาพเดิมเหมือนก่อนการตั้งครรภ์ได้เร็ว ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ และเป็นการเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทำให้ทารกรู้สึกอบอุ่น อารมณ์ดี ผ่อนคลาย และปลอดภัย (World Health Organization, 2020) ซึ่งการตอบสนองความต้องการของทารกอย่างอ่อนโยนนี้เป็นรากฐานสำคัญ ในการที่ทารกจะสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในสังคม พัฒนาความมั่นใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อไป นอกจากนี้ยังช่วยให้ประหยัดเงิน ประหยัดเวลา และที่สำคัญคือช่วยให้มารดารู้สึกมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถทำหน้าที่มารดาที่ดีได้ (Khaonark, Kala, & Chatchawet, 2020) องค์การอนามัยโลกและองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติจึงแนะนำให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และหลังจากนั้นแนะนำให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ควบคู่กับอาหารตามวัยจนอายุครบ 2 ปี หรือนานกว่านั้น (World Health Organization, 2023)

จากข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยปี พ.ศ. 2562 พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน มีเพียงร้อยละ 14 (National Statistical Office of Thailand, 2020) ซึ่งยังไม่บรรลุเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดให้มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนไว้น้อยกว่าร้อยละ 50 ภายในปี พ.ศ. 2568 (Bureau of Health Promotion, 2021) ในจังหวัดสงขลา พบว่าร้อยละของเด็กแรกเกิดถึงต่ำกว่า 6 เดือนที่ได้นมแม่อย่างเดียว ปีงบประมาณ 2558-2561 คือ 72.14, 66.40, 53.21 และ 45.10 ตามลำดับ (Ministry of Public Health, 2019) แม้ว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของจังหวัดสงขลาจะบรรลุตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ แต่กลับมีแนวโน้มลดลง ใกล้เคียงกับเขตเทศบาลอำเภอหาดใหญ่ ซึ่งเป็นชุมชนเมืองของจังหวัดสงขลา ระหว่างปีงบประมาณ 2558-2561 อยู่ที่ร้อยละ 79.86, 72.05, 27.64, และ 13.77 ตามลำดับ (Ministry of Public Health, 2019) มีแนวโน้มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนลดลง โดยเฉพาะในช่วง 2 ปีหลัง มีอัตราที่ต่ำกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนด การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงมีความสำคัญ

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นความรู้และทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดา การสนับสนุนจากสามีและบุคคลในครอบครัว การส่งเสริมจากบุคลากรในทีมสุขภาพ (Tharana, 2020) รวมถึงความตั้งใจที่จะเลี้ยงบุตรด้วยนมตนเอง (Laongkeaw, 2016) นอกจากนี้ยังมีอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่สำคัญในสังคมปัจจุบัน คือ มารดาต้องกลับไปทำงานก่อน 6 เดือน มารดาคิดว่าน้ำนมตัวเองไม่เพียงพอทำให้ต้องเสริมนมผสมในที่สุดจึงตัดสินใจใช้นมผสมเลี้ยงลูกแทนนมแม่ นอกจากนี้การส่งเสริมการตลาดของนมผสมผ่านการโฆษณาต่าง ๆ ที่ทำให้มารดาเข้าใจผิดว่าน้ำนมตนเองไม่มีคุณค่าหรือนมผสมดีกว่าก็เป็นปัญหาที่สำคัญ (Pengjuntr, 2017) ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้มารดาไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่องและต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้

ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่อง ขึ้นอยู่กับความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นสำคัญ (Lau, Lok, & Tarrant, 2018) สำหรับความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะเกิดขึ้นได้ในมารดาที่มีการวางแผนว่าจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Tengku-Ismail, Wan-Muda, & Bakar, 2016) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior)

ที่กล่าวไว้ว่าพฤติกรรมของบุคคลจะถูกกำหนดจาก 2 ปัจจัย ได้แก่ 1) ความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม หรือเจตนาเชิงพฤติกรรม (Behavioral Intention) และ 2) ตัวกำหนดความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ทศนคติต่อพฤติกรรม 2) บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และ 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Ajzen, 1991) ปัจจุบันทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนถูกนำมาประยุกต์ใช้เพื่ออธิบายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ทศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถทำนายความตั้งใจและพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวได้ ร้อยละ 51 (Guo et al., 2016) งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่าการอบรมเชิงปฏิบัติการที่มีทั้งการให้ความรู้ และการฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น (Plodpluang, Srichan, & Kaewpraphan, 2016) และมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น (Danthes, 2016) นอกจากนี้พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลเป็นปัจจัยทำนายระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือนของมารดาที่ต้องทำงานนอกบ้าน (Damchuti & Kala, 2022) แต่การศึกษาส่วนใหญ่ที่กล่าวมานั้นใช้เวลาในการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างหลายครั้ง แตกต่างจากการศึกษาในการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมจิตอาสาเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชน (Kala, Khaonark, Tienmontree, Chairat, Sreepetch, & Damchuti, 2018) โดยให้ความรู้และฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใน 1 วัน พบว่าจิตอาสา มีความรู้หลังการอบรมเพิ่มขึ้นอย่างน้อยสำคัญทางสถิติ โปรแกรมดังกล่าวใช้เวลาไม่นานในการให้ความรู้และฝึกทักษะฯ และสะดวกกับหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องทำงานหรือมีภารกิจของครอบครัว สำหรับเทศบาลนครหาดใหญ่มีการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน ยังคงไม่บรรลุเป้าหมาย ทางเทศบาลจึงสนับสนุนให้มีโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อความรู้ ทศนคติ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวของหญิงตั้งครรภ์ โดยประยุกต์ใช้วิธีการของโปรแกรมฝึกอบรมจิตอาสาเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชนมาใช้เป็นแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จตามนโยบายของประเทศ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน ของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
2. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
3. เพื่อเปรียบเทียบความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน ของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

สมมุติฐานวิจัย

1. หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

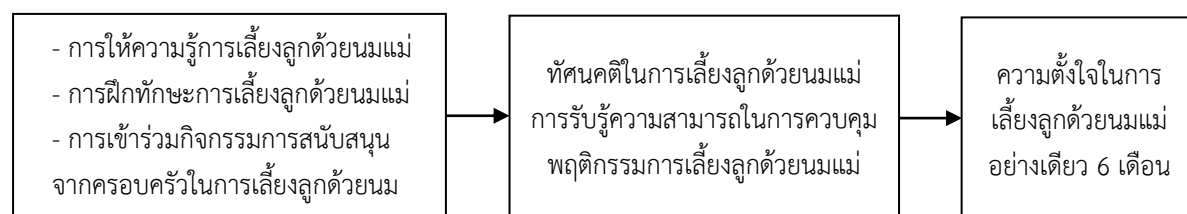
2. หญิงตั้งครรภ์มีทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3. หญิงตั้งครรภ์มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือน หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมของบุคคลว่าประกอบด้วย 2 ปัจจัยหลัก คือ 1) ความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมหรือเจตนาเชิงพฤติกรรม และ 2) ตัวกำหนดความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Ajzen, 1991) สามารถประยุกต์ใช้เพื่ออธิบายพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ว่า เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีความตั้งใจหรือความต้องการในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับสูง หญิงตั้งครรภ์ก็จะมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ

การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือน จะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และกิจกรรมการฝึกฝนทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม จะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความเชื่อมั่นที่จะกระทำพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ด้วยตนเอง รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมการสนับสนุนจากครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ให้รับทราบความคาดหวังต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนั้นการอบรมฯ ดังกล่าวข้างต้น สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือน ของหญิงตั้งครรภ์ ดังแผนภาพกรอบแนวคิดวิจัย ต่อไปนี้



ภาพ กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบตัวอย่างกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) เปรียบเทียบผลของความรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือน ก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ ในพื้นที่เทศบาลนครหาดใหญ่

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ ในพื้นที่เทศบาลนครหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จำนวน 25 ราย ที่สนใจเข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยคัดเลือกตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) มีการรับรู้ดี อ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ 2) มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 13-40 สัปดาห์ 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power version 3.1 เลือกสถิติที่คู่สำหรับตัวอย่างกลุ่มเดียววัดก่อนหลังการทดลอง (Paired t-Test) ทดสอบค่าเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน [Means: Difference Between Two-Dependent Means (Matched Pairs)] มีการกำหนดค่าขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่าง (Effect Size) จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกันสำหรับหญิงตั้งครรภ์ทำงานนอกบ้านต่อเจตคติและความตั้งใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกัน (Danthes, 2016) ค่า Effect Size เท่ากับ .46 กำหนดค่าความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญทางสถิติ Significant Level ที่ p เท่ากับ .05 และกำหนดค่าอำนาจทดสอบเท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ 31 ราย เพิ่มร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 37 ราย เมื่อดำเนินการวิจัยในวันจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดการอบรม (Drop Out) ตามเกณฑ์คัดออก ทำให้งานวิจัยนี้เหลือกลุ่มตัวอย่าง 25 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย มีดังนี้

1. เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ 1) โปรแกรมการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และสื่อพาวเวอร์พอยท์เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านที่เป็นพยาบาลคลินิกนมแม่ 1 ท่าน พยาบาลปฏิบัติงานหลังคลอด 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขก่อนการนำไปใช้ 2) แผ่นพับเรื่องโภชนาการสำหรับคุณแม่ตั้งครรภ์ 3) คู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ใช้เป็นสื่อมาตรฐานของเทศบาลนครหาดใหญ่ และ 4) อุปกรณ์การสอนสาธิตและฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้แก่ หุ่นจำลองเต้านม เสื้อเต้านม หุ่นทารกแรกเกิด ซึ่งเป็นอุปกรณ์มาตรฐานที่ใช้ในการสอนจากคลินิกนมแม่ โรงพยาบาลหาดใหญ่และศูนย์การเรียนรู้ทางการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมิน 3 ชุด ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังเดียว 6 เดือน แบบประเมินสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยนำแบบประเมินทั้งหมดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่เป็นพยาบาลคลินิกนมแม่ 1 ท่าน พยาบาลปฏิบัติงานหลังคลอด 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมของเครื่องมือ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขโดยปรับข้อความให้สั้นกระชับ เหมาะสมมากขึ้น มีรายละเอียดของแบบประเมินดังนี้

2.1 แบบประเมินความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังเดียว 6 เดือน ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังเดียว 6 เดือน จำนวน 26 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน คะแนนรวม 0-26 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย (0-9 คะแนน) ระดับปานกลาง (10-18 คะแนน) และระดับมาก (19-26 คะแนน)

2.2 แบบประเมินทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินความคิดเห็นหรือความเชื่อเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 11 ข้อ และคำถามด้านลบ 9 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) คะแนนรวม 20-100 คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ระดับต่ำสุด (20-36 คะแนน) ระดับต่ำ (37-52 คะแนน) ระดับปานกลาง (53-68 คะแนน) ระดับสูง (68-84 คะแนน) และระดับสูงสุด (84-100 คะแนน)

2.3 แบบประเมินความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือน ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือน จำนวน 12 ข้อ ทั้งหมดเป็นข้อคำถามด้านบวก และเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ จากน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง มากที่สุด (5 คะแนน) คะแนนรวม 12-60 คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ระดับน้อยที่สุด (12-21 คะแนน) ระดับน้อย (22-31 คะแนน) ระดับปานกลาง (32-41 คะแนน) ระดับมาก (42-51 คะแนน) และระดับมากที่สุด (52-60 คะแนน)

เมื่อเครื่องมือผ่านการพิจารณา ได้นำไปใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 15 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือประเมินความรู้ โดยใช้วิธีหา KR-20 ได้ค่า .70 และหาความเที่ยงของเครื่องมือประเมินทัศนคติ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย โดยใช้วิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ .73 และ .86

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบอธิบายนวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย สอบถามความสมัครใจ และให้หญิงตั้งครรภ์ที่สมัครใจยินยอมเข้าร่วมวิจัย ลงลายมือชื่อในใบยินยอม

2. ประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Pre-Test) ของหญิงตั้งครรภ์

3. จัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือน ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ด้วยการบรรยาย พร้อมสื่อพาวเวอร์พอยท์ แผ่นพับ และคู่มือประกอบการให้ความรู้ ประกอบด้วยหัวข้อ ความสำคัญและประโยชน์ของนมแม่ ความแตกต่างของนมแม่และนมผสม วิธีการปฏิบัติเพื่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือน โภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอด การจัดทำให้นมแม่ แม่ทำงานสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ การปั๊มและเก็บรักษาน้ำนม และแนวทางการนำน้ำนมที่ปั๊มเก็บออกมาใช้

4. จัดกิจกรรมการสนับสนุนจากครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้: ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปัญหาและแนวทางแก้ไข โดยเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์และบุคคลในครอบครัวเล่าประสบการณ์ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการอภิปราย

5. จัดกิจกรรมการฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง โดยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยการฝึกปฏิบัติ ซึ่งจะแบ่งผู้เข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 12-13 คน จากนั้นหมุนเวียนเข้าฐานเพื่อดูการสาธิตและทำการสาธิตย้อนกลับ ทั้งหมด 2 ฐาน ฐานละ 50-60 นาที ได้แก่

ฐานที่ 1: การจัดทำให้นม การเอาหัวนมเข้า/ออกปากลูก และการไล่ลมหลังทารกดูดนม

ฐานที่ 2: การนวดเต้านม การปั๊มเก็บน้ำนม และการนำน้ำนมออกมาใช้

6. ประเมินความรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Post-Test) ของหญิงตั้งครรภ์ หลังการเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้อัตนคติ และความตั้งใจ ก่อนและหลังเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยใช้สถิติค่าทีแบบสัมพันธ์ (Paired t-Test) ในการวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลนักวิจัยต้องทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าการแจกแจงของข้อมูลมีค่าความเบ้ (Skewness) อยู่ในช่วง ± 3 และมีค่าความโด่ง (Kurtosis) อยู่ในช่วง ± 10 ทุกค่า หมายความว่าข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 25 ราย มีการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) (Kline, 2016) จึงสรุปได้ว่าข้อมูล เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบค่าทีสัมพันธ์

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2561 รหัสรับโครงการ 2018 NL-Qn 012 มีการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับหัวข้อในการวิจัย วัตถุประสงค์ในการทำวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร และแจ้งให้ทราบสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ รวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่าข้อมูลจะถูกเก็บรักษาไว้ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคลแต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ หญิงตั้งครรภ์จำนวน 25 ราย พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีอายุระหว่าง 16-38 ปี อายุเฉลี่ย 29.28 ปี ($SD.=5.98$) มีอายุครรภ์ระหว่าง 18-37 สัปดาห์ อายุครรภ์เฉลี่ย 27.15 สัปดาห์ ($SD.=4.77$) ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว 17 ราย ประกอบอาชีพรับจ้าง 6 ราย และอาชีพอื่น ๆ 7 ราย ได้แก่ แม่บ้าน พนักงานบริษัท พนักงานมหาวิทยาลัย และครูโรงเรียนเอกชน มีการศึกษาระดับปริญญาตรี 15 ราย ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ 22 ราย เป็นหญิงตั้งครรภ์แรก 15 ราย เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีบุตร 10 ราย โดยมีจำนวนบุตรอยู่ระหว่าง 1-2 คน อายุของบุตรคนปัจจุบันอยู่ระหว่าง 1 เดือน ถึง 10 ปี และอายุเฉลี่ยของบุตรคนปัจจุบัน 5.30 ปี ($SD.=3.07$)

หญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีบุตรมีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 10 ราย มีระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในบุตรคนก่อนอยู่ระหว่าง 1-41 เดือน ระยะเวลาเฉลี่ยในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 14.60 เดือน ($SD.=13.18$) ลักษณะประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีบุตร พบว่าในช่วง 6 เดือนแรก เป็นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 ราย เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับน้ำและนมผสม 4 ราย เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับน้ำ 2 ราย ส่วนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หลังทารกครบ 6 เดือน เป็นการให้นมแม่ร่วมกับอาหารอื่น 5 ราย ให้นมแม่ร่วมกับอาหารอื่นและให้นมผสม 4 ราย และให้นมผสมร่วมกับอาหารอื่น ๆ 1 ราย

2. ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้อัตนคติ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

2.1 หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่าก่อนเข้าร่วมการอบรม จำนวน 24 ราย

คิดเป็นร้อยละ 96 และมีคะแนนความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมการอบรม เท่าเดิม จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 4 โดยคะแนนความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ก่อนเข้าร่วมการอบรมอยู่ระหว่าง 15-25 คะแนน และคะแนนความรู้ของหญิงตั้งครรภ์หลังเข้าร่วมการอบรมอยู่ระหว่าง 23-26 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ก่อนและหลังเข้าร่วมการอบรมพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเข้าร่วมการอบรม (Mean=25.00, SD=.91) มากกว่าก่อนการอบรม (Mean=21.88, SD=2.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-6.03, p<.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (n=25)

คะแนนความรู้	Min	Max	Mean	SD.	t
ก่อนเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ	15	25	21.88	2.42	-6.03***
หลังเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ	23	26	25.00	.91	

*** $p<.001$

2.2 หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน หลังเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่าก่อนเข้าร่วมการอบรม จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 96 มีทัศนคติก่อนและหลังเข้าร่วมการอบรมเท่าเดิม จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 4 โดยคะแนนทัศนคติของหญิงตั้งครรภ์ก่อนเข้าร่วมการอบรมอยู่ระหว่าง 71-98 คะแนน และคะแนนทัศนคติของหญิงตั้งครรภ์หลังเข้าร่วมการอบรมอยู่ระหว่าง 81-100 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ก่อนและหลังเข้าร่วมการอบรมพบว่า คะแนนเฉลี่ยทัศนคติหลังเข้าร่วมการอบรม (Mean=93.36, SD=5.74) มากกว่าก่อนการอบรม (Mean=84.72, SD=7.56) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-7.25, p<.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (n=25)

คะแนนทัศนคติ	Min	Max	Mean	SD.	t
ก่อนเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ	71	98	84.72	7.56	-7.25***
หลังเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ	81	100	93.36	5.74	

*** $p<.001$

2.3 หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน หลังเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่าก่อนเข้าร่วมการอบรม จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 52 มีความตั้งใจก่อนและหลังเข้าร่วมการอบรมเท่าเดิม (คะแนนเต็ม) จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 48 โดยคะแนนความตั้งใจของหญิงตั้งครรภ์ก่อนเข้าร่วมการอบรมอยู่ระหว่าง 47-60 คะแนน และคะแนนความตั้งใจของหญิงตั้งครรภ์หลังเข้าร่วมการอบรมอยู่ระหว่าง 52-60 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ก่อนและหลังเข้าร่วมการอบรมพบว่า คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจหลังเข้าร่วมการอบรม (Mean=59.16, SD=1.84) มากกว่าก่อนการอบรม (Mean=57.12, SD=4.17) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-3.36, p<.01$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือนของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (n=25)

คะแนนความตั้งใจ	Min	Max	Mean	SD.	t
ก่อนเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ	47	60	57.12	4.17	-3.36 **
หลังเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ	52	60	59.16	1.84	

** $p < .01$

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีทัศนคติที่ดี มีผลต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยทั้ง 3 ข้อ ดังนี้

หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวหลังเข้าร่วมการอบรม (Mean=25.00, SD.= .91) มากกว่าก่อนการอบรม (Mean=21.88, SD.=2.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-6.03$, $p < .001$) แสดงให้เห็นว่ากระบวนการอบรมที่จัดกิจกรรมให้ความรู้ ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากเนื้อหาในกิจกรรมให้ความรู้ มีความกระชับ ตรงประเด็น ในรายละเอียดที่กลุ่มตัวอย่างต้องนำความรู้เหล่านั้นไปใช้จริง ในการวางแผนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวสำหรับหญิงตั้งครรภ์ทำงานนอกบ้าน พบว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Danthes, 2016) และการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โรงพยาบาลในจังหวัดร้อยเอ็ดซึ่งเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความรู้และทักษะ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Polkhacha, 2022) และใกล้เคียงกับการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมจิตอาสา เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชนที่พบว่าจิตอาสามีความรู้หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Kala, Khaonark, Tienmontree, Chairat, Sreepetch, & Damchuti, 2018) จึงสรุปได้ว่า การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่มีระยะเวลา 1 วัน ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น และเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการเพิ่มโอกาสประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน

การอบรมเชิงปฏิบัติการฯ ดังกล่าว แม้ว่าจะจัดขึ้นในระยะเวลาเพียง 1 วัน แต่สามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวของหญิงตั้งครรภ์ได้ โดยพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติหลังเข้าร่วมการอบรมฯ (Mean=93.36, SD.=5.74) มากกว่าก่อนการอบรมฯ (Mean=84.72, SD.=7.56) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-7.25$, $p < .001$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกระบวนการอบรมที่มีทั้งกิจกรรมการให้ความรู้ และกิจกรรมการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นรายกลุ่ม ซึ่งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากครอบครัวที่มีประสบการณ์สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีทัศนคติเชิงบวกในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวสำหรับหญิงตั้งครรภ์ทำงานนอกบ้าน พบว่าคะแนนทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Danthes, 2016) และการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยการสนับสนุนของครอบครัว พบว่าคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Plodpluang et al., 2016) จึงสรุปได้ว่าการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยิ่งขึ้น

ผลการศึกษานี้ยังพบว่า คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน หลังเข้าร่วมการอบรม (Mean=59.16, SD.=1.84) มากกว่าก่อนการอบรม (Mean=57.12, SD.=4.17) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-3.36$, $p < .01$) ทั้งนี้เนื่องจากการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่มีทั้งกิจกรรมรายกลุ่ม ทั้งการให้ความรู้ กิจกรรมการสนับสนุนฯ จากครอบครัว และ กิจกรรมการฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กระบวนการในรูปแบบนี้ ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ใกล้เคียงกับการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน พบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มทดลองมีคะแนนความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Chairat & Kala, 2021) กระบวนการในรูปแบบดังกล่าว จึงเป็นการเสริมศักยภาพของหญิงตั้งครรภ์ให้มีความพร้อมสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีแนวโน้มที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวจนถึงระยะเวลา 6 เดือนหลังคลอด (Kling et al., 2016)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ มีทัศนคติที่ดี และมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญอันนำไปสู่พฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จในโอกาสต่อไป สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าความตั้งใจสามารถทำนายพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Guo et al., 2016) นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ยังมีความพึงพอใจระดับมากต่อการอบรมในครั้งนี้ ดังนั้นการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงมีความเหมาะสมและสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสุขภาพ ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับหญิงตั้งครรภ์ เพื่อสร้างความรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ให้ประสบความสำเร็จ

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าสู่การวิจัยและเก็บข้อมูลได้สมบูรณ์ มีจำนวนน้อยกว่าที่กำหนดไว้ในแผนดำเนินการวิจัย โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณมีจำนวน 31 ราย แต่เมื่อดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตามเกณฑ์คัดออก 6 ราย ทำให้งานวิจัยนี้เหลือกลุ่มตัวอย่าง 25 ราย ทั้งนี้ไม่สามารถเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้ เนื่องจากการบูรณาการงานวิจัยเข้ากับงานบริการวิชาการให้แก่หน่วยงานเทศบาลนครหาดใหญ่ วันและเวลาของกิจกรรมที่กำหนด จึงต้องดำเนินไปตามแผนงานของส่วนราชการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 25 ราย เมื่อได้นำมาทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบที่แบบสัมพันธ์ พบว่ามีการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) สอดคล้องตามเกณฑ์การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยให้มารดามีความรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยิ่งขึ้น พยาบาลปฏิบัติการหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์สามารถนำการอบรมเชิงปฏิบัติการนี้ ไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างจุดเริ่มต้นที่ดีในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้สำเร็จ

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ควรสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมนี้ไปใช้เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยประสิทธิภาพของการนำโปรแกรมไปใช้โดยการศึกษาเปรียบเทียบก่อนหลังแบบ
- 2 กลุ่มที่มีกลุ่มควบคุม
2. ควรศึกษาวิจัยเพื่อติดตามพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในระยะ 6 เดือนแรกและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง 1-2 ปี

Reference

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviors. *Organizational Behavior and Human Decision Process*, 50, 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Bureau of Health Promotion. (2021). *Aim for 2025 at least 50% of Thai children will be exclusive breastfeeding*. https://hp.anamai.moph.go.th/webupload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2564-F/IDC1_7/opdc_2564_IDC1-7_28.pdf (in Thai)
- Chairat, N., & Kala, S. (2021). Intention of breastfeeding among mothers with cesarean section: The effects of a nursing program based on the planned behavior theory. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 9(1), 121-134. (in Thai)
- Damchuti, I., & Kala, S. (2022). Factors influencing the success of a 6 month exclusive breastfeeding period among working mothers. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 9(1), 107-120. (in Thai)
- Danthes, D. (2016). *The effect of exclusive breastfeeding promotion program on attitudes and intentions about exclusive breastfeeding among pregnant working women outside the home*. http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/53920034.pdf (in Thai)
- Guo, J. L., Wang, T. F., Liao, J. Y., & Huang, C. M. (2016). Efficacy of the theory of planned behavior in predicting breastfeeding: Meta-analysis and structural equation modeling. *Applied Nursing Research*, 29, 37-42. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.03.016>
- Kala, S., Khaonark, R., Tienmontree, K., Chairat, N., Sreepetch, S., & Damchuti, I. (2018). Development of a volunteer training program to promote breastfeeding in community. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(2), 16-29.
- Khaonark, R., Kala, S., & Chatchawet, W. (2020). Perception in breastfeeding of postpartum mothers with newborns hospitalized in neonatal intensive care unit. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 40(1), 30-44. (in Thai)

- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling*. (4th ed.). NY the Guilford Press.
- Kling, D., Haile, Z. T., Francescon, J., & Chertok, I. (2016). Association between method of delivery and exclusive breastfeeding at hospital discharge. *Journal of Osteopathic Medicine*, 116(7), 430-439. <https://doi.org/10.7556/jaoa.2016.087>
- Laongkeaw, N. (2016). *Successful lived experiences of six months exclusive breastfeeding among postpartum mothers*. <http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2010/10162> (in Thai)
- Lau, C. Y. K., Lok, K. Y. W., & Tarrant, M. (2018). Breastfeeding duration and the theory of planned behavior and breastfeeding self-efficacy framework: A systematic review of observational studies. *Maternal and Child Health Journal*, 22(149), 1-16. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2453-x>
- Ministry of Public Health. (2021). *Exclusive breastfeeding percentage of newborns under 6 months*. https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=bebf866fceaef84c4078965eaf619565&id=4164a7c49fcb2b8c3ccca67dcdf28bd0 (in Thai)
- Murray, D. (2020). *Breastfeeding when you or your baby are sick*. <https://www.verywellfamily.com/breastfeeding-a-sick-baby-431609>
- Pengjuntr, W. (2017). *Driving the policy of breastfeeding in Thailand*. http://hp.anamai.moph.go.th/article_attach/.pdf (in Thai)
- Plodpluang, U., Srichan, A., & Kaewpraphan, S. (2016). The effect of breastfeeding promotion based on familial support program to knowledge, attitude and behavior of postpartum mothers and familiar's members. *Rajabhat Research Journal Science and Technology*, 11(2), 41-52. (in Thai)
- Polkhacha, W. (2022). The development of the breastfeeding model of the postpartum mothers in Selaphum hospital Roi-Et Province. *Journal of Humanities and Social Sciences*, 13(2), 125-138. (in Thai)
- Tengku-Ismail, T. A., Wan-Muda, W. A. M., & Bakar, M. I. (2016). The extended theory of planned behavior in explaining exclusive breastfeeding intention and behavior among women in Kelantan, Malaysia. *Nutrition Research and Practice*, 10(1), 49-55. <https://doi.org/10.4162/nrp.2016.10.1.49>
- Thai Breastfeeding Center Digital library. (2019). *The benefits of breastfeeding for sick babies*. <https://library.thaibf.com/handle/023548404.11/493> (in Thai)
- National Statistical Office of Thailand. (2020). *Multiple indicator cluster survey 2019*. <https://www.unicef.org/thailand/media/5146/file/Multiple%20Indicator%20Cluster%20Survey%202019.pdf>
- Tharana, N. (2020). *Breastfeeding*. Green Life printing house.
- World Health Organization. (2020). *Infant and young child feeding*. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

World Health Organization. (2023). *Breastfeeding*. https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1

การจัดการอาการ และอาการปวด หลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

ณชา แจ่มใจเย็น, เสาวลักษณ์ รัตนโชติ*

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่ราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาทเกิดจากการอุดตัน ตีบ หรือแตกของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นขาดเลือดไปเลี้ยงเซลล์สมองส่วนนั้นอาจตายได้ส่งผลไปถึงการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะในร่างกายที่อยู่ภายใต้การควบคุมของสมองส่วนนั้นๆ โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบตามมาก็คืออาการปวดหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอาการปวดที่เกิดจากระบบประสาททำงานผิดปกติ และ อาการปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ซึ่งการจัดการอาการปวดมี 2 วิธี คือการจัดการอาการปวดโดยใช้ยา ได้แก่ กลุ่มยาแก้ซึมเศร้า กลุ่มยากันชัก กลุ่มยาคลายกล้ามเนื้อ ยา Benzodiazepines และยา Botulinum Toxin การจัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การฝังเข็ม การนวดแผนไทยหรือแผนโบราณ การประคบ การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า และการพันผ้าเทปพุงไหล่

บทความวิชาการมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงอาการปวด หลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการอาการเพื่อพัฒนาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางการจัดการอาการที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง รวมถึงวิธีการที่อาศัยความร่วมมือจากบุคลากรด้านสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, อาการปวดหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง, การจัดการอาการ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: saowalak@bcnsurat.ac.th)

วันที่รับ 25 ก.ย. 2567, วันที่แก้ไขเสร็จ 26 พ.ย. 2567, วันที่ตอบรับ 13 ธ.ค. 2567

Management of symptoms and Post Stroke Pain

Nacha Jangjaiyen, Saowalak Rattanachot*

Boromarajonani College of Nursing Suratthani, Faculty of Nursing, Prabommarajchanok Institute

ABSTRACT

Stroke is a neurological syndrome caused by the blockage, narrowing, or rupture of blood vessels supplying the brain, leading to a lack of blood flow to the affected tissue, which may result in the death of brain cells. This can lead to a loss of function in the organs of the body that are controlled by that part of the brain. One of the complications that may follow is pain after experiencing a stroke.

Post Stroke Pain is a type of pain caused by abnormal functioning of the nervous system and pain resulting from tissue injury. There are two methods for managing pain: one is medication management, which includes antidepressants, anticonvulsants, muscle relaxants, benzodiazepines, and botulinum toxin. The other is non-medication management, which includes acupuncture, traditional Thai or alternative massage, hot or cold compresses, electrical stimulation, and shoulder support with tape.

The academic article aims to understand the pain symptoms following a stroke and the management of these symptoms to enhance and promote the quality of life for stroke patients. The article discusses self-management strategies as well as methods that involve collaboration with healthcare professionals, resulting in improved quality of life for those affected by stroke.

Keywords: Stroke, Post Stroke Pain, Symptom Management

*Corresponding e-mail: saowalak@bcnsurat.ac.th

Received: September 25, 2024; Revised: November 26, 2024; Accepted: December 13, 2024

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular Accident) คือ กลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดจากการสูญเสียหน้าที่ของสมองในลักษณะทันทีทันใด และมีอาการหรืออาการแสดงนานมากกว่า 24 ชั่วโมง โดยมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) เกิดขึ้นได้จากการตีบ อุดตัน หลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) เกิดจากการแตกของหลอดเลือด ส่งผลให้สมองบริเวณนั้นขาดเลือดไปเลี้ยง โดยอาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือดไปเลี้ยง และขนาดของเนื้อสมองที่ขาดเลือดไปเลี้ยง (National Institute for Emergency Medicine, 2022) เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบได้และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นสาเหตุอันดับต้นๆของการเสียชีวิตในกลุ่มวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (Neurological Institute of Thailand, 2018) จากการสำรวจขององค์กรโรคหลอดเลือดสมองโลกในปี พ.ศ. 2563 พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นจำนวนมากกว่า 80 ล้านคน และเสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน ซึ่งผู้รอดชีวิตหลังโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีภาวะทุพพลภาพเรื้อรังถึง 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.5 (National Institute for Emergency Medicine, 2022) ในประเทศไทยสถิติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องระหว่างปี พ.ศ. 2560-2562 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 278, 303 และ 319 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ผลกระทบหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลพบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมากถึงร้อยละ 40-96 ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพอันเป็นผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยอาจเกิดขึ้นหลังจำหน่ายเป็นสัปดาห์หรือเป็นปีก็ได้ (Langhorne et al., 2000) ปัญหาสุขภาพที่พบได้ถึงร้อยละ 40-60 คือ อาการปวดหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Post-Stroke Pain) (Bhalla, & Birns, 2015; Chohan, Venkatesh, & How, 2019) สำหรับในประเทศไทยพบการศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้รอดชีวิตหลังโรคหลอดเลือดสมอง 1 ปี ในปี พ.ศ. 2556 ผลการศึกษาพบว่า ผู้รอดชีวิตถึงร้อยละ 76.80 ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพอย่างน้อย 1 ปัญหา โดยอาการปวดหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมองพบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.70 (Kuptniratsaikul et al., 2013)

อาการปวดหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Post-Stroke Pain[PSP]) เป็นประสบการณ์ความรู้สึกรบกวนหรืออารมณ์ไม่สุขสบายที่ผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดสมองรับรู้ ลักษณะการปวดเป็นแบบเฉพาะเจาะจงซึ่งเกิดจากการที่เนื้อเยื่อถูกทำลายรวมถึงการมีพยาธิสภาพที่สมองและความผิดปกติของระบบประสาท โดยอาการปวดในผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดสมองนั้นสามารถพบได้ในทุกระยะของการเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง และอาการสามารถคงอยู่ หรือเกิดอาการปวดใหม่ได้ตลอดเวลาหลังการเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมอง (Posai, 2021) อาการปวดที่พบบ่อยในผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็นอาการปวดที่เกิดจากระบบประสาททำงานผิดปกติ (Neuropathic Pain) ได้แก่ อาการปวดที่เกิดจากรอยโรคในสมอง (Central Post-Stroke Pain [CPSP]) อาการปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ (Injury Pain หรือ Nociceptive Pain) อาการปวดจากภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง (Contracture & Spasticity) และอาการปวดศีรษะหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Post-Stroke Headache) อาการปวดที่เกิดขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่เป็โรคหลอดเลือดสมอง โดยในระยะยาวอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งต่อตัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว ผู้ดูแลได้ จึงมีความต้องการการจัดการอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น

การจัดการอาการ (Symptom Management Model) โดยดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) เชื่อในประสบการณ์และศักยภาพของบุคคลที่มีประสบการณ์ต่ออาการนั้น ๆ และเชื่อว่าบุคคลมี

ความสามารถในการจัดการด้านสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดการอาการปวดหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีสาเหตุทั้งจากการทำงานผิดปกติของระบบประสาท การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ และอาการปวดศีรษะหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองถือเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองแต่ละคนจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการอาการปวดด้วยตนเองขึ้นอยู่กับแต่ละตัวบุคคล เพื่อลดหรือชะลอให้อาการปวดเกิดได้ช้าที่สุด โดยการจัดการอาการปวดหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ วิธีการจัดการอาการปวดโดยใช้ยา (Pharmacological Pain Therapies) และวิธีการจัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยา (Nonpharmacological Pain-Relief Interventions) บทความวิชาการฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการจัดการอาการปวดหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อพัฒนาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีอาการปวดหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมองให้ดีขึ้น

โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของระบบไหลเวียนเลือดบริเวณสมองถูกขัดขวางเกิดได้จากหลอดเลือดของสมองมีการตีบแคบ การอุดตัน การแตก หรือการฉีกขาด ทำให้ออกซิเจนและสารอาหารไม่สามารถลำเลียงไปเลี้ยงสมองบริเวณนั้นได้ส่งผลให้เกิดเซลล์สมองตาย (Sacco et al., 2013) โดยอาการและอาการแสดงทางคลินิกที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริเวณขนาด ระยะเวลาของสมองที่ขาดเลือดไปเลี้ยง และชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) จากหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตัน มักพบอาการอ่อนแรง หรืออาการชาของอวัยวะในร่างกายตำแหน่งที่สมองส่วนที่ขาดเลือดควบคุม ปัญหาอื่นที่พบบ่อยในโรคสมองขาดเลือดชนิดนี้ คือ ปัญหาด้านการพูด เช่น พูดไม่ชัด พูดสับสน ปัญหาด้านการทรงตัว เช่น การเดินเซ ตัวเอียง และปัญหาด้านการมองเห็นที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน

2. โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) จากการแตก หรือฉีกขาดของหลอดเลือดส่งผลให้มีเลือดออกในสมอง อาการที่พบบ่อยและมักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน คือ อาการปวดศีรษะ ระดับความรู้สึกตัวลดลง โดยระดับความรุนแรงของอาการปวด และระดับความรู้สึกตัวจะสัมพันธ์กับปริมาณเลือดที่ออกในสมอง หากมีเลือดออกปริมาณมากอาการปวดจะรุนแรงมากขึ้น และระดับความรู้สึกตัวจะลดลง อาการอาเจียนพุ่งโดยไม่มีอาการคลื่นไส้ก่อน ในกลุ่มที่มีเลือดออกบริเวณ Ventricle หรือ Subarachnoid จะมีอาการคอแข็งเกร็ง หากมีเลือดออกบริเวณก้านสมองจะทำให้หยุดหายใจ (National Institute for Emergency Medicine, 2022)

ภาวะแทรกซ้อนหลังโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เริ่มต้นจากการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย หรือผู้ดูแล โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่

1. อัมพาต (Paralysis) คือ อาการอ่อนแรงของ แขน ขา หรืออวัยวะต่างๆบนใบหน้าไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ อาการอ่อนแรงอาจเกิดได้ที่ร่างกายซีกใดซีกหนึ่งซ้าย หรือขวา ท่อนบน หรือท่อนล่างของร่างกาย (Junwibun, 2020)

2. กลืนลำบาก (Dysphagia) คือ อาการกลืนอาหารและน้ำให้ลงสู่กระเพาะอาหารอย่างยากลำบาก โดยมีเจ็บอาการขณะกลืน มีอาการสำลักขณะกลืน หรือไม่สามารถกลืนได้มีน้ำลายไหล เป็นต้น ซึ่งอาการกลืนลำบากมักเป็นสาเหตุไปสู่ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น การติดเชื้อทางเดินหายใจจากการสำลัก และภาวะทุพโภชนาการ เป็นต้น (Boonkong, 2019)

3. สูญเสียความจำ หรือสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (Vascular Dementia) คือ อาการที่เกิดจากเซลล์สมองส่วนที่ขาดเลือดไปเลี้ยงเสียหาย มักเกิดประมาณ 3 เดือนหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อาการที่สังเกตได้ เช่น หงุดหงิดง่าย ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ลดลง ความจำระยะสั้นลดลง ตลอดจนการจำวัน เวลา สถานที่ไม่ได้ (Pitiyan, 2019)

4. การปวดหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Post-Stroke Pain) คือ อาการปวดที่เกิดขึ้นหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยสาเหตุที่หลากหลายจากพยาธิของสมอง การปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมในการฟื้นฟูสภาพหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้มีท่าทางที่ผิดปกติ กล้ามเนื้อบริเวณต่างๆ ขาดความยืดหยุ่น ปัญหาด้านจิตใจ และผลข้างเคียงจากยาบางชนิด อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวดไหล่ (Shoulder Pain) ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง (Contracture & Spasticity) และอาการปวดศีรษะหลังโรคหลอดเลือดสมอง (Post-Stroke Headache) เป็นต้น (Posai, 2021)

อาการปวดหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

อาการปวดหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกลุ่มอาการที่ซับซ้อนครอบคลุมความปวดที่เกิดจากการความผิดปกติของระบบประสาท (Neuropathic Pain) ในสมองส่วนที่ขาดเลือดไปเลี้ยงเกิดความเสียหายต่อกลไกการประมวลผลความปวดของสมอง (Brain's Pain-Processing Pathways) จากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ (Nociceptive Pain) เช่น อาการปวดไหล่ (Shoulder Pain) เนื่องจากความผิดปกติในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย หรืออาการปวดศีรษะหลังโรคหลอดเลือดสมอง (Post-Stroke Headache) เมื่อเลือดที่ออกกตเบียดบริเวณเนื้อเยื่อสมอง เป็นต้น (Stroke Foundation, 2017)

ชนิดและสาเหตุอาการปวดหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

อาการปวดหลังโรคหลอดเลือดสมองแบ่งตามสาเหตุการเกิดได้ ดังต่อไปนี้

1. อาการปวดที่เกิดจากระบบประสาททำงานผิดปกติ (Neuropathic Pain) ประกอบด้วยอาการปวดจากรอยโรคในระบบประสาทส่วนกลาง (Central Poststroke Pain [CPSP]) และ กลุ่มอาการปวดเฉพาะที่แบบซับซ้อน (Complex Regional Pain Syndrome [CRPS]) มีรายละเอียด ดังนี้

1.1 อาการปวดจากรอยโรคในระบบประสาทส่วนกลาง (Central Poststroke Pain [CPSP]) เป็นภาวะความเจ็บปวดเฉพาะที่เกิดขึ้นเป็นผลโดยตรงจากรอยโรคของหลอดเลือดสมองทำให้การทำงานและการรับรู้ความรู้สึกของสมองบกพร่องและแสดงออกในด้านที่มีพยาธิสภาพ เกิดเป็นการรับรู้ความรู้สึกปวดทางระบบประสาทบนร่างกายในด้านที่อ่อนแรง ลักษณะที่พบบ่อยที่สุด คือ การปวดเสียวแปลบเหมือนไฟช็อต (Lancinating) ปวดแสบร้อน (Burning) ปวดเย็นเหมือนถูกน้ำแข็ง รู้สึกยิบๆ ซ้ำๆ (Tingling) ปวดแปลบปลับคล้ายเข็มตำ (Pin and Needles) ชา (Paresthesia) โดยความรู้สึกที่ผิดปกติเหล่านี้ อาจเกิดขึ้นเอง (Stimulus Independent Pain หรือ Spontaneous Pain) หรือเกิดภายหลังการกระตุ้น (Stimulus Dependent Pain หรือ Stimulus Evoked Pain) (Tontisirin, 2021)

1.2 กลุ่มอาการปวดเฉพาะที่แบบซับซ้อน (Complex Regional Pain Syndrome [CRPS]) กลุ่มอาการปวดชนิดนี้ซับซ้อนกว่าอาการปวดจากรอยโรคในระบบประสาทส่วนกลาง เนื่องจากมีความผิดปกติของเส้นประสาทที่ทำหน้าที่ควบคุมระบบไหลเวียนเลือดและอุณหภูมิร่วมด้วย มีลักษณะอาการ คือ การปวดแสบปวดร้อน ปวดแบบตื้อๆ ร่วมกับมีอาการบวม แดง ร้อน ของผิวหนัง พบได้บ่อยบริเวณแขน ขา หรืออวัยวะส่วนปลาย เป็นต้น โดยกลุ่มอาการปวดเฉพาะที่แบบซับซ้อน (Tontisirin, 2021; RACHEL BAXTER, 2019) ซึ่งกลุ่มอาการปวดเฉพาะที่แบบซับซ้อนหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง

อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ คือ ภาวะเนื้อเยื่อลีบ (Atrophy) และภาวะกล้ามเนื้อแข็ง (Muscle Contracture) เนื่องจากการขยับแขน ขา หรืออวัยวะส่วนที่มีอาการปวดน้อยลง

2. อาการปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ (Injury Pain หรือ Nociceptive Pain) ประกอบด้วย อาการปวดไหล่ (Shoulder Pain) ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง (Contracture & Spasticity) และ อาการปวดศีรษะหลังโรคหลอดเลือดสมอง (Post-Stroke Headache) มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 อาการปวดไหล่ (Shoulder Pain) สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ ข้อไหล่มีการอ่อนแรงเพราะโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้กล้ามเนื้อบริเวณไหล่ไม่สามารถทำหน้าที่ดังกระดุกต้นแขนและกระดุกสะบักให้ติดกันไว้ได้ และการหดเกร็งหรือภาวะข้อไหล่ติดมักจะเกิดได้ในด้านที่อ่อนแรงจากโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากรายก้านด้านที่มีปัญหาจะมีอาการอ่อนแรงและเคลื่อนไหวได้น้อยกว่าข้างปกติ ในผู้ป่วยที่มีอาการกล้ามเนื้อไหล่อ่อนแรง ติดขัด หรืออัมพาต มักจะถูกแรงดึงดูดจากพื้นโลกกระทำต่อข้อไหล่ในทิศทางดึงลงสู่พื้นดิน สร้างความเสียหายกับเยื่อหุ้มข้อและเอ็นกล้ามเนื้อจนกลายเป็นโรคข้อไหล่อักเสบ อาการปวดข้อไหล่เรื้อรัง และมีภาวะข้อไหล่ติดในที่สุด (Raghavan, 2015) ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการปวดไหล่ ได้แก่ ความอ่อนแอของแขน ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความผิดปกติของประสาทสัมผัส และอาการเกร็งการตรวจร่างกายที่พบได้บ่อยที่สุดของอาการปวดไหล่หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การกดเจ็บของเอ็นบริเวณ Bicipital, การกดเจ็บ Supraspinatus และ Positive Neer Sign

2.2 ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง (Contracture & Spasticity) เกิดจากความผิดปกติที่กล้ามเนื้อถูกกระตุ้นและรบกวนจากภายนอกซึ่งมักเกิดขึ้นหลังโรคหลอดเลือดสมองภายในหนึ่งสัปดาห์ โดยโครงข่ายประสาทที่เป็นสื่อกลางอาการปวดและความหดเกร็งที่ระดับกระดูกสันหลังและสมองอาจเกิดการทับซ้อนกัน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณสมบัติของกล้ามเนื้อ Rheologic ก่อให้เป็นพังผืดและการฝ่อ จึงมีอาการปวดที่บ่งชี้ว่าเกี่ยวข้องกับการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเป็นเวลานาน พบบ่อยบริเวณแขน มีลักษณะอาการเกร็ง งอ ของข้อศอก ข้อมือ นิ้วมือ และบริเวณขา มีลักษณะเกร็ง เขยียดข้อเข่า และเกร็งเขยียดปลายเท้า (Kittiwarawut, 2018)

2.3 อาการปวดศีรษะหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Post-Stroke Headache) ลักษณะอาการปวดศีรษะเป็นแบบตึงเครียด ปวดที่ต้นคอ อาจร้าวไปขมับสองข้างหรือปวดทั่วศีรษะ เหมือนถูกกดทับหรือมีอะไรมาบีบรัด และไม่มี ความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นจากการเคลื่อนไหว พยาธิสรีรวิทยาของอาการปวดศีรษะหลังโรคหลอดเลือดสมอง มีปัจจัยจากทั้งการบาดเจ็บของสมอง ความเสียหาย หรือการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด (Hansen AP et al., 2012)

ปัจจัยเสี่ยงของอาการปวดหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงของอาการปวดหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Harrison & Field, 2015; Payton & Soundy, 2020) มีหลากหลายปัจจัยประกอบด้วยปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ โดยเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดหลังโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศชาย ระยะเวลาของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองนานกว่ามีโอกาสประสบอาการปวดหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้สูงกว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมก่อนการเจ็บป่วย พบว่าผู้ที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใชยาากลุ่มสเตติน การมีประวัติหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน และการมีภาวะซึมเศร้า มักพบมีอาการปวด หลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าว ปัจจัยด้านอาการทางคลินิกที่ส่งผลให้เกิดอาการปวด หลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การมีภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง การเคลื่อนไหวของรยางค์บนที่ลดลง และการรับประสาทสัมผัสที่ลดลง อีกหนึ่งปัจจัยที่

สำคัญเกี่ยวกับการเกิดอาการปวด หลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง คือ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดสมองตีบ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ตำแหน่ง Thalamic และ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ตำแหน่ง Brainstem

ผลกระทบของอาการปวดหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

อาการปวดหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผลระยะยาวมีผลกระทบต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และส่งผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตในอนาคตของผู้ป่วย โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Payton & Soundy, 2020) มีรายละเอียด ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical Domain) เมื่อผู้ป่วยประสบอาการปวดหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมองทำให้ความต้องการในการขยับ เคลื่อนไหวอวัยวะต่าง ๆ ลดลงเพื่อลดการกระตุ้นอาการปวด ผู้ป่วยมักปฏิเสธการให้ความร่วมมือในการทำกายภาพบำบัด ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพเป็นไปอย่างล่าช้า และประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลงตามมา ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น

2. ด้านจิตใจ (Psychological Domain) เมื่อผู้ป่วยประสบอาการปวดหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นส่งผลให้มีอารมณ์เชิงลบเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งอาการปวดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ และเป็นบวกรับกับความวิตกกังวลด้านสุขภาพ และอาการปวดสามารถเป็นตัวทำนายภาวะซึมเศร้า 5 ปีหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ อาการปวดยังถูกอธิบายว่าสามารถก่อให้เกิดความท้อแท้ และผู้ป่วยพบว่าตัวเองรู้สึกโกรธง่ายขึ้นเมื่อประสบกับอาการปวด

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) เมื่อผู้ป่วยประสบอาการปวดหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการแยกตัวออกจากสังคม มีความต้องการพบเจอผู้คนลดลง การศึกษาเชิงคุณภาพสนับสนุนว่าความเจ็บปวดส่งผลเสียต่ออารมณ์และอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในทางกลับกันการมีภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ความสามารถในการทนต่ออาการปวดลดลง

4. ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) เมื่อผู้ป่วยประสบอาการปวดหลังโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณอย่างสมบูรณ์

การจัดการอาการปวดหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

การจัดการกับอาการปวดถือเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการจัดการอาการปวดแบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ วิธีการจัดการอาการปวดโดยใช้ยา (Pharmacological Pain Therapies) (Posai, 2021) และวิธีการจัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยา (Nonpharmacological Pain-Relief Interventions) (Tontisirin, 2021) แตกต่างกันตามสาเหตุ และตำแหน่งที่มีอาการปวด

1. การจัดการอาการปวดโดยใช้ยา วิธีนี้ต้องดำเนินการภายใต้แผนการรักษาของแพทย์ โดยยาที่นิยมใช้เพื่อจัดการอาการปวดหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่

1.1 กลุ่มยาแก้ซึมเศร้า (Antidepressants) ซึ่งยาในกลุ่มนี้มีกลไกออกฤทธิ์ยับยั้ง reuptake ของสารสื่อประสาทในสมองโดยเฉพาะ serotonin, norepinephrine และ dopamine ดังนั้นจึงมีการนำยาในกลุ่มนี้มารักษาอาการปวดที่เกิดจากระบบประสาททำงานผิดปกติ (Neuropathic Pain) โดยยาในกลุ่มนี้สามารถแบ่งย่อยได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ยาในกลุ่ม Tricyclics Antidepressants หรือ TCAs ออกฤทธิ์ลดอาการซึมเศร้ารวมถึงบรรเทาอาการปวดเรื้อรังที่เกิดจากเส้นประสาท โดยการไปเพิ่มระดับ ของ Norepinephrine (NE) และ serotonin (5-HT) ในสมองจากการที่ยาไปยับยั้งการดูดซึมกลับเข้าเซลล์ของสารสื่อประสาทกลับเข้าไปในปลายประสาท (Ogbru, 2014) ยาในกลุ่ม Selective Serotonin

Reuptake Inhibitors (SSRI) ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการดูดซึมซีโรโตนินกลับเข้าเซลล์ (Serotonin Reuptake Inhibitor: SSRI) ทำให้ซีโรโตนินเพิ่มขึ้นบริเวณส่วนต่อระหว่างเซลล์ประสาท สามารถควบคุมความปวด ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และทำปฏิกิริยากับตัวรับอื่น ๆ น้อยจึงเกิดอาการไม่พึงประสงค์น้อยกว่ายาในกลุ่ม TCAs (Mongaew, 2018)

1.2 กลุ่มยากันชัก (Antiepileptic Drugs) ซึ่งยาในกลุ่มนี้มีกลไกออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลางโดยการบล็อกโวลเตจ-เซนซิทีฟ โซเดียมแชนแนล (Voltage-Sensitive Sodium Channel) ซึ่งยากันชักที่นิยมนำมาใช้รักษาอาการปวดที่เกิดจากระบบประสาททำงานผิดปกติ (Neuropathic Pain) มี 2 กลุ่ม คือ ยากันชักกลุ่มมาตรฐาน (Standard Antiepileptic Drug) ได้แก่ Carbamazepine เป็นยากันชักที่นิยมใช้เป็นยาขนานแรกเพื่อรักษา Trigeminal Neuralgia และใช้รักษาอาการปวดแบบ Lancing Pain โดยผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เห็นภาพซ้อน เป็นต้น และยากันชักกลุ่มใหม่ (New Antiepileptic Drug) ได้แก่ Gabapentin ยานี้ใช้เพื่อรักษา Postherpetic Neuralgia และ Diabetic Polyneuropathy เนื่องจากความปลอดภัยของยาค่อนข้างสูงเนื่องจากไม่มีการจับกับโปรตีนหรือปฏิกิริยากับยาอื่น จึงมีการใช้ยานี้อย่างแพร่หลาย ในอาการปวดจากเหตุอื่น ๆ และพบว่ายานี้ยังมีฤทธิ์ในการบรรเทาอาการเจ็บปวดเฉพาะที่แบบซับซ้อน (Complex Regional Pain Syndrome) ได้ดี

1.3 กลุ่มยาคลายกล้ามเนื้อที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง (Centrally Acting Muscle Relaxants) ที่นิยมใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ Baclofen ออกฤทธิ์ยับยั้งการตอบสนองในการส่งสัญญาณระหว่างเซลล์ประสาทของสมอง หรือไขสันหลังที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ ส่งผลให้กล้ามเนื้อคลายอาการเกร็งตัวลง Tizanidine ออกฤทธิ์ระงับหรือยาแอลฟา อะดรีเนอร์จิก อะโกนิสต์ มีฤทธิ์ช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อและยับยั้งกระแสประสาทส่วนกลางที่ทำให้หน้ารับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดที่ถูกส่งไปยังสมอง นำมาใช้รักษาภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง รักษาอาการปวดจากกล้ามเนื้อกระดูก (Jitprapaikulsan & Prayoonwivat, 2022)

1.4 Benzodiazepines ยานี้มีฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลางทำให้ GABA Receptor ทำงานได้มากขึ้น และยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทต่างๆ ทำให้มีผลลดอาการวิตกกังวล ด้านอาการชัก คลายกล้ามเนื้อ และลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อที่เป็นเหตุให้เกิดอาการปวด (Carter, 2023)

1.5 Botulinum Toxin ออกฤทธิ์จึงเกิดกับอวัยวะที่ต้องอาศัยสารสื่อสัญญาณประสาทชนิดที่เรียกว่า Acetylcholine โดยเฉพาะกล้ามเนื้อร่างกายทำให้กล้ามเนื้ออ่อนกำลังลง จึงมีการนำสารนี้มารักษาโรคที่เกิดจากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ในผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบประสาทสมอง (Kittiwatwut, 2018)

2. การจัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยา เป็นวิธีการเพื่อบรรเทาอาการปวดในผู้ที่ไม่สามารถใช้ยาได้หรือไม่ต้องการได้รับยา และสามารถใช่วิธีการเหล่านี้ควบคู่กับการใช้ยาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการอาการปวดที่ดีขึ้นโดยวิธีที่นิยมใช้ ได้แก่

2.1 การฝังเข็ม เป็นการใช้เข็มสแตนเลส ขนาดเพียง 0.1-0.3 มิลลิเมตร มีความยาวเพียง 2-3 เซนติเมตร ปักลงไปบนจุดฝังเข็มตามร่างกายมีกลไกกระตุ้นให้มีการปรับตัวของระบบประสาทอัตโนมัติ กระตุ้นการไหลเวียนของเลือดทั้งบริเวณเฉพาะที่ และทั่วร่างกาย คลายภาวะหดเกร็งกล้ามเนื้อเฉพาะจุดที่เรียกว่า Trigger Point ซึ่งเป็นสาเหตุการปวดของกล้ามเนื้อ นิยมใช้ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ที่เป็นอัมพาตซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการช่วยเหลือตนเองของได้ดีขึ้นกว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพเพียงอย่างเดียว (Wannawibool et al., 2020)

2.2 การนวดแผนไทยหรือแผนโบราณ เป็นการใช้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น มือ ศอก เข่า เท้า หรืออุปกรณ์เสริมโดยจะเน้นในลักษณะการกด การคลึง การบีบ การดัด และการดึง โดยแบ่งตามวัตถุประสงค์ได้เป็น 2 ประเภท คือ การนวดเพื่อผ่อนคลาย และการนวดเพื่อบำบัดรักษา ให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายลดอาการปวดเมื่อย (Sirikamonsathian & Skuntaniyom, 2018)

2.3 การประคบ เป็นการใช้ความร้อน หรือความเย็นประคบบริเวณที่มีอาการปวด บวมอักเสบ หรือเพื่อห้ามเลือดในกรณีที่มีเลือดออก โดยอุณหภูมิมีผลต่อการปรับสัญญาณความปวดของเส้นใยประสาททำให้เกิดการปรับสัญญาณในระดับไขสันหลัง แบ่งออกเป็น 2 วิธี ดังนี้

2.3.1 การประคบร้อน เป็นการใช้ความร้อนวางลงตำแหน่งที่ต้องการให้หลอดเลือดเกิดการขยายตัวลดอาการปวดเรื้อรัง ปวดตึงกล้ามเนื้อ ใช้อุปกรณ์ได้หลากหลาย เช่น ผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่น กระเป๋าน้ำร้อน หรือลูกประคบ โดยอุณหภูมิที่ใช้ไม่ควรเกิน 45 องศาเซลเซียส วางประคบตำแหน่งที่ต้องการเป็นเวลา 15-20 นาที วันละ 2-3 ครั้ง สามารถปรับลดอุณหภูมิลงได้หากมีอาการแสบร้อน

2.3.2 การประคบเย็น เป็นการใช้ความเย็นวางลงตำแหน่งที่ต้องการให้หลอดเลือดเกิดการหดตัวเพื่อห้ามเลือด ลดการอักเสบ บรรเทาอาการปวด อุปกรณ์ที่ใช้ได้แก่ ถังเย็น ถังน้ำแข็ง หรือแผ่นเจลประคบ วางบริเวณที่ต้องการเป็นเวลา 20-30 นาที วันละ 2-3 ครั้ง สามารถปรับเวลาที่ประคบได้หากเกิดอาการชา

2.4 การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า เป็นการใช้ไฟฟ้ากระตุ้นผ่านผิวหนังไปยังเส้นประสาทส่งผลให้ลดอาการปวดกล้ามเนื้อได้ โดยมีกลไกคือ ยับยั้งการส่งกระแสประสาทความเจ็บปวด และกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสาร เอนโดρφิน (Endorphin) และเอนเคฟาลิน (Enkephalin) เพื่อลดความเจ็บปวด แต่วิธีการนี้มีข้อห้ามใช้ในบุคคลที่ติดเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ (Cardiac Pacemaker) ผู้ที่มีภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจ (Myocardial disease) ผู้ที่มีแผลติดเชื้อ ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารให้เข้าใจได้ และผู้ที่มีภาวะพร่องการรับรู้ความรู้สึก (Lerdsintai, 2019)

2.5 การพันผ้าเทปพวงไหล่ เป็นการใช้เทปพันเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายลดอาการปวด พยุ่งกล้ามเนื้อบริเวณแขนข้างที่อ่อนแรง ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อส่งผลให้การทำงานของกล้ามเนื้อมีความสอดคล้องกันมากขึ้น นิยมใช้ในผู้ที่มีอาการปวดไหล่ (Jaraczewska & Long, 2006)

บทสรุป

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางอย่างเฉียบพลัน มีอาการหรืออาการแสดงนานมากกว่า 24 ชั่วโมง โดยมีสาเหตุมาจากการขาดเลือดหรือเลือดออกในสมอง ซึ่งไม่ใช่เกิดจากได้รับอุบัติเหตุ อาการปวดหลังโรคหลอดเลือดสมอง เป็นลักษณะการปวดเป็นแบบเฉพาะเจาะจงซึ่งเกิดจากการที่เนื้อเยื่อถูกทำลายรวมถึงการมีพยาธิสภาพที่สมองและความผิดปกติของระบบประสาท แบ่งออกเป็นอาการปวดที่เกิดจากระบบประสาททำงานผิดปกติ และอาการปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อส่งผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองในหลาย ๆ ด้านและทำให้เกิดความไม่สุขสบายในการดำเนินชีวิต การจัดการอาการปวดถือเป็นสิ่งสำคัญ มีหลายวิธีที่สามารถจัดการกับอาการปวดได้ ซึ่งเห็นได้จากผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงอาการปวดที่ลดลง แต่อย่างไรก็ตามอาการปวดหลังโรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุของการเกิด และลักษณะอาการปวดที่เฉพาะ ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองแต่ละคนจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการอาการปวดด้วยตนเองขึ้นอยู่กับแต่ละตัวบุคคล เพื่อลดหรือชะลอให้อาการปวดเกิดได้ช้าที่สุด โดยการจัดการอาการปวดหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ วิธีการจัดการอาการปวดโดยใช้ยา และการจัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยา

ข้อเสนอแนะ

การจัดการอาการปวดสำหรับผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองนั้นสามารถพิจารณาถึงลักษณะของอาการปวดที่ตนเองประสบ และเลือกใช้วิธีการจัดการอาการที่ส่งผลต่อตนเองมากที่สุด อาจเริ่มจากการจัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยาก่อน หากวิธีการดังกล่าวไม่เป็นผลจึงเลือกจัดการอาการปวดโดยใช้ยาเป็นลำดับถัดไป ซึ่งต้องอาศัยความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสาธารณสุข และในบทบาทของบุคลากรเองในการเลือกวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมกับอาการปวดของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองแต่ละรายนั้นจะส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพเป็นไปได้อย่างดี

Reference

- A P Hansen, N S Marcussen, H Klit, G Andersen, N B Finnerup, T S Jensen. (2012). Pain following stroke: a prospective study. *Eur J Pain*, 16(8), 1128-1136.
- Alan Carter. (2023). The benefits and risks of benzodiazepines.
<https://www.medicalnewstoday.com/articles/262809>
- Bhalla, A., & Birns, J. (2015). Management of post stroke complications. Springer, Cham.
- Boonkong, D. (2019). Enhancing Swallowing Safety in Stroke Patients with Dysphagia: A Challenging Role for Nurses. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 35(1), 13-23. (in Thai)
- Chohan, S.A., Venhatesh, P.K., & How, C.H. (2019). Long-term complications of stroke and secondary prevention: an overview for primary care physicians. *Singapore Medical Journal*, 60(12), 616-620.
- Ewa Jaraczewska & Carol Long. (2006). Kinesio taping in stroke: improving functional use of the upper extremity in hemiplegia. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 13(3), 31-42.
- Harrison, R.A., Field, T.S. (2015). Post Stroke Pain: Identification, Assessment, and Therapy. *Cerebrovascular Diseases*, 15(39), 190-201.
- Hannah Payton, Andrew Soundy. (2020). The Experience of Post-Stroke Pain and The Impact on Quality of Life: An Integrative Review. *Behav Sci (Basel)*, 10(8), 128.
- Jitprapaikulsan, J., Prayoonwiwat, N.,. (2022). Neuromyelitis optica.
<https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1236> (in Thai)
- Junwibun, W. (2020). The Treatment of Paralysis in The Recipe of Thai Traditional Medicines. *UMT-Poly Journal*, 17(1), 44-49. (in Thai)
- Kittiwarawut, J. (2018). Reducing spasticity in adults with stroke. *Burapha Journal of Medicine*, 5(2), 131-141. (in Thai)
- Kuptniratsaikul, V., Kovindha, A., Suethanapornkul, S., Manimmanakorn, N., & Archongka, Y. (2013). Long-term morbidities in stroke survivors: a prospective multicenter study of Thai stroke rehabilitation registry. *BioMed Central Geriatrics*, 13, 33.
<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/13/33>

- Langhorne, P., Stott, D.J., Robertson, L., MacDonald, J., Jones, L., McAlpine, C., et al., (2000). Medical complications after stroke: A Multicenter study. *Stroke*, 31, 1223-1229.
- Lerdsintai, P. (2019). Electrotherapy for Physical Therapists (1). Naresuan University Publishing House. (in Thai)
- M Dodd, S Janson, N Facione et al. (2001). Advancing the science of symptom management. *JAN leading global nursing research*, 33(5), 668-676.
- Mongaew, P. (2018). Serotonin syndrome. *Thai Journal of Hospital Pharmacy*, 28(2), 102-113. (in Thai)
- National Institute for Emergency Medicine. (2022). Emergency Medical Services Situation Study and Literature Review on Quality Development of Emergency Operations for Stroke Patients. (in Thai)
- Neurological institute of Thailand. (2018). Guideline of Endovascular Treatments in Patients with Acute Ischemic Stroke. (in Thai)
- Omudhome Ogbru. (2014). Most Common Antidepressants for Depression: Types and Side Effects.
https://www.emedicinehealth.com/understanding_antidepressant_medication/article.htm
- Pitiyan, S. (2019). Nursing care for patients with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD. <https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/1111.pdf>
- Posai, V. (2021). Management of post-stroke pain. *Chiang Mai Medical Journal*, 60(4), 841-854. (in Thai)
- Raghavan, P. (2015). Upper Limb Motor Impairment Post Stroke. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 26(4), 599-610.
- RACHEL BAXTER. (2019). What Causes Those Sharp, Stabbing Pains You Get Every So Often In Random Body Parts?. <https://www.iflscience.com/what-causes-those-sharp-stabbing-pains-you-get-every-so-often-in-random-body-parts-53012>
- Ralph L Sacco, Scott E Kasner, Joseph P Broderick, Louis R Caplan, J J Buddy Connors, Antonio Culebras, et al., (2013). An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 44(7), 2064-2089.
- Rebecca A Harrison, Thalia S Field. (2015). Post stroke pain: identification, assessment, and therapy. *Cerebrovascular Diseases*, 39(3), 190-201.
- Sirikamonsathian, B., Skuntaniyom, A. (2018). Effects of Self-Massage on Pain Among Elders in Rimklong Lorlae Community, Khannayao District. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(3), 92-101.
- Stroke Foundation. (2017). Pain after stroke.
<https://strokefoundation.org.au/media/ur1b0xb1/pain-after-stroke.pdf>

- Tontisirin, N. (2021). Basic Pain Control. https://www.rama.mahidol.ac.th/graded/sites/default/files/public/High_Diploma/handout_HD/handout_HD701/handout_HD64/Basic_pain180821.pdf (in Thai)
- Wannawibool, B., Danaiswat, P., Kiartivich, S., Noomhorm, N., Wannawibool, N., Chiaopromkun, T., et al., (2020). Comparison of the Effectiveness of Manually Stimulated and Electrically Stimulated Scalp Acupuncture in Patients with Lower Back Pain: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine*, 18(3), 521-534. (in Thai)

นวัตกรรม 7 สี ปันรัก โกลโรคความดันโลหิตสูง

ไตรตรีย์ แพน้อย, ปณัฐตา พรหมเสนา*, ชนิตา อินทร์ภักดี,
จุฑาภรณ์ เกลี้ยงกลม, จุฑามาศ จันทราภรณ์, ชลดา คงกลับ,
ชลธิชา อินทร์ชื่น, ชานี สุวรรณ, ชลิสา จุลาย, ฐานิดา ไกรชู
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษณ์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนานวัตกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพตามแนวคิดป้องกันจรรยา 7 สี ศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพตามแนวคิดป้องกันจรรยา 7 สี ก่อนและหลังการได้รับการใช้นวัตกรรม 7 สี ปันรัก โกลโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงศึกษาระดับความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการใช้นวัตกรรม 7 สี ปันรัก โกลโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่มาใช้บริการในศูนย์สุขภาพเมืองชุมชนโพพหาย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 31 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ นวัตกรรม 7 สี ปันรัก โกลโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพตามแนวคิดป้องกันจรรยา 7 สี และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม 7 สี ปันรัก โกลโรคความดันโลหิตสูง หาความเชื่อมั่น โดยแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพตามแนวคิดป้องกันจรรยา 7 สี หาค่าคูเดอร์ ริชาร์ดสัน-21 ได้ .82 และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าทีแบบสัมพัทธ์

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพหลังใช้นวัตกรรมสูงกว่าก่อนใช้นวัตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.76, SD.= .25) ข้อรายการที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด คือ นวัตกรรมสามารถนำไปเป็นแนวปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้จริง (Mean=4.87, SD.= .34) และน้อยที่สุดคือ นวัตกรรมสามารถทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับป้องกันจรรยา 7 สี มากขึ้น (Mean=4.67, SD.= .44) และนวัตกรรมมีความแข็งแรง (Mean=4.67, SD.= .47)

คำสำคัญ: นวัตกรรม, โรคความดันโลหิตสูง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: punthita@bcnsurat.ac.th)

วันที่รับ 24 ต.ค. 2567, วันที่แก้ไขเสร็จ 12 ธ.ค. 2567, วันที่ตอบรับ 16 ธ.ค. 2567

The innovation of 7-colors Sharing Love for Preventing High Blood Pressure

Soratree Phaenoi, Punthita Promsena^{*}, Chanita Inpakdee,
Jutaphon Kiangklom, Jutamas Jantraporn, Chonlada Kongkan,
Chonticha Inchuen, Chalinee Suwan, Chalisa Julay, Thanida Kraichu
Boromarajonani College of Nursing Suratthani Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

ABSTRACT

The purpose of this study is twofold. Firstly, it aims to develop an innovative approach to educate people about high blood pressure and healthcare using the 7-color traffic ping-pong concept. Secondly, it aims to compare the level of knowledge about high blood pressure and healthcare behavior before and after using this 7-color innovation, which aims to share love and eliminate high blood pressure. Thirdly, the study seeks to assess the level of satisfaction among participants who used this innovative approach. The study involved a sample group of 31 qualified individuals who received services at the Pho Wai Community Health Center. The tool used in this study was the 7 Color Innovation Sharing Love for Preventing High Blood Pressure, a questionnaire about knowledge of high blood pressure and healthcare according to the 7-color traffic ping pong concept, and the satisfaction with the use of this 7-color innovation to share love and relieve high blood pressure.

A questionnaire was used to assess knowledge about high blood pressure and healthcare based on the 7-color traffic ping pong concept. The Kuder Richardson (KR-21) value was found to be 0.82. The reliability of the questionnaire measured satisfaction with the use of innovation using Cronbach's alpha coefficient, which was calculated to be 0.87. The data was analyzed using percentage, mean, and standard deviation statistics, as well as Pair sample t-Test.

The results of the study found that the average knowledge score about high blood pressure and health care after using the innovation was significantly higher than before using the innovation at the .05 level and overall satisfaction with using the innovation was at the highest level (Mean= 4.76, SD.= .25). The item with the highest mean satisfaction is that the innovation can be used as a practice in daily life (Mean=4.87, SD.= .34) and the least is innovation can increase understanding about 7-color traffic ping pong (Mean=4.67, SD.= .44) and innovation is strong (Mean=4.67, SD.= .47).

Keywords: innovation, high blood pressure

*Corresponding e-mail: punthita@bcnsurat.ac.th

Received: October 24, 2024; Revised: December 12, 2024; Accepted: December 16, 2024

บทนำ

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ.2565 โรคความดันโลหิตสูงจัดเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable Diseases: NCDs) ซึ่งเป็นโรคในกลุ่มหัวใจและหลอดเลือดที่จัดเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต และโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ จนถึงอันตรายต่อชีวิตที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต โรคอัมพาต และอาจนำไปสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เป็นต้น (World Health Organization, 2022) จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบอัตราผู้ป่วยในกลุ่มความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณาจากอัตราผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิตสูงรายใหม่มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ในช่วงปี พ.ศ.2562-2565 จำนวน 13,361, 13,940, 14,618, 15 และ 109 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (Health Data Center, 2022) สถานการณ์อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในปีละงบประมาณในเขตพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพหวาย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562-2566 แสดงถึงอัตราผู้ป่วยรายใหม่ที่เกิดขึ้นในทุกปีงบประมาณ จำนวน 907.46, 832.52, 980.55, 733.10 และ 1070.44 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (Health Data Center, 2023) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงถึงอุบัติการณ์และแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งสาเหตุหลักเกิดจากพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การขาดการออกกำลังกาย และการเกิดภาวะอ้วน เป็นต้น รวมถึงขาดความรู้ ขาดความตระหนักในการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ ขาดการรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง (Karnjanapiboonwong, et al., 2020) ซึ่งสาเหตุดังกล่าวควรได้รับการส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความรู้ และปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมในการส่งเสริม และป้องกันการเกิดโรค ทุเลาความรุนแรง และลดการเกิดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคอื่น ๆ ตามมา การใช้แนวคิด สบช.โมเดล เป็นแนวคิดโดยคัดกรองภาวะสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ตั้งแต่อายุ 15-65 ปี ประกอบด้วย การคัดกรองโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โดยแบ่งระดับความรุนแรงของโรคเป็นสีของปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ได้แก่ กลุ่มปกติเป็นสีขาว กลุ่มเสี่ยงเป็นสีเหลืองอ่อน กลุ่มป่วยเป็นสีเขียวเข้ม สีเหลือง สีส้ม สีแดง และสีดำ มีการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก "3 อ. 3 ลด" ได้แก่ 3 อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และ 3 ลด คือ ลดเหล้า ลดบุหรี่ และลดความอ้วน (Tienthavorn, 2023) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน เพื่อประเมินติดตามภาวะสุขภาพ และยังเป็นแนวทางในการช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ลดความเสี่ยงการเกิดโรคเรื้อรัง ลดการเกิดความรุนแรงของโรคที่อาจเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหัวใจวาย และโรคอัมพาต จนถึงอันตรายต่อชีวิตที่อาจเกิดขึ้นได้

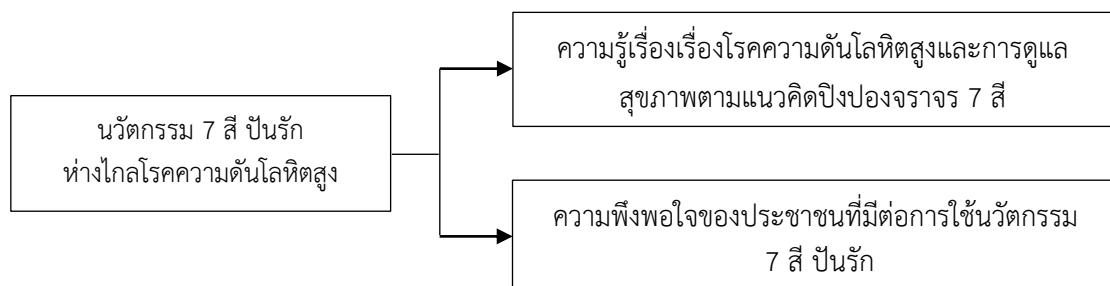
ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูง โดยสร้างองค์ความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้ตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งสามารถพัฒนาทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล โดยใช้หลัก 3อ. 3 ลด สามารถดูแลตนเองเพื่อให้มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่เหมาะสม สำหรับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ ผู้จัดทำจึงนำจึงได้พัฒนานวัตกรรมที่ใช้ในการเตือนใจกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยนวัตกรรม 7 สี ปันรัก ไกลโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล มาใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบางกุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

สร้างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนเอง และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง สามารถลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และลดอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างนวัตกรรมในการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพตามแนวคิดป้องกันจราจร 7 สี
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพตามแนวคิดป้องกันจราจร 7 สี ก่อนและหลังการได้รับการใช้นวัตกรรม 7 สี ปันรัก ไกลโรคความดันโลหิตสูง
3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการใช้นวัตกรรม 7 สี ปันรัก ไกลโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดของนวัตกรรม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของนวัตกรรม

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ที่ไม่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีทะเบียนบ้านอยู่ในเขตพื้นที่ชุมชนตำบลบางกุ้งและรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโพหวาย อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มาใช้บริการในศูนย์สุขภาพเมืองชุมชนโพหวาย อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี ทั้งที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่ได้รับการวินิจฉัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 31 คน มีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. คนปกติไม่มีโรคประจำตัว
2. ผู้ที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง
3. ให้ความร่วมมือและยินดีเข้าร่วมทดลองนวัตกรรม
4. ผู้ที่อาศัยอยู่จริงตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่ชุมชนตำบลบางกุ้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยชิ้นงานนวัตกรรมและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนวัตกรรม 7 สี ปันรัก ไกลโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว ระดับการศึกษา ความดันโลหิต ระดับสีเทียบกับป้องกันจราจร 7 สี จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพตามแนวคิดป้องกันจรรยา 7 สี เป็นแบบเลือกตอบถูกผิด จำนวน 10 ข้อ มี 2 ตัวเลือก ตอบ “ผิด” ให้ 0 คะแนน และ “ถูก” ให้ 1 คะแนน และกำหนดคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ โดยมีการประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการศึกษาของ (Bloom, 1971) ดังนี้

ระดับสูง หมายถึง ได้คะแนน 8-10 คะแนน (ร้อยละ 80-100)

ระดับกลาง หมายถึง ได้คะแนน 6-7 คะแนน (ร้อยละ 60-79)

ระดับต่ำ หมายถึง ได้คะแนน 0-5 คะแนน (ร้อยละ 0-59)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการใช้นวัตกรรม 7สี ปันรักไกลโรคความดันโลหิตสูงในการควบคุมความดันโลหิตสูงของตนเอง จำนวน 9 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดประเด็นการประเมินตามวัตถุประสงค์ของการสร้างนวัตกรรม มีระดับการวัดตั้งแต่ 1-5 โดยระดับ 1 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด จนถึงระดับ 5 หมายถึงมีความพึงพอใจมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนน ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ความพึงพอใจระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง ความพึงพอใจระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ความพึงพอใจระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความรู้ เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพตามแนวคิดป้องกันจรรยา 7 สี ให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและอาจารย์ที่รับผิดชอบศูนย์โรคเรื้อรัง จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและความตรงของเนื้อหา หากความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ .92

2. การตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขหลังการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพตามแนวคิดป้องกันจรรยา 7 สี หาค่าคูเดอร์ ริชาร์ดสัน-21 (KR-21) ได้ .82 และแบบประเมินความพึงพอใจการใช้นวัตกรรม ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .87

กระบวนการพัฒนานวัตกรรม

ระยะที่ 1 การออกแบบและสร้างนวัตกรรม

การออกแบบและสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์โดยใช้ ADDIE Model (McGriff, 2008) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การวิเคราะห์ การออกแบบ การพัฒนา การดำเนินการ และการประเมินผล ออกแบบโดยนำแนวคิดการใช้แนวคิด สบซ. โมเดล โดยคัดกรองภาวะสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ตั้งแต่อายุ 15-65 ปี ประกอบด้วยการคัดกรองโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โดยแบ่งระดับความรุนแรงของโรคเป็นสี่ของป้องกันจรรยา 7 สี ได้แก่ กลุ่มปกติเป็นสีขาว กลุ่มเสี่ยงเป็นสีเหลืองอ่อน กลุ่มป่วยเป็นสีเหลืองเข้ม สีเหลือง สีส้ม สีแดง และสีดำ มีการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก "3 อ. 3 ลด" ได้แก่ 3 อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และ 3 ลด คือ ลดเหล้า ลดบุหรี่ และลดความอ้วน (Tienthavorn, 2023) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน เพื่อประเมิน

ติดตามภาวะสุขภาพ และยังเป็นแนวทางในการช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ลดความเสี่ยงการเกิดโรคเรื้อรัง ลดการเกิดความเสี่ยงของโรค ที่อาจเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหัวใจวายและโรคอัมพาต จนถึงอันตรายต่อชีวิตที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยมีการออกแบบดังนี้

1. เริ่มต้นสร้างนวัตกรรม

1.1 ศึกษาแนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี เพื่อใช้ในการออกแบบนวัตกรรม 7 สี ปันรัก ไกลโรคความดันโลหิตสูง

1.2 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบเนื้อเรื่องต้นแบบโดยให้อาจารย์จากสาขาการพยาบาลชุมชน 2 ท่านและพยาบาลที่รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. ขั้นตอนการทำนวัตกรรม

2.1 ร่างขนาดกล่องใส่บัตรนวัตกรรม ขนาด A4 ออกแบบกล่องที่ใส่แผ่นให้ความรู้

2.2 ออกแบบสื่อโดยใช้โปรแกรมแคนวาพร้อมทำคิวอาร์โค้ดสำหรับสแกนความรู้

3. ออกแบบสอบถาม สอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้บัตรนวัตกรรม 7 สี ปันรัก ไกลโรคความดันโลหิตสูงและแบบวัดความรู้ก่อนและหลังเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพตามแนวคิดป้องกันจรรยา 7 สี



ภาพที่ 2 นวัตกรรมในการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพตามแนวคิดป้องกันจรรยา 7 สี



ภาพที่ 3 การทดลองนำนวัตกรรมไปใช้ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพ
ในศูนย์สุขภาพเมืองชุมชนโพหวาย

ระยะที่ 2 เพื่อประเมินผลการใช้นวัตกรรม

นำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพหวาย ทุกวันจันทร์ จำนวน 3 ครั้ง ดำเนินการดังนี้

1. การขอความยินยอมในการทดลองนวัตกรรม โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการในศูนย์สุขภาพเมืองชุมชนโพหวายที่มีคุณสมบัติตามกำหนด แนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือพร้อมทั้งชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิ ซึ่งหลังจากได้รับความร่วมมือและยินยอมแล้วจึงให้เซ็นชื่อในใบพิทักษ์สิทธิ

2. ดำเนินการทดลองนวัตกรรม

2.1 ทดสอบความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพตามแนวคิดป้องกันจรรยา 7 สี

2.2 ให้ความรู้โดยใช้นวัตกรรม 7สี ปันรัก ไกลโรคความดันโลหิตสูง เป็นรายบุคคลตามระดับสี

2.3 ทดสอบความรู้หลังได้รับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพตามแนวคิดป้องกันจรรยา 7 สี

2.4 ประเมินความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม

3. ตรวจสอบแบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูล เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ระดับความดันโลหิต ระดับสีวิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ

2. ค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพตามแนวคิดป้องกันจรรยา 7 สี โดยวิเคราะห์ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบค่าที่แบบสัมพันธ์ (Pair Sample t- Test)

3. ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการใช้นวัตกรรม 7 สี ปันรัก ไกลโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

นวัตกรรมนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี เลขที่ 2024/9 ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการอธิบายถึงสิทธิของการเข้าร่วมอย่างละเอียด มีระยะเวลาในการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมทดลองนวัตกรรม และต้องได้รับความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการนวัตกรรมจากกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนทราบว่า การเลือกเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการเข้าร่วมครั้งนี้ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบใดๆ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ตลอดเวลา ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด

ผลการพัฒนานวัตกรรม

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.60 มีอายุอยู่ในช่วง 56-65 ปี ร้อยละ 35.50 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 71.00 มีประวัติโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิต ร้อยละ 61.30 มีระดับการแบ่งสีปิงปองอยู่ในระดับสีเขียวอ่อน ร้อยละ 61.30

2. ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพตามแนวคิดป้องกันจรรยา 7 สี

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพ

ระดับความรู้	ก่อนใช้นวัตกรรม		หลังใช้นวัตกรรม	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0-5 คะแนน)	5	16.13	-	-
ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน)	26	83.87	8	25.80
ระดับสูง (8-10 คะแนน)	-	-	23	74.20

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนใช้นวัตกรรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.87 และภายหลังการใช้นวัตกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.20

3. ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพตามแนวคิดป้องกันจรรยา 7 สี ก่อนและหลังใช้นวัตกรรม “นวัตกรรม 7 สี ปันรัก ไกลโรคความดันโลหิตสูง”

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพ

ความรู้การดูแลสุขภาพ	Mean	SD.	t	p-value
ก่อนใช้นวัตกรรม	6.25	.77	10.15	.000
หลังใช้นวัตกรรม	8.16	1.12		

$p < .05$

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพก่อนใช้นวัตกรรม (Mean=6.25, SD.=.77) และหลังใช้นวัตกรรม (Mean=8.16, SD.=1.12) แสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพหลังทดลองใช้นวัตกรรมสูงกว่าก่อนใช้

นวัตกรรม เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างพบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพหลังทดลองใช้นวัตกรรมสูงกว่าก่อนใช้นวัตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=10.15, p<.05$)

4. ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการใช้นวัตกรรม 7 สี ปันรัก โกลโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 3 ผลวิเคราะห์ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการใช้นวัตกรรม 7 สี ปันรัก โกลโรคความดันโลหิตสูง

ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการใช้นวัตกรรม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลค่า
1. ใช้ภาษาเข้าใจง่าย กระชับ	4.80	.40	มากที่สุด
2. เนื้อหามีความเหมาะสม อธิบายข้อมูลได้ชัดเจน	4.74	.44	มากที่สุด
3. มีจุดบอกค่าระดับความดันโลหิตและแยกประเภทระดับสีได้อย่างชัดเจน	4.83	.37	มากที่สุด
4. นวัตกรรมมีความแข็งแรง	4.67	.47	มากที่สุด
5. สะดวกต่อการใช้งาน	4.77	.42	มากที่สุด
6. สี รูปภาพและขนาดตัวอักษร อ่านง่าย ชัดเจนเหมาะสม	4.74	.54	มากที่สุด
7. นวัตกรรมสามารถทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับป้องกันจรรยา 7สีมากขึ้น	4.67	.44	มากที่สุด
8. นวัตกรรมสามารถจำแนกความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงได้ตามเกณฑ์ของป้องกันจรรยา 7สี	4.74	.44	มากที่สุด
9. นวัตกรรมสามารถนำไปเป็นแนวปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้จริง	4.87	.34	มากที่สุด
รวม	4.76	.25	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 พบว่า ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการใช้นวัตกรรมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.76, SD.= .25) ข้อรายการที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด 3 ลำดับแรก คือ นวัตกรรมสามารถนำไปเป็นแนวปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้จริง (Mean=4.87, SD.= .34) รองลงมาคือ มีจุดบอกค่าระดับความดันโลหิตและแยกประเภทระดับสีได้อย่างชัดเจน (Mean=4.83, SD.= .37) ลำดับถัดมา คือใช้ภาษาเข้าใจง่าย กระชับ (Mean=4.80, SD.= .40) ส่วนข้อที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุด คือนวัตกรรมสามารถทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับป้องกันจรรยา 7สี มากขึ้น (Mean=4.67, SD.= .44) และนวัตกรรมมีความแข็งแรง (Mean=4.67, SD.= .47)

อภิปรายผล

จากการพัฒนานวัตกรรม 7 สี ปันรัก โกลโรคความดันโลหิตสูง อภิปรายผลดังนี้

1. ประชาชนที่ไม่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและกลุ่มป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และการดูแลสุขภาพหลังการใช้นวัตกรรม 7 สี ปันรัก โกลโรคความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการใช้นวัตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 เนื่องจากนวัตกรรม 7 สี ปันรัก โกลโรคความดันโลหิตสูง เป็นนวัตกรรมที่ให้ความรู้ การปฏิบัติตัว ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งการจัดกิจกรรมทางสุขภาพหรือการให้สุขศึกษาผู้ป่วย ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย จะทำให้การดำเนินการนั้นได้ผลที่ดีมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Paterick et al., 2017) ส่งผลให้เกิดการรับรู้ข้อมูล ข้อเท็จจริงเพื่อใช้ในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความรู้ ทักษะและพฤติกรรม ของเมอเรย์และเซนท์เนอร์ (Murray & Zentner, 1993) ที่กล่าวว่า

การให้ความรู้หรือประสบการณ์แก่บุคคล จะส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้ขึ้น และนวัตกรรม 7 สี ปันรัก โกลโรคความดันโลหิตสูง มีจุดเด่น คือการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคเป็นสีของปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ได้แก่ กลุ่มปกติเป็นสีขาว กลุ่มเสี่ยงเป็นสีเขียวอ่อน กลุ่มป่วยเป็นสีเขียวเข้ม สีเหลือง สีส้ม สีแดง และสีดำ มีการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก "3 อ. 3 ลด" ได้แก่ 3 อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และ 3 ลด คือ ลดเหล้า ลดบุหรี่ และลดความอ้วน (Tienthavorn, 2023) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน เพื่อประเมินติดตามภาวะสุขภาพ และยังเป็นแนวทางในการช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ลดความเสี่ยงการเกิดโรคเรื้อรัง ลดการเกิดความรุนแรงของโรคที่อาจเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Khamngoen, et al (2023) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบข.โมเดล ร่วมกับเครื่องมือปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะน้ำหนักเกิน พบว่าความรู้เพื่อป้องกันโรคอ้วนและพฤติกรรมสุขภาพ หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งควรส่งเสริมให้บุคลากรทางสุขภาพนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบข.โมเดล ร่วมกับเครื่องมือปิงปองจราจรชีวิต 7 สีนำไปใช้ในการให้บริการดูแลสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลและวัยรุ่นที่มีน้ำหนักเกินต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Korsak Chuntaravichit พบว่าการใช้แนวคิด “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีความสำเร็จโดยเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับประชาชน (Chuntaravichit, K., 2023) และสอดคล้องกับผลการศึกษา Nasahachom A Yoh, Vipaporn Sittisart & Sureerat Na Wichian ที่ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามแนวคิด สบข.โมเดล ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสมอแข อำเภอมืองจังหวัดพิษณุโลก พบว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามแนวคิด สบข.โมเดล ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีผลต่อคะแนนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการดูแลตนเอง ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำนวัตกรรม 7 สี ปันรัก โกลโรคความดันโลหิตสูง ไปใช้ในการให้บริการดูแลสุขภาพของประชาชนได้ต่อไป ผลการประเมินความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการใช้นวัตกรรม 7 สี ปันรัก โกลโรคความดันโลหิตสูง โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด อธิบายได้ว่า นวัตกรรมมีความน่าสนใจ สามารถนำไปเป็นแนวปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้จริง ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยให้ตรงตามระดับความรุนแรงของโรค (Ayoh, et al., 2022) สอดคล้องกับการศึกษาของ Juwa, Wongwat, & Manoton, (2019) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเครื่องมือ “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” ต่อความรู้ การรับรู้ ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกัน และควบคุมระดับความรุนแรงของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่กา อำเภอมือง จังหวัดพะเยา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันและควบคุมระดับความรุนแรงของโรคของกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแกนนำชุมชนได้ร่วมมือกันจัดกิจกรรมในการสร้างความตระหนัก ร่วมกับการใช้สื่อสัญลักษณ์ “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความตระหนักและรับรู้ถึงอันตรายต่อการเจ็บป่วยเป็นโรคแทรกซ้อน จึงได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Juwa, et al., 2019)

ข้อเสนอแนะในการนำนวัตกรรมการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำนวัตกรรม 7 สี ปันรัก โกลโรคความดันโลหิตสูง ไปปรับใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

แนวทางการต่อยอดนวัตกรรมเดิม

ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองใช้นวัตกรรม 7 สี ปันรัก ไกลโรค ความดันโลหิตสูง กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติเพื่อให้เห็นผลของการใช้นวัตกรรมที่ชัดเจนขึ้น

References

- Ayoh, N., Sittisart, V. & Wichian, S.N. (2022). The effectiveness of health promoting program on behavior modification based on PBRI's model for patient with hypertension in Samokhae Sub-district, Mueang District, Phitsanulok Province. *The Journal of Boromarjornani of Nursing Suphanburi*, 5(2), 129-139. (in Thai)
- Bloom, B.S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.
- Chuntaravichit, K. (2023). Evaluation of the Implementation of the Surveillance, Prevention, Control, Diabetes and Hypertension with Vichai 7 Colors Model Singburi Province by CIPP Model. *Thai Journal of Public Health and Health Science: TJPHS*. 6(2). 80-93. (in Thai)
- Health Data Center. (16 November 2022). Rate of New Hypertension's patients per hundred thousand population in fiscal year in Pho Wai Primary Care Unit, Mueang Surat Thani District, Surat Thani CE 2019 2022. from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=29eec762c9591d1f8092da14c7462361. (in Thai)
- Health Data Center. (10 April 2023). Rate of New Hypertension's patients per hundred thousand population CE 2019-2022. from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=29eec762c9591d1f8092da14c7462361. (in Thai)
- Juwa, S., Wongwat, R., & Manoton, A. (2019). The effectiveness of the Health Behavior Change Program with 7 colors Ball Tool on Knowledge, Health Belief and Behavior Relate to the Prevention and Control of Hypertension and Diabetes Mellitus, in Maeka Sub-District, Muang District, Phayao Province. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 39 (2), 127-141. (in Thai)
- Karnjanapiboonwong, A., Khamwangsanga, P., & Kaewtha, S. (2020). *Report on the situation of NCDs, Diabetes high blood pressure and risk factors that Related 2019*. (1st ed.). from <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf>. (in Thai)
- Keawchandee, C. et al., (2023). Effectiveness of Health Promotion Program for Preventing Hypertension among Risk group. *Lanna Public Health Journal*, 19(1), 11-25. (in Thai)

- Khamngoen, R., *et al.*, (2023). The effectiveness of the Health Behavior Change Program based on PBRI's model and 7 Colors Ball Tool on knowledge and health behavior of Nursing Students with overweight. *Journal of Health Research and innovation*. 6(2), 1-15. (in Thai)
- Maneelert, C. (2021). Development of Application to screening Diabetes and Hypertension groups. *Chiang Mai Rajabhat Research Journal*, 22(3), 109-125. (in Thai)
- McGriff, S.J. (2023). Wiki Educator "Free e-learning content. Retrieved June 23, 2011, from ADDIE Model Diagram. from http://wikieducator.org/File:ADDIE_model_diagram_by_McGriff.gif
- Murray, R. B. & Zentner, P. J. (1993). Nursing assessment and health promotion: Strategies through the life span (5th ed.) Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Paterick, T. et al. (2017). Improving health outcomes through patient education and partnerships with patients. from <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/08998280.2017.11929552?needAccess=true>
- Phattarasatjatam, P. (2016). Instructional System Design (ISD) by ADDIE Model: The Development of Metacognition of Nursing Student. *Journal of Education Silapakorn University*. 13(2), 6-17. (in Thai).
- Sasang, U., Krongyuth, S. and Chananin, Y., (2022). Factors Associated with self-care Behaviors of Patients with Non-communicable Diseases. *Journal of Nursing and Education 2022*, 14(4), 45-68. (in Thai)
- Tienthavorn, V. (2023). Surveillance, Control and Prevention System of DM and HT in Thailand : Policy to action. (3rd ed.) from https://kpo.moph.go.th/webkpo/tool/NCD_Policy2Action.pdf. (in Thai)
- World Health Organization. (2023, December). Non-communicable diseases in South-East Asia: journeying towards the SDG target. from <https://www.who.int/thailand/publications/m/item/non-communicable-diseases-in-south-east-asia--journeying-towards-the-sdg-target>.

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

กองบรรณาธิการ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิจัย นวัตกรรม และบทความวิชาการ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านการสอน การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรองโดยลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์
3. บทความนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14 หรือ 12 กรณีมีจำนวนหลายคอลัมน์) โดยพิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน - ล่าง, ซ้าย - ขวา 2.54 cm. โดยรวมเนื้อหาและรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 17 (หนา) ไว้หน้าแรกตรงกลาง
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 14 (หนา) อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกอยู่ท้ายชื่อ และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 12 (หนา) ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกอยู่หน้า ให้ตรงกับชื่อผู้พิมพ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลัก เพิ่ม e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทย จำนวนคำไม่เกิน 400 คำ และบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 คำ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 - 5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา)
7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อย่อยให้ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดอักษร 15 (หนา)
8. การใช้ตัวเลขคำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
9. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 3 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 เซนติเมตร และใช้ "_" แทนการกำกับแทนตัวเลข เช่น

1.

1.1

1.1.1

1)

1.1)

-

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตาราง และระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้น ๆ คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือสีก็ได้ ภาพต้องเป็นภาพที่มีความคมชัด ส่วนภาพเขียนลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาดที่เหมาะสม กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาได้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย

11. บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ
- Abstract
- บทนำ
- เนื้อเรื่อง
- สรุป
- ข้อเสนอแนะ
- References

บทความวิชาการ (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Content
- Conclusion
- Suggestion
- References

12. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐานวิจัย (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
 - การเก็บรวบรวมข้อมูล

- การวิเคราะห์ข้อมูล
 - จริยธรรมวิจัย
 - ผลการวิจัย
 - อภิปรายผล
 - การนำผลการวิจัยไปใช้
 - ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
 - References
- บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้
- Abstract (in Thai)
 - Abstract
 - Introduction
 - Objectives
 - Hypotheses (if available)
 - Conceptual Framework
 - Methods
 - Population and Sample
 - Research Instrument
 - Validity and Reliability of the Research Instrument
 - Data Collection
 - Data Analysis
 - Ethical Consideration/Informed Consent
 - Results
 - Discussion
 - Implication of the Results
 - Recommendation for Further Study
 - References
13. บทความนวัตกรรม ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้
- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
 - บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
 - บทนำ
 - วัตถุประสงค์วิจัย
 - สมมติฐานวิจัย (ถ้ามี)
 - กรอบแนวคิดของนวัตกรรม
 - หลักการ
 - แนวคิด
 - ทฤษฎีในการพัฒนานวัตกรรม
 - กระบวนการพัฒนานวัตกรรม
 - ระเบียบวิธีวิจัย

- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- วิธีการเก็บข้อมูล
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- การประมวลผล
- วิเคราะห์ข้อมูล

- จริยธรรม
- ผลการพัฒนานวัตกรรม
- การประเมินผลนวัตกรรม
- ข้อเสนอแนะ
- รายการอ้างอิง

บทความนวัตกรรม (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- Abstract (Thai)
- Abstract
- Introduction
- Research Objectives
- Research Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework of the Innovation
 - Principles
 - Concepts
 - Theories Supporting the Innovation Development
- Innovation Development Process
- Research Methodology
 - Research Methods
 - Sources of Data
 - Target Population
 - Sampling Methods
 - Data Collection Methods
 - Research Instruments
 - Data Processing
 - Data Analysis
- Research Ethics
- Innovation Development Results
- Innovation Evaluation
- Recommendations
- References

14. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6th Edition และเป็นไปตามรูปแบบที่วารสารกำหนด ทั้งนี้ทางวารสารใช้การอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษโดยแปลอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้เป็นภาษาอังกฤษ โดยสามารถศึกษาเพิ่มเติมจาก <https://dekgenius.com/> ดังนี้

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้ระบบนาม - ปี (Name - year system) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., ดังตัวอย่าง

(Nawsuwan, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, & Singsri, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, Singsri, Singhasem, Suwannaraj, Janpes, et al., 2015)

การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม - ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” กรณีชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม”...

“พยาบาลจึงจะต้องเป็นนักคิด และมีการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ความสงสัยที่เกิดขึ้นตลอดเวลา” (Kunaviktikul, 2007)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Nawsuwan (2017)

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า "et al." สำหรับบทความหนังสือหรือเอกสาร ที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in Thai) ดังตัวอย่าง

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Songkhla*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

Fraenkel, R. J., Wallen, E. N., & Hyun, H. H. (2012). *How to Design and Evaluate Research in Education*. (8th ed.). New York: McGraw-Hill.

2. ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

Praboromarajchanok Institute of Health Workforce Development. (2013). *Collection of Academic Performance in Humanized Service Mind*. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

3. การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

Waite, J. (2011). *Information and Documentation*. In Potter, A. P., Perry, G. A., Stockert, A. P. & Hall, A. Basic Nursing Challenge. (pp. 142-164). Missouri: Mosby/Elsevier.

4. การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต

Heubecke, E. (2008). *The New Face of Nursing: Expanding Patient Advocacy with Leadership, Creativity, and Vision*. Johns Hopkins Nursing Magazine. Retrieved November 3, 2013 from <https://magazine.nursing.jhu.edu/>.

5. การอ้างอิงจากวารสาร

Sheiham, A. (2006). Dental Caries Affects Body Weight, Growth and Quality of Life in Pre-

School Children. *British Dental Journal*, 201(10), 625-626.

กรณีบทความวิจัยที่มีเลขรหัสบทความ (e) หรือเลข DOI ให้อ้างอิง ดังนี้

Sahaworapan, T., Nilmanat, K., & Thasaneesuwan, S. (2023). Competency of Nurse Practitioners in Advance Care Planning (ACP) for Patients with Renal Replacement Therapy and Related Factors. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(3), e258128. (in Thai)

Nawsuwan, K., Oupra, R., Singweratham, N., & Thepakorn, P. (2023). Uncovering the underlying aspects of successful COVID-19 prevention and control in Thailand through factor analysis: Lessons we have not yet learned from village health volunteers. *Belitung nursing journal*, 9(5), 505-511.

<https://doi.org/10.33546/bnj.2735>

6. วิทยานิพนธ์

Nawsuwan, K. (2015). *Indicators Development of Nursing Students's Identities in Nursing Colleges, Ministry of Public Health*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Doctor of Education Degree in Educational Administration Faculty of Education and Liberal Arts, Hatyai University. (in Thai)

การส่งบทความ

ให้ส่งทางระบบออนไลน์มาที่ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ผ่านเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jhri> หรือ และแนบแบบฟอร์มตามที่วารสารฯ กำหนด

วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ มีกำหนดออก 2 ฉบับต่อปี คือ ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน) ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม)

รายการตรวจสอบก่อนส่งบทความ

1. บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. หากเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือปริญญานิพนธ์ต้องผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย
3. บทความจะต้องพิมพ์ภายใต้รูปแบบตามที่วารสารกำหนดอย่างเคร่งครัด
4. บทความที่ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่ จะต้องแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ หรือกองบรรณาธิการก่อน จึงจะถือว่าหนังสือรับรองการตีพิมพ์จะสมบูรณ์ หากไม่แก้ไข จะถือสิทธิ์ว่าไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการใด ๆ ทั้งสิ้น

เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ

1. บทความต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ เป็นวารสารที่มีผู้พิจารณาบทความ (Peer - Review) ตรวจสอบเนื้อหา บทความเพื่อลงตีพิมพ์ จำนวน 3 ท่านต่อบทความ โดยผู้พิจารณาบทความจะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้

พิจารณาเช่นกัน (Double Blind) ทั้งนี้บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ บุคคลอื่นไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

2. บทความต้องได้รับการยอมรับการตีพิมพ์จากผู้พิจารณาบทความ 2 ใน 3 ท่าน จึงจะได้รับ
การตีพิมพ์

3. บทความต้องจัดพิมพ์ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด

4. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ ด้วยระบบออนไลน์

5. วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสม
และความคิดเห็นของผู้เขียน

6. วารสารฯ จะดำเนินการเก็บค่าตีพิมพ์หลังจากบรรณาธิการวารสารตอบรับการตีพิมพ์
(Accepted) ในระบบ ซึ่งจะมี e-mail แจ้งรายละเอียดชำระค่าตีพิมพ์

7. ผู้เขียนต้องชำระการตีพิมพ์บทความ จำนวน 4,500 บาท

8. อาจารย์ นักศึกษา ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ไม่ต้องชำระค่าตีพิมพ์
หรือหากมีข้อสงสัยติดต่อ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา (บรรณาธิการวารสาร)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

เลขที่ 56/6 หมู่ 2 ถนนศรีวิชัย ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000

E-mail: journal@bcnsurat.ac.th

แบบฟอร์มการส่งบทความวิจัย/บทความนวัตกรรม/บทความวิชาการ
วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

.....
.....
.....

เรื่อง ขอส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ
เรียน บรรณาธิการวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบฟอร์มส่งบทความ/ใบสมัครสมาชิก/แบบรับรองบทความจากวิทยานิพนธ์

ด้วยข้าพเจ้าตำแหน่งงาน/หน่วยงาน.....

หากเป็นนิสิตให้ ระบุ สาขา/คณะ/มหาวิทยาลัย).....
ขอส่งบทความจำนวน.....เรื่อง.....

ดังรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้ เพื่อนำตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

ในการนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความที่ข้าพเจ้าได้ส่งมานี้ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใดๆ
มาก่อนและไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใดๆ ทั้งสิ้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ (.....)

ตำแหน่ง.....

ข้อมูลของผู้เขียนบทความเพื่อสะดวกในการติดต่อ

โทรศัพท์.....

โทรสาร

e-mail

ใบสมัครสมาชิก/ค่าตีพิมพ์บทความ วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

ประเภท ☐ บุคคล ☐ หน่วยงาน

ออกใบเสร็จในนาม

ที่อยู่

สถานที่จัดส่งใบเสร็จ

เบอร์โทรศัพท์.....e-mail.....

มีความประสงค์จะชำระ

☐ ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

เป็นเงิน 4,500 บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน)

ชำระโดย

☐ ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทย แจ้งรหัสหน่วยงาน Company Code 82657

☐ ชำระผ่าน Mobile Application (Krungthai NEXT) รหัสหน่วยงาน Company Code 82657

รวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ลงนามผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

สำหรับเจ้าหน้าที่

ใบเสร็จเล่มที่.....เลขที่.....ลงวันที่.....

ลงทะเบียนสมาชิกเลขที่.....

วารสารฯ เริ่มจ่าย ฉบับที่...../.....ถึงฉบับที่...../.....

ผู้รับสมัคร.....

วันที่รับสมัคร...../...../.....

หมายเหตุ: ส่งหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความมาที่

กองบรรณาธิการ วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000

โทร 077-287816 ต่อ 218,219

หากมีข้อสงสัย ติดต่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา (บรรณาธิการวารสาร) โทร 081-3964193

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

เลขที่ 56/6 หมู่ 2 ถนนศรีวิชัย ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000

หมายเหตุ : * วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ ไม่มีการตีพิมพ์เป็นรูปเล่ม

และดำเนินการเผยแพร่ในรูปแบบออนไลน์เท่านั้น

วิธีการชำระเงินค่าตีพิมพ์
วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ
โดย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ช่องทางที่ 1 ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทย
แจ้งรหัสหน่วยงาน Company Code 82657

ช่องทางที่ 2 ชำระผ่าน Mobile Application (Krungthai NEXT)
วิธีการตามภาพด้านล่าง



- ขั้นตอนที่ 1 เลือกเมนู "จ่ายบิล" เพื่อเข้าสู่ระบบ
- ขั้นตอนที่ 2 พิมพ์รหัสหน่วยงาน (Company Code) "82657"
- ขั้นตอนที่ 3 กดเลือกหน่วยงาน "วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี"
- ขั้นตอนที่ 4 พิมพ์เลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก ตัวอย่าง "9999999999999"
- ขั้นตอนที่ 5 พิมพ์เบอร์โทรศัพท์ผู้สมัคร ตัวอย่าง "0999999999"
- ขั้นตอนที่ 6 พิมพ์จำนวนเงินที่ต้องชำระ "4,500 บาท"
- ขั้นตอนที่ 7 พิมพ์ ชื่อ-สกุลของท่าน ตัวอย่าง "แก้ว ทองแก้ว"
- ขั้นตอนที่ 8 กดถัดไป และกดยืนยันข้อมูล