

ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2567

Vol. 4 No. 2 May - August 2024

ISSN: 2985-0916 (Online)



Journal of Nursing and Public Health Research

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

วารสารวิจัยการพยาบาล และการสาธารณสุข



Journal of Nursing and Public Health Research



<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/index>

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข Journal of Nursing and Public Health Research

วัตถุประสงค์

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการในด้าน การพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ประเภทบทความ

- บทความวิจัย (Research Article)
- บทความวิชาการ (Academic Article)
- บทความปริทัศน์ (Review Article)

กระบวนการพิจารณา

ทุกบทความจะผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยกองบรรณาธิการจะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) จำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านเนื้อหานั้น ๆ การประเมินคุณภาพผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นระบบไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง (Double-Blind Peer Review) โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน

กำหนดเผยแพร่

- ปีละ 3 ฉบับ
- ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม - เมษายน
- ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม
- ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน - ธันวาคม

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์ เชียงใหม่
201 หมู่ 4 ตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม เชียงใหม่ 50180
โทร. 053-121121 ต่อ 203, 063-7988805 โทรสาร 053-121125
E-mail: jnphr@bcnc.ac.th

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2567

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ	
ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร	ศาสตราจารย์ ดร.อารีวรรณ กลั่นกลิ่น	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัตน์
อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก	รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี้ สรรเสริญ	สำนักวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ศาสตราจารย์ ร.อ. พญ.วนิดา ชื่นกองแก้ว	รองศาสตราจารย์ ดร.อาทิตย์ พวงมะลิ	คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก	รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมาวาสี อัมพันศิริรัตน์	รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร.เอกรัฐ ภัทรธราธิปไตย	คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันดา ดุรงค์ฤทธิชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิลาวัลย์ ขมิ้นรัตน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีสุดา รัศมีพงศ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัสนี วันชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุดรธานี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาสุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภญ. เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก
	ดร.นภชา สิงห์วีระธรรม	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
	แพทย์หญิงสุภาวรัตน์ กาญจนะวนิชย์	โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
	เภสัชกรหญิง ดร.อรรัตน์ หวังประดิษฐ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
	ดร.พิมลพรรณ เนียมหอม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช
	ดร.เกศราภรณ์ ชูพันธ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่
	ดร.ชลธิชา อมาตยคง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่
	ดร.มนตรี คำรังษี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่
	Mr.William Leslie	นักวิชาการอิสระ (ที่ปรึกษาด้านภาษาอังกฤษ)

บรรณาธิการ

ดร.อัมภิกา นาไวย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปฐวิทย์ ทองแดง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่

กองจัดการ

นางสาวปณัสยา พรหมดี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 3 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

Editorial advisor	Editorial Board	
Professor Dr. Vichai Tienthavorn President of Praboromarajchanok Institute	Professor Dr.Areewan Klanklin	School of Nursing, Panyapiwat Institute of Management
Professor Wanicha Chuenkongkaew Vice President of Praboromarajchanok Institute	Assoc.Prof. Dr.Rachanee Sunsern	School of Health Science, Mae Fah Luang University
Assist.Prof Dr.Amavasee Ampansirirat Director of Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai	Assoc.Prof. Dr.Aatit Paungmali	Faculty of Associated Medical Science, Chiang Mai University
	Assoc.Prof. Dr.Siripant Siripant	Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University
	Assoc.Prof.Ekarat Phattaratatip	Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University
	Assist.Prof. Dr.Vanida Durongritichai	Faculty of Nursing, Phetchaburi Rajabhat University
	Assist.Prof. Dr.Wilawan Chomnirat	Faculty of Nursing, Khon Kaen University
	Assist.Prof. Dr.Srisuda Ratsameepong	Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University
	Assist.Prof. Dr.Sutthida Phongphanngam	Faculty of Nursing, University of Phayao
	Assist.Prof. Dr.Ausanee Wanchai	Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj
	Assist.Prof. Dr.Kittiporn Nawsuwan	Boromarajonani College of Nursing, Songkhla
	Assist.Prof. Dr.Phayong Thepaksorn	Sirindhorn College of Public Health, Trang
	Assist.Prof. Dr.Benjawan Poonthananiwatkul	Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology
	Dr.Noppcha Singweratham	Faculty of Public Health, Chiang Mai University
	Dr.Suparat Kanjanavanit	Nakornping Hospital
	Dr.Orarat Wangpradit	Sirindhorn College of Public Health Chonburi
	Dr.Pimonpan Niamhom	Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj
	Dr.Kesaraporn Choopun	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai
	Dr.Chonticha Amattayakong	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai
	Dr.Montri Khumrungsee	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai
	Mr.William Leslie	Independent Scholar (English Language Consultant)

Editor

Dr.Ampicha Nawai
Boromarajonani College of Nursing,
Chiang Mai

Assistant Editor

Assist.Prof. Dr.Pulawit Thongtaeng
Boromarajonani College of Nursing,
Chiang Mai

Journal Manager

Ms.Panutsaya Promdee
Boromarajonani College of Nursing,
Chiang Mai

Publish

3 issues per year
No.1 January - April
No.2 May - August
No.3 September - December

Copyright

Boromarajonani College of Nursing,
Chiang Mai

บทบรรณาธิการ (Editor Note)

เรียน ผู้นิพนธ์ และผู้อ่านวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุขทุกท่าน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ได้ดำเนินการจัดทำวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข (Journal of Nursing and Public Health Research (JNPHR)) ฉบับนี้เป็นปีที่ 4 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - เดือนสิงหาคม 2567 แล้ว โดยยังคงมุ่งมั่นการทำหน้าที่เป็นพื้นที่เปิดทางวิจัยและวิชาการสำหรับคณาจารย์ นักวิจัย นักวิชาการ รวมถึงผู้ที่สนใจได้ใช้เป็นเวทีในการนำเสนอผลงานการศึกษาค้นคว้าด้านการพยาบาล และการสาธารณสุข

สำหรับเนื้อหาบทความในวารสารฉบับนี้ มีบทความวิจัย จำนวน 13 เรื่อง และ บทความวิชาการ จำนวน 2 เรื่อง กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ จะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่าน เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนางานวิจัยทางสุขภาพของท่านให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ในนามคณะกรรมการกองบรรณาธิการฯ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงต่อผู้เขียนผลงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาผลงาน และผู้ประสานงาน ในนามตัวแทนกองบรรณาธิการและกรรมการท่านอื่น ๆ ที่ไม่สามารถเอ่ยนามได้หมด ตลอดจนผู้ให้การสนับสนุนหลายฝ่ายด้วยกัน และในโอกาสนี้ทางวารสารขอเชิญชวนนักวิจัย นักวิชาการ รวมทั้งผู้สนใจทั่วไปส่งบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่เกี่ยวข้องกับด้านการพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินคุณภาพบทความก่อนการตีพิมพ์กับวารสาร โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม และสามารถส่งผลงานวิชาการผ่านทางระบบออนไลน์ได้ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/index>

ดร.อัมมิษา นาไวย์
บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิจัย :

ประสิทธิผลของการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 ในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล.....e265377

Effectiveness of Transformative Learning for Critical Thinking among Second-Year Nursing Students in Principles and Techniques of Nursing Practice

ปวีณา ยศสุรินทร์, พักตร์วิภา ตันเจริญ, นิชชา ทิพย์วรรณ, นนทรรัตน์ จำเริญวงศ์

Paweena Yotsurin, Pakwipa Tancharoen, Nittcha Tipwan, Nontarut Jamroenwong

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิต ความแข็งแกร่งในชีวิต และภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.....e265694

The Relationship between Mental Health Literacy Resilience and Depression in Students at Nakhon Pathom Rajabhat University

เรียม นมรักษ์, วริยา จันทร์ขำ, หทัยชนก บัวเจริญ

Riam Namarak, Wariya Chankham, Hathaichanok Buajaroen

ผลของโปรแกรมป้องกันโรคปอดอักเสบในเด็กต่อความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอักเสบของมารดาชาวกะเหรี่ยงอำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่.....e266889

Effect of Pneumonia Prevention Program in Children on Knowledge, Health Belief and Behaviors Regarding Pneumonia Prevention in Karen Mothers, Omkoi District, Chiang Mai Province

อารีรัตน์ ตั้งพิชฐานสกุล, อักษรา ทองประชุม, วราภรณ์ บุญเชียง, วรางคณา นาคเสน

Areerat Tungpittansakul, Aksara Thongprachum, Waraporn Boonchieng, Warangkana Naksen

โปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นไทยในโรงเรียน: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ.....e264699

Depression Treatment Programs for Thai Adolescents in Schools: Meta-Analysis

ปรารธนา ชีวีวัฒน์, ศศิศ ศุขเจริญ, นิติบดี ศุขเจริญ

Pratana Cheveewat, Sasis Sukjaroen, Nitibodee Sukjaroen

ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง.....e268403

Factors Affecting Blood Pressure Level Control in Patients with Hypertension

พรรณณิกา ต่อมดวงแก้ว, ปะราลี โอภาสนันท์, กาญจนา หินมะลิ

Pannipha Tomduangkaew, Paralee Opanant, Kanchana Hinmal

สารบัญ

บทความวิจัย :

ผลการใช้ดนตรีพื้นบ้านอีสานต่อคุณภาพการนอนหลับของทารก.....e267281

Effects of Using Isan Folk Music on the Quality of Sleep in Infants

เกษรารังค์ บรรจงปฐุ, จุฬารณณ์ ตั้งภักดี

Katwarang Banjongparu, Juraporn Tangpukdee

แนวทางการลด ละ เลิกบุหรืตามหลักพุทธธรรมกรณีศึกษานิสิตมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ
ราชวิทยาลัยวิทยาเขตเชียงใหม่.....e263989

Guidelines for Reducing and Quitting Smoking According to Buddhist Principles:

Mahachulalongkornrajavidyalaya University Chiang Mai Campus

พระมหาดนัยพัชร ยูนิรัมย์, พระวิสิทธิ์ วงศ์ไส, พิสิษฐ โคตรสุโพธิ์, ธรรมรัตน์ มาทิพย์

Phramaha Danaiphath Yuniram, Phra WisitWongsai, Phisit Kordsupho, Tammarat Matip

การรับรู้ด้านสุขภาพและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับ
ความดันโลหิตไม่ได้.....e267575

Health Perception and Medication Adherence of Older Adults with Uncontrolled Hypertension

อรรรัตน์ หวังประดิษฐ์, ชลาลัย โชคดีศรีจันทร์, สมสมัย ทัพนันท์, ศิริขวัญ โพธิ์แจ้ง, จารุวรรณ สุรัสโม

Orarat Wangpradit, Chalalai Chokdeesrijun, Somsamai Tupnunt, Sirikwan Pojeang,

Charuwan Surusmo

ผลของการพัฒนาโมบายแอปพลิเคชันสำหรับการประเมินและป้องกันภาวะสมองเสื่อมด้วยตนเอง
สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง.....e266784

*The effectiveness of developing a mobile application for the self-assessment and prevention of
dementia in at-risk elderly individuals*

เรณู ขวัญเย็น, ณัฐรพี ใจงาม, อรรณุช ชุศรี, ดวงเนตร ธรรมกุล, ศรีสุดา วงษ์วิเศษกุล

Renu Kwanyuen, Natrapee Jaingama, Orranuch Chusri, Doungnetre Thummakula,

Sresuda Wongwiseskula

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีเชียงใหม่.....e264705

The Relationship between Health Literacy and Coronavirus Disease 2019 Prevention Behaviors

among Nursing Students, Borommarajonani College of Nursing Chiang Ma

ปริศนา ยิ่งราษฎร์สุข, พัชรานิช จอแง, สายฝน สฤติกุล

Prissana Yingratsook, Patthanit Jongkae, Saifon Saritdikul

สารบัญ

บทความวิจัย :

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพเขตบริการสุขภาพที่ 8 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19.....e264565

Factors Affecting of Professional Burnout among Registered Nurses in Health Region 8 During the COVID-19 Pandemic

สุดาพร วงษาเนา, อัจฉรา คำมะতিย์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกชา สิงห์วีระธรรม

Sudaporn Wongsanao, Adchara Khammathit, Kittiporn Nawsuwan,

Noppcha Singweratham

การให้ความหมายของผู้ให้บริการสุขภาพต่อการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์.....e265994

The Meaning of Healthcare Providers on Promoting Health Literacy for Women with Gestational Diabetes

บุญสืบ โสโสม, บำเพ็ญ คำดี, กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, ตรีชฎา ปุ่นสำเร็จ,

พรทิพา ศุภราศรี, สุเพียร โภคทิพย์

Boonsurb Sosome, Bumpen Kamdee, Kamolrat Turner, Chularat Howharn,

Treechada Punsomreung, Porntipa Suparasri, Supian Pokathip

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนนทบุรี.....e268011

The Development of Caring Model for Patients with Chronic Kidney Disease in the Community, Nonthaburi Province

สุภลักษณ์ ธานีรัตน์, เมทนี ระดาบุตร, สุจิรา วิเชียรรัตน์, รัตนาพร อาสนพวรรณ

Suppaluk Thanirat, Matanee Radabutr, Sujira Wichainrat, Rattanaorn Assanaphun

บทความวิชาการ :

การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่มีความต่างทางวัฒนธรรม: บทบาทพยาบาล

.....e266538

Caring for Non-Communicable Diseases among the Karen Ethnic Group with Cultural Differences: Nurse's Roles

วัชรินทร์ คำสา, เอกลักษณ์ เด็กยง

Watcharin Khamssa, Eakaluk Dekyong

สารบัญ

บทความวิชาการ :

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันและลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วย

บาดเจ็บที่สมอง: การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์.....e267053

*Development of a Clinical Nursing Guideline for Preventing and Reducing Increased Intracranial
Pressure in Patients with Traumatic Brain Injury: Using Evidence -Based Practice*

รุ่งนภา เขียวชะอ่ำ

Rungnapha Khiewchaum

ประสิทธิผลของการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณ
ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 ในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล
Effectiveness of Transformative Learning for Critical Thinking among
Second-Year Nursing Students in Principles and Techniques of Nursing Practice

ปวีณา ยศสุรินทร์^{1*}, พักตร์วิภา ตันเจริญ¹, นิชชา ทิพย์วรรณ¹, นนทรัตน์ จำเริญวงศ์¹

Paweena Yotsurin^{1*}, Pakwipa Tancharoen¹, Nittcha Tipwan¹, Nontarut Jamroenwong¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข¹

Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health¹

(Received: September 15, 2023; Revised: January 22, 2024; Accepted: May 8, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประสิทธิผลของการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 ในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่ฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 70 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงโดยใช้กระบวนการสอน 10 ขั้นตอนของเมอร์ซีโร่ (Merzirow, 2000) และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการควบคุมตนเองด้านการคิด อยู่ในระดับมาก สำหรับด้านการตีความ ด้านการประเมิน และด้านการวิเคราะห์ อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการสรุปอ้างอิงอยู่ในระดับน้อย เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณก่อนและหลังการได้รับแผนการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง พบว่า หลังการได้รับแผนการจัดการเรียนรู้ฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แสดงให้เห็นว่า แผนการจัดการเรียนรู้ฯ ตามหลัก 10 ขั้นตอนของเมอร์ซีโร่ (2000) นี้ ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีการพัฒนาความคิดใคร่ครวญอย่างรอบคอบและมีการคิดวิเคราะห์อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้มีการจัดแผนการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลในชั้นปีที่สูงขึ้น เพื่อเป็นการส่งเสริมความมั่นใจแก่นักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง, การคิดอย่างมีวิจารณญาณ, นักศึกษาพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ ปวีณา ยศสุรินทร์ e-mail: paweena@bcnc.ac.th

Abstract

This quasi-experimental one-group pretest-posttest design aimed to examine the effectiveness of transformative learning for critical thinking among second-year nursing students in principles and techniques of nursing practice. Participants were second-year nursing students undergoing practical hospital training from October 2021 to May 2022. Seventy participants were chosen using a purposive sampling technique. The research tools included a transformative learning program for critical thinking using Merzirow's 10-step teaching process (Merzirow, 2000), The data collection instrument was the Critical Thinking Assessment Scale, with a Cronbach's Alpha Coefficient of 0.89. Data were analyzed using descriptive statistics and the Paired t-test.

The research findings indicated that the critical thinking scores of participants in terms of self-control in thinking were at a high level. The scores for interpretation, evaluation, and analysis were moderate. Additionally, the scores for the summary of references were at a low level. Upon comparing the mean scores of critical thinking before and after receiving the transformative learning intervention, it was found that after receiving the intervention, participants showed a statistically significant increase in average scores of critical thinking ($p\text{-value} < 0.05$). This suggests that the implemented transformative learning program, based on Merzirow's 10-step framework (2000), has contributed to developing thorough and analytical thinking among nursing students. Therefore, promoting transformative learning programs in higher-level nursing practice training is advisable to enhance students' confidence and effectiveness in patient care.

Keywords: Transformative Learning, Critical Thinking, Nursing Students

บทนำ

ในปัจจุบันการศึกษาถือเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยส่งเสริมและพัฒนาความรู้ความสามารถให้แก่มนุษย์ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ ดังนั้นการจัดการศึกษาในยุคนี้จึงมีจุดเน้นสำคัญคือ การฝึกให้ผู้เรียนคิดเป็น แก้ไขปัญหาเป็น และการกระตุ้นให้เกิดการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบสามารถนำไปสู่การแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมบนพื้นฐานของข้อมูลและสถานการณ์ และเพื่อให้สอดคล้องกับการศึกษาในศตวรรษที่ 21 ที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีทักษะในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีความคิดสร้างสรรค์ มีความเป็นผู้นำ สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้ ตลอดจนมีความสามารถในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการศึกษาในประเทศไทยนั้น ได้ให้ความสำคัญของการศึกษาเพื่อพัฒนาการคิด โดยได้กำหนดไว้ในกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา แห่งชาติระดับปริญญาตรี ซึ่งคาดหวังให้บัณฑิตมีคุณวุฒิหลักอย่างน้อย 5 ด้าน โดยเฉพาะทักษะทางปัญญาที่มุ่งให้

ผู้เรียนมีความสามารถในการคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงถือได้ว่ากระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณนั้นเป็นทักษะพื้นฐานที่สำคัญ (สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2558) อนึ่งองค์การวิชาชีพพยาบาลทั้งในและต่างประเทศได้ตระหนักถึงความสำคัญของความสามารถของผู้เรียนทางด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ จึงได้กำหนดให้เป็นสมรรถนะหนึ่งของพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2561) เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลเมื่อสำเร็จการศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพแล้วต้องปฏิบัติงานในการดูแลผู้รับบริการ/ผู้ป่วย ซึ่งมีความจำเป็นต้องใช้ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณในการตัดสินใจประกอบในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นอย่างมาก

ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณที่จะใช้องค์ความรู้ทางด้านการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและรอบคอบเพื่อหาข้อสรุปและอธิบายการปฏิบัติการพยาบาลต่าง ๆ อย่างถูกต้องเหมาะสมเพื่อที่จะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง (พิมพ์พัฒน จันทรเทียน, ทัดติยา นครไชย, จุริภรณ์ เจริญพงศ์, สัมพันธ์ มณีรัตน์ และดวงทิพย์ อนันต์ศุภมงคล, 2562) นอกจากนี้ศาสตร์ทางการพยาบาลถือเป็นศาสตร์ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลจำเป็นต้องติดตามความก้าวหน้า โดยใช้การคิดอย่างมีวิจารณญาณในการตัดสินใจข้อมูลต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมในการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งผู้ปฏิบัติการพยาบาลต้องให้การดูแลสุขภาพของผู้รับบริการทั้งในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วย ฉะนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้ปฏิบัติการพยาบาลต้องตัดสินใจอย่างถูกต้อง เนื่องจากการตัดสินใจในการกระทำเพื่อช่วยเหลือชีวิตของผู้รับบริการ จำเป็นต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เพื่อนำมาไตร่ตรอง แยกแยะประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วย และนำมาแก้ไขปัญหาทางสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม และปลอดภัยในชีวิตของผู้รับบริการ/ผู้ป่วย และสุดท้ายการปฏิบัติการพยาบาลนั้นต้องอาศัยการวิเคราะห์ พิจารณาอย่างมีวิจารณญาณในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เนื่องจากปัญหาทางจริยธรรมในวิชาชีพการพยาบาลเป็นปัญหาที่ต้องตัดสินใจระหว่างการเลือกกระทำ หรือ ไม่กระทำในสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งผู้ปฏิบัติการพยาบาลจำเป็นต้องอาศัยการคิดพิจารณาอย่างรอบคอบและต้องคิดอย่างมีวิจารณญาณ (กาญจนา ศรีสวัสดิ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2560)

การคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Thinking) คือ กระบวนการคิดไตร่ตรองข้อมูลอย่างรอบคอบเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่กำกับได้ด้วยตนเอง (Purposeful Self-Regulatory Judgment) ที่มีความสมเหตุสมผล (กาญจนา ศรีสวัสดิ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2560) การคิดอย่างมีวิจารณญาณจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการศึกษาทุกระดับ และสำคัญมากสำหรับนักศึกษาพยาบาลด้วยเช่นกัน ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญในการพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้เกิดทักษะกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณผ่านกระบวนการเรียนรู้ หรือการจัดการเรียนการสอนในรูปแบบต่าง ๆ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณในนักศึกษาพยาบาลโดยใช้การกำหนดสถานการณ์เป็นพื้นฐาน เพื่อให้นักศึกษาได้คิดวิเคราะห์ ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการใช้การสอนแบบการกำหนดสถานการณ์เป็นพื้นฐาน นักศึกษาพยาบาลมีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณอยู่ในระดับปานกลาง และมีความคิดเห็นต่อการพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก

(พิมพ์พัฒน์ จันทร์เทียน, ทัดติยา นครไชย, จุริภรณ์ เจริญพงศ์, สัมพันธ์ มณีรัตน์ และดวงทิพย์ อนันต์ศุภมงคล, 2562) และการที่นักศึกษาที่มีความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณส่งผลให้มีผลสัมฤทธิ์ด้านการเรียนดีขึ้น (สายนา วงศ์วิศาล และจิตตรี พลกุล, 2563) นอกจากการจัดรูปแบบการสอนแบบการกำหนดสถานการณ์ เพื่อพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณแล้ว การจัดการเรียนการสอนแบบการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) อาจจะเป็นรูปแบบหนึ่งที่น่าสนใจที่อาจจะช่วยพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณในนักศึกษาพยาบาลได้

การจัดการศึกษาพยาบาลมุ่งผลิตพยาบาลที่มีความรู้และทักษะการบริการที่ดี รวมทั้งมีความเข้าใจ ผู้รับบริการ/ผู้ป่วย การสอนในห้องเรียนและการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงบนพื้นฐานความรู้ที่แน่นอาจไม่เพียงพอ ซึ่งจำเป็นต้องมีวิธีการที่จะช่วยให้นักศึกษาสามารถเชื่อมโยงความรู้สู่การปฏิบัติได้จริงด้วย (ปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช, ผุสดี สระทอง, สรลรัตน์ พลอินทร์ และดวงหทัย ยอดทอง, 2562) ซึ่งแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) ของเมอร์ซีโรว์ (Mezirow, 2000) ถือเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้เรียนเปลี่ยนแปลง ความคิด มุมมอง และทัศนคติของตนเองแบบเดิม ๆ สู่การประเมินสถานการณ์และการปฏิบัติที่เหมาะสม (องค์อร ประจันเขตต์, 2557; เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, รุ่งทิพย์ ไชยโยธียศ และวิริยา โพธิ์ขวาง, 2560; พิศิษฐ์ พลธนะ, นกมล เลื่อนนกรบ, และภราดร ยิ่งยวด, 2562) นอกจากนี้การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงมองว่าการเรียนไม่ใช่แค่การแสวงหาความรู้เท่านั้นแต่เป็นการพัฒนาผู้เรียนโดยการเปลี่ยนแปลงมุมมอง (Perspective Transformation) หรือมโนทัศน์ (Paradigm) ผ่านการสะท้อนคิดภายในตนเองอย่างลึกซึ้ง (Critical Self-Reflection) และการแลกเปลี่ยนกับผู้อื่น (Discussion) เกิดความเข้าใจในตนเองและมีคุณค่า (Self-Esteem) สามารถสร้างความหมายที่แตกต่างจากเดิมได้ (จิราพร วรวงศ์, เนตรนา กาบมณี, พรพรรณ มนัสจกุล และธวัชชัย เชื้อนสมบัติ, 2562) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการนำการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงมาใช้ในการเรียนการสอนของแพทย์และพยาบาลมากขึ้นโดยเฉพาะในรายวิชาปฏิบัติ ซึ่งผลของการจัดการเรียนการสอนเพื่อการเปลี่ยนแปลงนี้ช่วยพัฒนาคุณลักษณะชีวิตของนักศึกษาแพทย์และพยาบาลได้ ที่แสดงให้เห็นว่าความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงสูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช, ผุสดี สระทอง, สรลรัตน์ พลอินทร์ และดวงหทัย ยอดทอง, 2562) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับผลการสอนสะท้อนคิดต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการปฏิบัติการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษา พบว่า ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ประไพ กิตติบุญถวัลย์, เกศแก้ว สอนดี, ผุสดี ก่อเจดีย์ และภาวสิทธิ์ สิงห์ประไพ, 2562) จะเห็นได้ว่าการเตรียมนักศึกษาพยาบาลให้มีสมรรถนะทั้งด้านความรู้ ทักษะ และการทำงานร่วมกับผู้อื่นถือเป็นสิ่งที่สำคัญมาก ดังนั้นการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงจึงเป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่น่าสนใจในการนำมาออกแบบการเรียนการสอนที่อาจจะสามารถช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนได้เกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ พร้อมทั้งจะให้การตัดสินใจในการปฏิบัติการทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ เป็นวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ที่มีพันธกิจในการผลิตบัณฑิตทางการพยาบาลที่มุ่งเน้นให้เกิดสมรรถนะตามที่สภาการพยาบาลได้กำหนด และมีความคาดหวังให้นักศึกษาพยาบาลเกิดทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาลจนกระทั่งจบเป็นพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจากการประชุมที่มอจารย์นิเทศรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลในปีการศึกษา 2563 หลังเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติ (After Action Review (AAR)) พบว่า นักศึกษายังมีปัญหาในด้านการคิดและการตัดสินใจ จะเห็นได้จากการที่ให้นักศึกษาได้ตอบปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติทักษะการพยาบาลบนหอผู้ป่วยในขณะที่เผชิญสถานการณ์จริง นักศึกษายังไม่สามารถที่จะตอบปัญหาหรือแสดงถึงการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ จากสิ่งเหล่านี้เป็นการสะท้อนให้เห็นว่านักศึกษายังขาดการคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณในการปฏิบัติการพยาบาล อนึ่งรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคทางการพยาบาลถือเป็นรายวิชาทางการพยาบาลวิชาแรกของนักศึกษาพยาบาลที่เริ่มเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลให้การพยาบาลพื้นฐานแก่ผู้ป่วย การจัดการเรียนการสอนในรูปแบบการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงให้แก่นักศึกษาตั้งแต่เริ่มต้นของการก้าวเข้าสู่วิชาชีพพยาบาล ย่อมทำให้นักศึกษาได้เข้าใจและมองเห็นคุณค่าของตนเองและผู้ป่วย รวมทั้งเป็นการช่วยสร้างทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณให้แก่ นักศึกษาในการแก้ไขปัญหาจากสภาพปัญหาที่เผชิญในการฝึกปฏิบัติงานได้ นอกจากนี้ จากการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Management) ระดับวิทยาลัยฯ ในปีการศึกษา 2563 เกี่ยวกับประเด็นการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning (TL)) ยังต้องการให้มีการส่งเสริมให้นำรูปแบบการเรียนการสอนดังกล่าวมาออกแบบการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาทางการพยาบาลอื่น ๆ ให้แพร่หลายมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับผลของการจัดการเรียนการสอนการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงต่อการคิดอย่างมี วิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 ในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล โดยมีความคาดหวังว่าการใช้การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงนี้จะสามารถส่งเสริมทักษะกระบวนการคิดอย่างมี วิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยและสามารถให้การพยาบาลพื้นฐาน แก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 ในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล

วัตถุประสงค์เฉพาะ

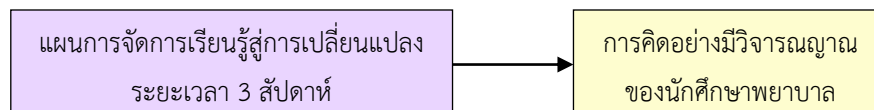
เพื่อเปรียบเทียบระดับการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 ก่อนและ หลังการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงในการขึ้นฝึกวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

หลังเข้าร่วมแผนการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง กลุ่มตัวอย่างมีระดับการคิดอย่างมีวิจารณญาณสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมแผนการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้นำกรอบแนวคิดแนวคิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning (TL)) ของเมอซีโรว์ (Mezirow, 2000) มาเป็นแนวทางในการจัดการแผนการจัดการการเรียนรู้เพื่อพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 ในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งประกอบด้วย 10 ขั้นตอนได้แก่ 1) การให้ผู้เรียนได้เผชิญกับวิกฤติการณ์ 2) การตรวจสอบตัวเอง 3) การเชื่อมโยงความคิดและความเชื่อของตนเอง 4) การเปิดใจยอมรับการเปลี่ยนแปลง 5) การค้นหาทางเลือกใหม่ 6) การวางแผนการเรียนรู้ใหม่ 7) การหาความรู้และทักษะสำหรับการปฏิบัติตามแผน 8) การเริ่มทดลองปฏิบัติตามบทบาทใหม่ 9) การสร้างความมั่นใจในบทบาทใหม่ และ 10) การบูรณาการความรู้ใหม่ ซึ่งเมื่อนักศึกษาได้รับการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการดังกล่าว เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ จะกระตุ้นให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ส่งผลให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจในการให้พยาบาลแก่ผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากที่สุด ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว (Quasi Experimental Research: One Group Pretest - Posttest Design) ดำเนินการศึกษาในภาคเรียนที่ 2-3 ของปีการศึกษา 2564 ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล ในภาคเรียนที่ 2-3 ของปีการศึกษา 2564

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเป็นนักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล ในภาคเรียนที่ 2-3 ของปีการศึกษา 2564 ขึ้นฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระหว่าง ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 ใช้วิธีการคำนวณโดยโปรแกรม G* Power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ซึ่งกำหนดอำนาจในการ

ทดสอบเพื่อหาค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม (Pre-Post Independent t-test) กำหนดขนาดอิทธิพลที่มีค่ากลาง (Effect Size) เท่ากับ 0.50 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 และกำหนดความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.50 (Cohen, 1992) ได้กลุ่มตัวอย่างประมาณ 60 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายจึงขอเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง ในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยเลือกทักษะทางการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย และการใส่สายสวนปัสสาวะ เนื่องจากเป็นทักษะการพยาบาลที่มีความซับซ้อนและต้องใช้เวลาเรียนรู้เป็นอย่างมากในการปฏิบัติทักษะ โดยใช้กระบวนการสอน 10 ขั้นตอนของเมอริซอร์ว (Mezirow, 2000) ดำเนินกิจกรรมในระยะ 3 สัปดาห์ต่อกลุ่ม โดยดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงประมาณ 45 นาทีต่อครั้ง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ

2.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผู้วิจัยนำมาจาก กาญจนา ศรีสวัสดิ์ (2559) ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกมาเฉพาะส่วนที่เป็นแบบวัดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ แบ่งเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย ทักษะการตีความ ทักษะการประเมิน ทักษะการสรุปอ้างอิง และทักษะการวิเคราะห์ จำนวน 20 ข้อ เป็นลักษณะคำถามที่ให้เลือกตอบตามตัวเลือกที่เหมาะสมกับคำถาม และทักษะการควบคุมตนเองเป็นลักษณะคำถามที่ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scales) การแปลผลคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณในแต่ละด้าน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ การปฏิบัติหรือตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด (คะแนน 4.50-5.00), การปฏิบัติหรือตรงกับความเป็นจริงมาก (คะแนน 3.50-4.49), การปฏิบัติหรือตรงกับความเป็นจริงปานกลาง (คะแนน 2.50-3.49), การปฏิบัติหรือตรงกับความเป็นจริงน้อย (คะแนน 1.50-2.49) และ การปฏิบัติหรือตรงกับความเป็นจริงน้อยที่สุด (คะแนน 1.00-1.49)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแผนการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล ได้แก่ การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย และการใส่สายสวนปัสสาวะ โดยใช้กระบวนการสอน 10 ขั้นตอนของเมอริซอร์ว (Mezirow, 2000) ไปหาความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญในการสอนรายวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง 1 ท่าน และ หัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา จากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรับก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลวิจัย

สำหรับแบบสอบถามเกี่ยวกับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผู้วิจัยนำมาจาก กาญจนา ศรีสวัสดิ์ (2559) ซึ่งแบบสอบถามนี้ มีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .86-1.00 และผ่านการนำไปใช้ในงานวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงไม่นำมาหาความตรงตามเนื้อหาอีก

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเกี่ยวกับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ที่ดัดแปลงมาจาก กาญจนา ศรีสวัสดิ์ (2559) ไปทดสอบกับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 ที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยประเมินการคิดอย่างมีวิจารณญาณของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการดำเนินกิจกรรมตามแผนการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง 10 ขั้นตอน

2. ดำเนินกิจกรรมโดยทีมผู้วิจัยที่ผ่านการอบรมการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง โดยใช้แผนการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงการสอนเรื่องทักษะการดูแลตนเองในต่อช่วยหายใจ และการใส่สายสวนปัสสาวะ ซึ่งใช้กระบวนการสอน 10 ขั้นตอน และดำเนินการเป็นระยะ 3 สัปดาห์ติดต่อกัน มีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การให้ผู้เรียนได้เผชิญกับวิกฤติการณ์ (Disorienting Dilemma) โดยผู้วิจัยมอบหมายการปฏิบัติทักษะการพยาบาล ได้แก่ การดูแลตนเองในต่อช่วยหายใจ และการใส่สายสวนปัสสาวะ ให้แก่ได้ปฏิบัติบนหอผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบตนเอง (Self-Examination) โดยผู้วิจัยใช้คำถามเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ตรวจสอบความรู้สึกก่อนการลงมือปฏิบัติทักษะการพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย

ขั้นตอนที่ 3 การเชื่อมโยงความคิดและความเชื่อของตนเอง (Sense of Alienation) โดยผู้วิจัยใช้คำถามกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนเกี่ยวกับขั้นตอนในการปฏิบัติและการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติทักษะการพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย

ขั้นตอนที่ 4 การเปิดใจยอมรับการแลกเปลี่ยนกับผู้อื่น (Relating Discontent to Others) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ภายหลังจากที่ได้ปฏิบัติทักษะการพยาบาลที่ได้รับมอบหมายกับเพื่อนในกลุ่ม โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำในการสนทนา เน้นการใช้คำถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างได้สะท้อนความรู้สึกขณะปฏิบัติ รวมทั้งความรู้สึกที่ปฏิบัติได้สำเร็จ

ขั้นตอนที่ 5 การค้นหาทางเลือกใหม่ (Explaining Options of New Behavior) โดยผู้วิจัยใช้คำถามกระตุ้นกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้เกิดการสะท้อนสิ่งที่ได้เรียนรู้ ปัญหา อุปสรรค ในการปฏิบัติ และสิ่งที่ต้องการพัฒนาให้ดีขึ้นในการปฏิบัติทักษะการพยาบาลซ้ำอีกครั้ง

ขั้นตอนที่ 6 การวางแผนการเรียนรู้ใหม่ (Planning a Course of Action) สืบเนื่องจากที่กลุ่มตัวอย่างได้สะท้อนถึงสิ่งที่ต้องการพัฒนาในการปฏิบัติทักษะการพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยมอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติทักษะ

การพยาบาลเดิมซ้ำอีกครั้ง และให้กลุ่มตัวอย่างได้สะท้อนผลของการปฏิบัติทักษะการพยาบาลของตนเอง โดยการแลกเปลี่ยนกับเพื่อนในกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 7 การหาความรู้และทักษะสำหรับการปฏิบัติตามแผน (Knowledge to Implement Plans) โดยผู้วิจัยสอดแทรกกิจกรรมที่เป็นการกระตุ้นการคิดและการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาในกรณีที่เกิดปัญหาระหว่างการปฏิบัติทักษะการพยาบาล เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกคิดและตัดสินใจให้ถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 8 การทดลองปฏิบัติตามบทบาทใหม่ (Experimenting with New Roles) ผู้วิจัยเน้นการมอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติทักษะการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้อธิบายเหตุผลในการปฏิบัติทักษะการพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย และเชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีเข้าสูการปฏิบัติ โดยคำนึงถึงบริบทของผู้ป่วย รวมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างได้ประเมินตนเองอีกครั้งหลังการทดลองปฏิบัติให้ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทักษะ ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยและต่อการปฏิบัติทักษะการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 9 การสร้างความมั่นใจในบทบาทใหม่ (Building Confidence in New Ways) โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ลงมือปฏิบัติทักษะการพยาบาลกับผู้ป่วยโดยอิสระ ไม่เข้าไปแทรกแซง ผู้วิจัยทำหน้าที่สังเกตและเข้าช่วยเหลือทันทีหากมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องและจะส่งผลกระทบต้อผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้โดยอิสระ ส่งเสริมทักษะการตัดสินใจแก้ไขปัญหาผ่านกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภายหลังการปฏิบัติทักษะการพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้สะท้อนคิดเกี่ยวกับความรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะการพยาบาล เป็นรายบุคคล และร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนในกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 10 การบูรณาการความรู้ใหม่ (Reintegration) สืบเนื่องจากการมอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติของตนเอง ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้ประเมินตนเองอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความคงอยู่ของความรู้และพัฒนาการของตนเองในการปฏิบัติทักษะทุกครั้งที่ได้รับมอบหมาย

3. ภายหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยทำการประเมินโดยใช้แบบสอบถามการคิดอย่างมีวิจารณญาณอีกครั้ง แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินโครงการวิจัย พร้อมทั้งแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับการคิดอย่างมีวิจารณญาณก่อนและหลังการเข้าร่วมแผนการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบมีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติจึงใช้สถิติ Paired t-tests

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่ ตามหนังสือรับรองเลขที่ BCNCT 13/2564 ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยโดยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ พร้อมทั้งทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางในการดำเนินวิจัยระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตัดสินใจไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่กระทบต่อการประเมินผลของรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอโดยภาพรวมของผลการศึกษานั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 91.43 และเพศชาย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 8.57 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 19-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 97.14 (Mean = 19.83, S.D. = 0.50)

ตารางที่ 1 จำนวนความถี่ ร้อยละของประชากร จำแนกตาม เพศ และ อายุ (n=70)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	64	91.43
ชาย	6	8.57
อายุ (Mean = 19.83, S.D. = 0.50)		
19-20 ปี	68	97.14
มากกว่า 20 ปี	2	2.86

2. ระดับคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับแผนการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง

ระดับคะแนนเฉลี่ยการคิดอย่างมีวิจารณญาณทั้งก่อนและหลังการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า หลังการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงมีคะแนนเฉลี่ยด้านการควบคุมตนเองด้านการคิดอยู่ในระดับมากเท่าเดิม ส่วนด้านการตีความ การประเมิน และการวิเคราะห์ คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางเท่าเดิมเช่นกัน ส่วนด้านการสรุปอ้างอิง คะแนนเฉลี่ยจากน้อยที่สุดขึ้นมามีอยู่ในระดับน้อย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณของรายด้าน ก่อนและหลังได้รับแผนการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (n=70)

ทักษะการคิดอย่างมี วิจารณญาณ	ก่อน		การแปลผล	หลัง		การแปลผล
	Mean	S.D.		Mean	S.D.	
1. ด้านการตีความ	2.59	0.75	ปานกลาง	2.90	0.98	ปานกลาง
2. ด้านการประเมิน	2.54	0.76	ปานกลาง	2.99	0.94	ปานกลาง
3. ด้านการสรุปอ้างอิง	1.43	0.78	น้อยที่สุด	1.72	0.72	น้อย
4. ด้านการวิเคราะห์	3.09	0.81	ปานกลาง	3.18	0.95	ปานกลาง
5. ด้านการควบคุมตนเอง	4.05	0.05	มาก	4.25	0.04	มาก
ด้านการคิด						

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการคิดอย่างมีวิจารณญาณของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลัง การได้รับแผนการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการคิดอย่างมีวิจารณญาณของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการ ได้รับแผนการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษา พยาบาลหลังการได้รับการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการคิดอย่างมีวิจารณญาณของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลัง การได้รับแผนการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (n=70)

ตัวแปร	ก่อนได้รับแผนการจัดการ เรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง		หลังได้รับแผนการจัดการเรียนรู้ สู่การเปลี่ยนแปลง		t	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
การคิดอย่างมีวิจารณญาณ	6.53	1.76	7.89	1.66	6.88	<0.001

* $p\text{-value} < 0.05$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า ภายหลังจากจัดแผนการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงทำให้การคิดอย่างมี วิจารณญาณของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะ การคิดอย่างมีวิจารณญาณเกี่ยวกับการควบคุมตนเองด้านการคิดอยู่ในระดับมาก ทักษะด้านการตีความการประเมิน และการวิเคราะห์ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และการสรุปอ้างอิงเพิ่มจากระดับน้อยที่สุดขึ้นมาอยู่ใน ระดับน้อย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และมีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของการศึกษาวิจัย กล่าวคือ

นักศึกษาได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการคิดตลอดเวลาในการฝึกปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลโดยผ่านการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง 10 ขั้นตอนของเมอร์ซีโรว์ (Mezirow, 2000) ที่เน้นการใช้คำถามจากอาจารย์นิเทศในการกระตุ้นให้นักศึกษาเกิดการคิดใคร่ครวญอย่างรอบคอบ คิดวิเคราะห์อย่างต่อเนื่อง ประกอบกับการเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้แสดงความเห็นในมุมมองที่แตกต่าง และสะท้อนความรู้สึกต่อการปฏิบัติทักษะทางการพยาบาล ทำให้สามารถพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงที่ดำเนินการของการศึกษานี้ได้ดำเนินการตาม 10 ขั้นตอน เริ่มจากการให้ผู้เรียนได้เผชิญกับวิกฤติการณ์ โดยอาจารย์นิเทศมอบหมายการปฏิบัติทักษะการพยาบาลที่นักศึกษาต้องพบเจอในหอผู้ป่วย รวมทั้งการให้นักศึกษาได้ตรวจสอบความรู้สึกของตนเองก่อนการลงมือปฏิบัติทักษะการพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย ใช้คำถามกระตุ้นเพื่อให้นักศึกษาได้เชื่อมโยงความคิด และความเชื่อของตนเองโดยมุ่งเน้นที่องค์ความรู้ที่เป็นขั้นตอนของการปฏิบัติทักษะนั้น ๆ รวมทั้งเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายหลังที่ได้ปฏิบัติทักษะการพยาบาลที่ได้รับมอบหมายกับเพื่อนในกลุ่ม โดยอาจารย์นิเทศเป็นผู้นำในการสนทนาเน้นการใช้คำถามที่ให้นักศึกษาได้สะท้อนความรู้สึกขณะที่ปฏิบัติ รวมทั้งความรู้สึกที่ปฏิบัติทักษะการพยาบาลได้สำเร็จ หลังจากนั้นอาจารย์นิเทศใช้คำถามกระตุ้นนักศึกษาเพื่อให้เกิดการสะท้อนสิ่งที่ได้เรียนรู้ ปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติ และสิ่งที่ต้องการพัฒนาให้ดีขึ้นในการปฏิบัติทักษะการพยาบาลซ้ำอีกครั้ง โดยการให้นักศึกษาได้วางแผนการเรียนรู้ใหม่เพื่อที่จะนำไปสู่การพัฒนาการปฏิบัติทักษะการพยาบาลในครั้งต่อไป และอาจารย์นิเทศมีบทบาทในการช่วยกระตุ้นการคิดและการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาในกรณีที่เกิดปัญหาระหว่างการปฏิบัติทักษะการพยาบาล เพื่อให้นักศึกษาได้ฝึกคิดและตัดสินใจให้ถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทั้งนี้จะนำไปสู่การปฏิบัติทักษะการพยาบาลที่ได้รับมอบหมายได้อย่างมีคุณภาพที่สอดคล้องกับทฤษฎีและบริบทของผู้ป่วย ซึ่งจะสามารถช่วยสร้างความมั่นใจต่อการปฏิบัติทักษะการพยาบาลของนักศึกษาได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้นักศึกษาเกิดความคงอยู่ของความรู้และพัฒนาการของตนเองในการปฏิบัติทักษะทุกครั้งที่ได้รับมอบหมาย จากรายละเอียดของกิจกรรมการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงข้างต้นนั้น ทำให้นักศึกษาเกิดการพัฒนาคิดอย่างมีวิจารณญาณที่เพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้สืบเนื่องจากภายใต้กิจกรรมที่ดำเนินการอาจารย์นิเทศจะใช้การกระตุ้นให้นักศึกษาสะท้อนคิดโดยการใช้คำถามปลายเปิดที่ทำให้นักศึกษาสามารถสะท้อนความรู้สึกนึกคิดในมิติต่าง ๆ ได้อย่างครอบคลุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณในนักศึกษาพยาบาล ที่พบว่า ปัจจัยด้านบทบาทผู้สอนที่เน้นให้นักศึกษามีส่วนร่วมในการเรียนการสอน เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น และลงมือปฏิบัติด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องผ่านประสบการณ์การเรียนรู้ที่หลากหลาย เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาสามารถเชื่อมโยงความรู้สู่การปฏิบัติได้และสามารถช่วยพัฒนาให้เกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาได้อย่างต่อเนื่อง (Boso, Merwe, & Gross, 2019)

นอกจากนี้ จะเห็นได้ว่า ในการดำเนินทุกขั้นตอนของการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงนั้น การสะท้อนคิดถือเป็นกระบวนการหนึ่งที่สำคัญที่สุดที่สอดแทรกในแต่ละขั้นตอน โดยอาจารย์นิเทศ คือ ผู้ที่ทำหน้าที่ในการใช้คำถามกระตุ้น

เพื่อเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้แลกเปลี่ยนมุมมอง ความคิดเห็น รวมทั้งความรู้สึกนึกคิดต่อการปฏิบัติทักษะการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพ กิตติบุญถวัลย์, เกศแก้ว สอนดี, ผุสดี ก่อเจดีย์ และภูวสิทธิ์ สิงห์ประไพ (2562) ที่ศึกษาผลการสอนสะท้อนคิดต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการปฏิบัติการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิมล ขอผล, จินตวิริพร แบนแก้ว, ธนัชชนี ศรีโบล, เกศราภรณ์ ชูพันธ์, สุมิตรพร จอมจันทร์ และนิตยา บุญลือ (2562) ที่ศึกษาการพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณโดยใช้การสะท้อนคิดในนักศึกษาพยาบาล พบว่า ในกลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการได้รับการเขียนสะท้อนคิดอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value}<0.05$)

จากผลการวิจัยในครั้งนี้มีความสอดคล้องกับผลการวิจัยต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์กับแนวคิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงที่นำมาใช้พัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล โดยการดำเนินการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงที่เน้นการใช้คำถามจากอาจารย์นิเทศในการกระตุ้นให้นักศึกษาเกิดการคิดใคร่ครวญอย่างรอบคอบ คิดวิเคราะห์อย่างต่อเนื่อง ประกอบกับการเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้แสดงความเห็นในมุมมองที่แตกต่างและสะท้อนความรู้สึกต่อการปฏิบัติทักษะทางการพยาบาล เป็นผลให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะในการคิดอย่างมีวิจารณญาณเพิ่มมากขึ้น กล่าวคือ นักศึกษาพยาบาลสามารถปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลได้อย่างรอบคอบ มีความตระหนักถึงสิ่งที่จะเป็นอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย มีการคิดวิเคราะห์ตลอดการปฏิบัติทักษะการพยาบาลแก่ผู้ป่วย อีกทั้งยังสามารถสะท้อนความรู้สึกนึกคิดถึงสิ่งที่เด่นชัดและจุดที่ต้องพัฒนาในการปฏิบัติทักษะการพยาบาล รวมทั้งยังช่วยเสริมสร้างความมั่นใจแก่นักศึกษาในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพต่อนักศึกษาในด้านการขึ้นฝึกปฏิบัติงานการปฏิบัติทางการพยาบาลในชั้นปีที่สูงขึ้นต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการศึกษาทางการพยาบาล ส่งเสริมการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงโดยนำมาบูรณาการในหลักสูตรของการเรียนการสอนทางการพยาบาลทั้งรายวิชาทฤษฎีและรายวิชาปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณและช่วยพัฒนาศักยภาพของนักศึกษาพยาบาลให้มีทักษะที่จำเป็นในยุคศตวรรษที่ 21
2. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล เป็นการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในคลินิกของนักศึกษาพยาบาลผ่านกระบวนการการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง เป็นการส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองนำไปสู่การปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรประยุกต์ใช้การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณในรายวิชาปฏิบัติทางการพยาบาลอื่น ๆ เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลมีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อไป
2. ควรมีการพัฒนาการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงเพื่อประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลจบใหม่
3. ควรมีการออกแบบการวิจัยที่มีการเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา ศรีสวัสดิ์ และสายสมร เฉลยกิตติ. (2560). การคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 70(3), 169-174.
- กาญจนา ศรีสวัสดิ์. (2559). *การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลสถาบันอุดมศึกษาเอกชน : การประยุกต์ใช้โมเดลสมการโครงสร้าง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง.
- จิราพร วรวงศ์, เนตรนภา กาบมณี, พรพรรณ มนัสจกุล และธวัชชัย เชื้อนสมบัติ. (2562). การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างอัตลักษณ์บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(ฉบับพิเศษ), 53-64.
- ประไพ กิตติบุญญวัลย์, เกศแก้ว สอนดี, ผุสดี ก่อเจตีย์ และภูวสิทธิ์ สิงห์ประไพ. (2562). ผลการสะท้อนคิดต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการปฏิบัติการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร*, 17(2), 163-171.
- ปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช, ผุสดี สระทอง, สรสิทธิ์ พลอินทร์ และดวงหทัย ยอดทอง. (2562). ผลของการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง ต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(1), 73-86.
- พิมพ์พัฒน์ จันทร์เพียน, ทัดติยา นครไชย, จุริกรณ์ เจริญพงศ์, สัมพันธ์ มณีรัตน์ และดวงทิพย์ อนันต์ศุภมงคล. (2562). การพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์. *วารสารเกษมบัณฑิต*, 20(2), 168-179.
- พิศิษฐ์ พลชนะ, นกมล เลื่อนนกรบ และภราดร ยิ่งยวด. (2562). การพัฒนารูปแบบการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดสร้างสรรค์และความฉลาดทางอารมณ์ของผู้นำนักศึกษา. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(ฉบับพิเศษ), 42-52.

- เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, รุ่งทิพย์ ไชโยยิ่งยงค์ และวิริยา โพธิ์ขวาง. (2560). การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง: การนำไปใช้ในการศึกษาพยาบาล. *วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา*, 4(1), 58-67.
- สภาการพยาบาล. (2561). *สมรรถนะหลักของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอก สาขาพยาบาลศาสตร์*. สืบค้นเมื่อ 7 พฤษภาคม 2564 จาก <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/004.pdf>.
- สายนภา วงศ์วิศาล และจิตตรี พละกุล. (2563). ความสามารถในการคิดแบบมีวิจารณญาณของนักศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 14(1), 190-206.
- สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2558). *แนวทางปฏิบัติตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาแห่งชาติ*. สืบค้นเมื่อ 7 พฤษภาคม 2564 จาก <http://www.mua.go.th/users/tqf-hed>.
- สุพิมล ขอผล, จินตวีร์พร แป้นแก้ว, ธนัชชนรี สโรบล, เกศราภรณ์ ชูพันธ์, สุมิตรพร จอมจันทร์ และนิตยา บุญลือ. (2562). การพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณโดยใช้การสะท้อนคิดในนักศึกษาพยาบาล. *พยาบาลสาร*, 46(1), 87-101.
- องค์การ ประจันเขตต์. (2557). การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง: มุมมองในการศึกษาทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 179-184.
- Boso, C. M., van der Merwe, A. S., & Gross, J. (2019). Critical thinking skills of nursing students: Observations of classroom instructional activities. *Nursing Open*, 7(2), 581-588. <https://doi.org/10.1002/nop2.426>
- Cohen, J. (1992). *Statistical power analysis*. Retrieved 7 May, 2021 from <https://doi.org/10.1111%2F1467-8721.ep10768783>.
- 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, 175-191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>
- Mezirow, J. (2000). *Learning as transformation: Critical perspectives on a theory in progress*. The Jossey-Bass higher and adult education series: ERIC.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิต ความแข็งแกร่งในชีวิต และภาวะซึมเศร้า
ในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

The Relationship between Mental Health Literacy Resilience and Depression
in Students at Nakhon Pathom Rajabhat University

เรียม นมรักษ์¹, วริยา จันทร์ขำ^{1*}, หทัยชนก บัวเจริญ¹

Riam Namarak¹, Wariya Chankham^{1*}, Hathaichanok Buajaroen¹

มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม¹

Nakhon Pathom Rajabhat University¹

(Received: October 2, 2023; Revised: September 24, 2023; Accepted: May 9, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional Study Design) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิต ความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม จำนวน 684 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้า มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 และแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35.23 มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวม อยู่ในระดับต่ำ (Mean = 1.11, S.D. = 0.38) มีความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 2.61, S.D. = 0.49) ผลการทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.33$, $p\text{-value} < 0.001$) ความรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.14$, $p\text{-value} < 0.001$) และความรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับต่ำกับความแข็งแกร่งในชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.08$, $p\text{-value} < 0.001$) ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนออกแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตและจัดกิจกรรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาในมหาวิทยาลัยได้

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพจิต, ความแข็งแกร่งในชีวิต, ภาวะซึมเศร้า, นักศึกษามหาวิทยาลัย

*ผู้ให้การติดต่อ วริยา จันทร์ขำ e-mail: cwariya@webmail.npru.ac.th

Abstract

This cross-sectional study aimed to investigate the relationship between mental health knowledge, resilience, and depression among students of Nakhon Pathom Rajabhat University. Participants comprised 684 Nakhon Pathom Rajabhat University students. Data were collected using an online questionnaire consisting of general information and depression assessment, with a reliability coefficient of 0.82, mental health knowledge assessment with a reliability coefficient of 0.94, and resilience assessment with a reliability coefficient of 0.98. Data analysis employed both correlation and Pearson's correlation coefficient.

The study revealed that, in the past 2 weeks, 35.23% of participants experienced depression. Most participants had overall mental health knowledge was predominantly low (Mean = 1.11, S.D. = 0.38), whereas the level of resilience was predominantly high (Mean = 2.61, S.D. = 0.49). The results of the correlation test revealed a statistically significant moderately negative correlation between resilience and depression ($r = -0.33$, $p\text{-value} < 0.001$), a statistically significant low positive correlation between mental health knowledge and depression ($r = 0.14$, $p\text{-value} < 0.001$), and a statistically significant low positive correlation between mental health knowledge and resilience ($r = 0.08$, $p\text{-value} < 0.001$). This study can serve as foundational data for designing activities to promote mental health knowledge and resilience in order to prevent depression among university students.

Keywords: Mental Health Literacy, Resilience, Depression, University Students

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะเจ็บป่วยทางจิตเวชที่พบได้บ่อยที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุข และส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกระบุว่า สถานการณ์สุขภาพจิตใน 17 ประเทศ พบ 350 ล้านคนของประชากรโลกป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 18 ในช่วงปี พ.ศ. 2548 ถึงปี พ.ศ. 2564 โดยเป็นผลจากจำนวนประชากรโลกที่เพิ่มขึ้น (World Health Organization, 2020) ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุใหญ่ ที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางสุขภาพในประชากรทั่วโลก มากกว่าร้อยละ 80 โดยโรคทางจิตเวชนั้นมีผลกระทบในเชิงเศรษฐกิจอย่างรุนแรง ประเมินการว่าภาวะซึมเศร้านั้นก่อให้เกิดความสูญเสียต่อเศรษฐกิจเป็นมูลค่าถึง 800 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ในปี พ.ศ. 2553 และคาดว่ามูลค่าของความสูญเสียนี้อาจเพิ่มขึ้นมากกว่าสองเท่าในปี 2573 (World Health Organization, 2020) ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในช่วงวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อความสามารถ

ในการเรียน ความสามารถในการทำงาน การเข้าสังคม ความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง หรือความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลงและในกรณีที่รุนแรงที่สุด อาจนำไปสู่ การฆ่าตัวตายได้ (กรมสุขภาพจิต, 2565a)

สำหรับประเทศไทยภาวะซึมเศร้านั้นจัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุข และเป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะบกพร่องทางสุขภาพ จากการรายงานสถิติภาวะซึมเศร้ากับนักศึกษาในมหาวิทยาลัยในต่างประเทศพบว่า นักศึกษามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 30 และพบว่า กว่าร้อยละ 4 ของนักศึกษากำลังเผชิญกับโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรง (Ashraful Islam, Yun Low, Ting Tong, Wan Yuen, & Abdullah, 2018) และการศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาสาขาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาหนึ่งของประเทศไทย พบว่า นักศึกษามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 45.30 (กรรณิการ์ กาญจนสุวรรณ, ชนัญญา จิระพรกุล และเนาวรัตน์ มณีนิล, 2563) นอกจากนี้ การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาซึ่งเป็นวัยรุ่นตอนปลายพบว่าสูงถึงร้อยละ 53.50 (โปรยทิพย์ ศิริยุทธ บุศหงส์ และเชาวลิต ศรีเสริม, 2562)

เมื่อวิเคราะห์ปัญหาภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา มาจากปัจจัยจากสภาพทางเศรษฐกิจที่มีรายได้น้อย ความไม่เพียงพอของรายรับ (รัตนภรณ์ ชูทอง และคณะ, 2562) การครุ่นคิด เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบและความเครียด (กาญจนา สุทธิเนียม และอุบล สุทธิเนียม, 2563) นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา (นันทยา คงประพันธ์, 2563; ปิยะ ทองบาง, 2562) อีกทั้งวัยรุ่นยังขาดการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) หรือความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งถือเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัย (ปาริชาติ เมืองขวา, กมลนันธ์ คล่องดี, และสุรัชย์ เณียง, 2563) จากการศึกษาความสัมพันธ์ของความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) เป็นลักษณะของบุคคลที่ทำให้บุคคลสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ต้องเผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีสุขภาพจิตดี ดำเนินชีวิตอย่างเข้มแข็ง เป็นความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อเผชิญเหตุการณ์เลวร้าย สามารถรับมือกับผลกระทบที่เกิดจากเหตุการณ์นั้นได้ในเวลารวดเร็ว อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เติบโตขึ้นและเข้าใจชีวิตมากขึ้น (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558) ความแข็งแกร่งในชีวิตประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักที่แต่ละบุคคลจะนำมาใช้เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์เลวร้าย เพื่อจัดการปัญหาลดความรุนแรง และเกิดการเรียนรู้จากกระบวนการที่ตนเองผ่านพ้นภาวะการณนั้น คือ 1) I have (ฉันมี) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต 2) I am (ฉันเป็น) เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล และ 3) I can (ฉันสามารถ) เป็นทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Grotberg, 1995) หากมีความแข็งแกร่งในชีวิต หรือความเข้มแข็งทางใจต่ำ ระดับความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ และการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวต่ำ จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าสูงได้ (เกวลี ชัยสุวรรณรักษ์ และพลิศรา ธรรมโชติ, 2563)

นอกจากความแข็งแกร่งในชีวิต ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตยังเป็นเรื่องรู้และความสามารถที่จำเป็นสำหรับการมีสุขภาพจิตที่ดี และเป็นตัวบ่งชี้สำคัญของภาวะสุขภาพจิต ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตจะช่วยให้บุคคล

หรือชุมชนสามารถบ่งชี้ถึงปัญหาทางจิตและค้นหาการรักษาที่เหมาะสมและทันเวลา (Hart, Morgan, Rossetto, Kelly, Mackinnon, & Jorm, 2018; Tay, Tay, & Klainin-Yobas, 2018) โดยที่ความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) คือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิต ทราบแหล่งให้ความช่วยเหลือ มีทัศนคติที่ดีต่อการเข้ารับการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากคนใกล้ชิดหรือนักวิชาชีพด้านสุขภาพจิต เพื่อรับการดูแล รักษา ฟื้นฟู รวมถึงการป้องกันและลดความรุนแรงของความผิดปกติทางจิตใจได้อย่างเหมาะสม (Dias, Campos, Almeida, & Palha, 2018) รวมทั้งเป็นความรู้ความสามารถของบุคคลที่จะตระหนักรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต รู้ถึงวิธีการค้นหาข้อมูลและแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ที่มีอยู่ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลรับรู้ เข้าใจ จัดการและป้องกันปัญหาทางจิต (Attygalle, Perera, & Jayamanne, 2017) ดังนั้น ความรู้ด้านสุขภาพจิต จึงเป็นทรัพยากรในตัวบุคคลที่สำคัญประการหนึ่งของวัยรุ่นที่จะใช้ในการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลง และลดโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้

จากการศึกษาเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพจิตระหว่างวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมน้อยกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ฤทัยรัตน์ ชิดมงคล, รัตติกร เหมือนนาดอน และสุมัทนา แก้วมา, 2563) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ของ วัชรพร เขยสุวรรณ และคณะ (2561) พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีความรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับขั้นพื้นฐานร้อยละ 60 ซึ่งอยู่ในระดับที่ต่ำ ในทำนองเดียวกับการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือของนักศึกษาเภสัชศาสตร์ ระดับปริญญาตรี ประเทศซาอุดีอาระเบีย ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือ บ่งชี้ว่านักเรียนที่มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพจิตที่สูงขึ้นมีแนวโน้มที่จะขอความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต (Almanasef, 2021) ในขณะที่การศึกษาของ ณัฐภรณ์ สันต์ ศรีวิชัย, วราภรณ์ บุญเชียง และพิมพ์ชนก เครือสุคนธ์ (2563) พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทางลบกับความเหงา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพจิต ความแข็งแกร่งในชีวิต และภาวะซึมเศร้า ในนักเรียน และนักศึกษามีผลการศึกษาที่แตกต่างกัน และเป็นการศึกษาในบริบทที่หลากหลาย แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพจิต ความแข็งแกร่งในชีวิต และภาวะซึมเศร้าในบริบทมหาวิทยาลัยราชภัฏ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิต ความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้าในบริบทของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏ เพื่อเป็นข้อมูลได้ใช้ในการวางแผนพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิต ความแข็งแกร่งในชีวิต เพื่อการส่งเสริมป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้า และสามารถนำไปปรับใช้เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาในมหาวิทยาลัยมีสุขภาพจิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

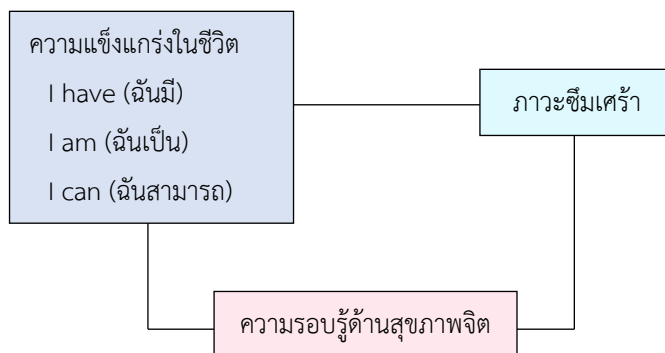
1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพจิต ความแข็งแรงในชีวิตและภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ด้านสุขภาพจิต ความแข็งแรงในชีวิตและภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

สมมติฐานการวิจัย

1. ความแข็งแรงในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
2. ความรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
3. ความรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแรงในชีวิตในของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดความแข็งแรงในชีวิตของ Grotberg (1995) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ที่แต่ละบุคคลจะนำมาใช้เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์เลวร้าย เพื่อจัดการปัญหา ลดความรุนแรง และเกิดการเรียนรู้จากกระบวนการที่ตนเองผ่านพ้นภาวะการณั้้น คือ 1) I have (ฉันมี) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแรงในชีวิต 2) I am (ฉันเป็น) เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล และ 3) I can (ฉันสามารถ) เป็นทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ร่วมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของ Dias, Campos, Almeida, & Palha (2018) ซึ่งแบ่งความรู้ด้านสุขภาพจิตเป็น 4 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต (Knowledge of Mental Health Problem) 2) ด้านความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต (Erroneous Beliefs and Stereotype) 3) ด้านการรู้และพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งรับความช่วยเหลือเบื้องต้น (First Aid Skill and Help Seeking Behavior) 4) ด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม (Self-Help Strategies) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยในการศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา หากนักศึกษามีความรู้ด้านสุขภาพจิตและความเชื่อที่เหมาะสมจนเกิดเป็นความแข็งแรงในชีวิต มีความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อเผชิญเหตุการณ์เลวร้าย สามารถรับมือกับผลกระทบที่เกิดจากเหตุการณ์นั้นได้ในเวลารวดเร็ว อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เข้าใจชีวิตมากขึ้น และสามารถจัดการอารมณ์ ความผิดปกติทางจิตของตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study Design) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความแข็งแรงในชีวิตและภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม โดยรายละเอียดระเบียบวิธีวิจัยมีดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม จาก 5 คณะ ประกอบด้วย คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ คณะครุศาสตร์ คณะวิทยาการจัดการ และ คณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 12,760 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาปริญญาตรีที่กำลังศึกษาชั้นปี 1-4 ในมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม ซึ่งกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของทาโร ยามาเน่ (Yamane, 1973) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 684 คน จากจำนวนประชากรทั้งหมด โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนจากจำนวนนักศึกษาในแต่ละสาขาทั้ง 5 คณะ คิดเป็นสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างต่อประชากรให้เท่ากับจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นปีที่ศึกษา คณะที่ศึกษา การทำกิจกรรมทางสังคม
2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม เป็นเครื่องมือมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต (2557) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ โดยระดับคะแนนน้อยกว่า 7 คะแนนไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก 7-12 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย 13-18 คะแนนมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง มากกว่า 19 คะแนนมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง
3. แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยนำมาจาก ญัฎฐภักดิ์สันต์ ศรีวิชัย, วราภรณ์ บุญเชียง และพิมพ์ชนก เครือสุคนธ์ (2564) ที่แปลมาจาก Dias, Campos, Almeida, & Palha (2018) มีจำนวน

29 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต จำนวน 11 ข้อ 2) ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิตจำนวน 8 ข้อ 3) การรู้และพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งรับความช่วยเหลือเบื้องต้น จำนวน 6 ข้อ 4) กลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม จำนวน 4 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 5 ระดับ ถึง ตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ให้ 5 คะแนน จนถึง เห็นด้วยอย่างมาก ให้ 1 คะแนน การแปลผลระดับความรู้ด้านสุขภาพจิต คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพจิตทั้งรายด้านและภาพรวมมากำหนดระดับความรู้ด้านสุขภาพจิต โดยเทียบกับเกณฑ์ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตน้อย ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมาก

4) แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยนำมาจากพัชรินทร์ นินทจันทร์ (2558) มีข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ฉันมี 9 ข้อ 2) ฉันเป็น 10 ข้อ 3) ฉันสามารถ 9 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า แต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย 3 หมายถึง เฉย ๆ 4 หมายถึง เห็นด้วย และ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลระดับความแข็งแกร่งในชีวิต ดูจากคะแนนเฉลี่ยทั้งรายด้านและภาพรวมมากำหนดระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 มีมีความแข็งแกร่งในชีวิตน้อย ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66 มีความแข็งแกร่งในชีวิตปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00 มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 0.80 และแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาในมหาวิทยาลัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิตมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 ความแข็งแกร่งในชีวิตมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม เป็นเครื่องมือมาตรฐานของกรมสุขภาพจิตมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามออนไลน์ ผ่านทาง Google Form ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างละเอียด โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ทางผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ภาวะซีมเศร้า 9 คำถาม ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และความแข็งแรงในชีวิต ของนักศึกษา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน

3. การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความแข็งแรงในชีวิต และภาวะซีมเศร้า โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test ก่อนการวิเคราะห์ หาค่าความสัมพันธ์ พบว่าข้อมูลมีการกระจายในโค้งปกติ จึงทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยส่งหนังสือขอรับพิจารณารับรองจริยธรรมเสนอต่อจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม โครงการ 043/2564 ผ่านการรับรองเลขที่ 048/2564 หลังจากผ่านการอนุมัติ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างละเอียดบนใบปะหน้าของแบบประเมิน ก่อนการทำแบบประเมินใน Google Form โดยกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยโดยอิสระ โดยข้อมูลทั้งหมด จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น การวิจัยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.13) อายุระหว่าง 18-31 ปี อายุเฉลี่ย 20.44 ปี (S.D. = 1.61) ศึกษาชั้นปีที่ 2 (ร้อยละ 36.30) กำลังศึกษาคณะวิทยาการจัดการ (ร้อยละ 27.60) ดังแสดง ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=684)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	88	12.87
หญิง	596	87.13
ชั้นปี		
ชั้นปีที่ 1	209	30.56
ชั้นปีที่ 2	248	36.36
ชั้นปีที่ 3	81	11.80
ชั้นปีที่ 4	146	21.30

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คณะที่ศึกษา		
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	78	11.40
คณะวิทยาการจัดการ	189	27.60
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	173	25.30
คณะพยาบาลศาสตร์	116	17.00
คณะครุศาสตร์	128	18.71

2. การทำกิจกรรมทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (n=684)

พบว่า ส่วนใหญ่มีกิจกรรมผ่อนคลายหรืองานอดิเรก (ร้อยละ 94) จำนวนชั่วโมงในการทำกิจกรรมส่วนใหญ่ใช้เวลา 2-5 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 54.53) ส่วนใหญ่เล่นโซเชียล (ร้อยละ 99.4) ใช้เวลามากกว่า 5 ชั่วโมงต่อวันมากถึง (ร้อยละ 61.55) ส่วนใหญ่มีเพื่อนสนิท (ร้อยละ 96.35) เวลาไม่สบายใจส่วนใหญ่จะปรึกษาครอบครัว (ร้อยละ 36.70) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของการทำกิจกรรมทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (n=684)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กิจกรรมผ่อนคลายหรืองานอดิเรก		
ทำ	643	94.01
ไม่ทำ	41	5.99
จำนวนชั่วโมงในการทำกิจกรรม		
น้อยกว่า 2 ชั่วโมง	143	20.91
2-5 ชั่วโมงต่อวัน	373	54.53
มากกว่า 5 ชั่วโมงต่อวัน	127	18.57
เล่นโซเชียลมีเดีย		
เล่น	680	99.42
ไม่เล่น	4	0.58
จำนวนชั่วโมงในการทำกิจกรรม		
น้อยกว่า 2 ชั่วโมง	28	4.09
2-5 ชั่วโมงต่อวัน	231	33.77
มากกว่า 5 ชั่วโมงต่อวัน	421	61.55
เพื่อนสนิท		
มี	659	96.35
ไม่มี	25	3.65
จำนวนเพื่อนสนิท		
น้อยกว่า 3 คน	126	18.42

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
3-5 คน	331	48.39
มากกว่า 5 คน	202	29.53
เวลาไม่สบายใจปรึกษา		
ครอบครัว	251	36.70
เพื่อน	229	33.48
โพลสโกลโซเชียล	12	1.75
แฟน	69	10.09

3. ระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้า ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 64.77) มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 35.23) โดยแบ่งเป็นมีอาการระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 21.05) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 8.33) และระดับรุนแรง (ร้อยละ 5.85)

4. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความแข็งแกร่งในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 629 คน (ร้อยละ 92) ระดับปานกลาง จำนวน 37 คน (ร้อยละ 5.40) และระดับสูง จำนวน 18 คน (ร้อยละ 2.63)

สำหรับ ระดับความแข็งแกร่งในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 425 คน (ร้อยละ 62.13) ระดับปานกลาง จำนวน 256 คน (ร้อยละ 37.43) และระดับต่ำ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 0.44) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และความแข็งแกร่งในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (n=684)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ระดับ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	18	2.63	สูง
	37	5.41	ปานกลาง
	629	91.96	ต่ำ
ความแข็งแกร่งในชีวิต	425	62.13	สูง
	256	37.43	ปานกลาง
	3	0.44	ต่ำ

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาผลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความแข็งแกร่งในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งคะแนนโดยรวมและรายด้าน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 1.11, S.D. = 0.38) อยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 2.38, S.D. = 0.82) รองลงมา คือ ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต

[10/16]

(Mean = 2.55, S.D. = 0.74) ส่วนกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสมมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 2.22, S.D. = 0.99) สำหรับระดับความแข็งแรงในชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 2.61, S.D. = 0.49) เมื่อพิจารณารายด้าน ฉะนั้นมีค่าเฉลี่ยสูงสุด Mean = 3.92 (S.D. = 0.77) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความแข็งแรงในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งคะแนนโดยรวมและรายด้าน

ตัวแปร	Mean	S.D.	ระดับ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	1.11	0.38	น้อย
ความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต	2.38	0.82	ปานกลาง
ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต	2.55	0.74	ปานกลาง
การรู้และพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งรับความช่วยเหลือเบื้องต้น	2.61	0.77	ปานกลาง
กลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม	2.22	0.99	ปานกลาง
ความแข็งแรงในชีวิต	2.61	0.49	สูง
ฉันมี	3.88	0.80	สูง
ฉันเป็น	3.92	0.77	สูง
ฉันสามารถ	3.81	0.76	สูง

4. ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความแข็งแรงในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า ความแข็งแรงในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลาง กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.33$, $p\text{-value} = <0.001$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.14$, $p\text{-value} = <0.001$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความแข็งแรงในชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.08$, $p\text{-value} = <0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความแข็งแรงในชีวิต และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	ความแข็งแรงในชีวิต	ภาวะซึมเศร้า
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	1		
ความแข็งแรงในชีวิต	0.08*	1	
ภาวะซึมเศร้า	0.14*	-0.33*	1

* $p\text{-value} < 0.01$

การอภิปรายผล

การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความแข็งแกร่งในชีวิต สามารถอภิปรายผล ดังนี้

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่หลาย ๆ คนยังไม่คำนึงถึงยังขาดความใส่ใจในเรื่องสุขภาพจิตและนักศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นโดยส่วนใหญ่ให้ความสนใจในเรื่องความรอบรู้ทางด้านสุขภาพด้านร่างกายมากกว่าสุขภาพจิต สอดคล้องการรายงานการศึกษาของคนไทยจำนวนหนึ่งยังขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคมรอบข้าง นำไปสู่การละเลย เพิกเฉย และปฏิเสธการเข้ารับบริการสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2565a) สอดคล้องกับแนวโน้มปัญหาด้านสุขภาพจิตในประเทศไทยที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสังคมต่าง ๆ ทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตในสังคมที่หลากหลายไม่ว่าจะเป็นเรื่องของความเครียด (กรมสุขภาพจิต, 2565b) เมื่อพิจารณารายด้านในด้านความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิตนักศึกษาอาจยังมีความรู้ที่ยังไม่เพียงพอขาดการแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพหรือความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต รวมทั้งพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งรับความช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อปัญหาไม่สามารถหาวิธีการหรือกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม ประกอบกับนักศึกษาส่วนใหญ่มีการทำกิจกรรมผ่อนคลายหรืองานอดิเรก ร้อยละ 94 ใช้เวลา 2-5 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 54.53 เล่นโซเชียลมีเดีย ร้อยละ 99.42 ใช้เวลามากกว่า 5 ชั่วโมงต่อวันมากถึงร้อยละ 61.55 ส่วนใหญ่เวลาไม่สบายใจจะปรึกษาครอบครัว ร้อยละ 36.70 ไม่ค่อยมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตเลยไม่แสวงหาช่องทางในการความรู้ ส่งผลให้ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐมอยู่ในระดับน้อย ซึ่งไม่สอดคล้องงานวิจัยอื่นที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง (นุสรา นามเดช, พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ และอรทัย สงวนพรรค, 2561; ฤทัยรัตน์ ชิดมงคล, พิมพ์ลัญช์ อายูวัฒน์ และปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี, 2562)

ความแข็งแกร่งในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐมส่วนใหญ่มาพักอาศัยที่หอพักโดยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านการเงินช่วยให้นักศึกษามีความรู้สึกมั่นใจที่เป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ (I have) ที่ช่วยให้นักศึกษามีความมั่นใจในตนเอง (I am) ในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ หรือเหตุการณ์ความยุ่งยากในชีวิตได้อย่างประสบความสำเร็จ โดยผลจากการสำรวจเวลาไม่สบายใจส่วนใหญ่พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่จะปรึกษาครอบครัว ร้อยละ 36.70 นอกจากนี้ นักศึกษายังมีอาจารย์ที่ปรึกษาคอยให้คำปรึกษา สนับสนุนให้นักศึกษา พร้อมเรียนรู้ตามศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม พร้อมทั้งจะยอมรับและยกย่องผู้อื่นและรับผิดชอบในสิ่งที่กระทำและยอมรับผลของการกระทำ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมีลักษณะเด่นเป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล เช่น เป็นคนที่รู้จักเห็นอกเห็นใจห่วงใยคนรอบข้าง เป็นคนที่คนอื่น ๆ พุดคุยด้วยแล้วมีความสุขและสามารถจัดการกับปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้เหมาะสม ตามศักยภาพของตนเอง สามารถปรับตัวได้ดีต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ เป็นอย่างดีสามารถเผชิญความยุ่งยากใจหรือความเครียดในชีวิตได้ดี สอดคล้องตามแนวคิดของ Grothberg (1995) ซึ่งกล่าวว่า I can (ฉันสามารถ) เป็นทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล สามารถที่จะหาทางออกหรือ

วิธีการใหม่ ๆ ที่ใช้ในการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่สามารถที่จะขอความช่วยเหลือในเวลาที่ต้องการความช่วยเหลือ จึงส่งผลให้ความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงสอดคล้องกับการศึกษาของ ปวีณา นพโสธร, อัจรา จิตวัฒนกุล และนิรดา กลิ่นทอง (2561) ที่พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมาจากการได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน และการส่งเสริมความสามารถในการเผชิญปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ จะทำให้นักศึกษามีความแข็งแกร่งในชีวิตที่สูง

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับภาวะซึมเศร้า พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมีโอกาสนในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อย อาจเนื่องมาจากคนที่มีภาวะซึมเศร้าสูงจะมีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำขาดความสามารถในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญที่จะสร้างเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี และสามารถรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดจากปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งทราบวิธีการในการจัดการตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือเพื่อจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ โสภณ แสงอ่อน, พชรินทร์ นินทจันทร์ และจุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว (2561) ที่พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังเป็นในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาของสุหทัย โตสังวาลย์ (2564) และ สมติ อนันต์ปฏิเวธ, นันทนัส แววกระโทก และสุกัญญา แก่นงูเหลือม (2565) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมีโอกาสนในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อย ดังนั้นนักศึกษาที่ได้รับการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต จะสามารถปรับตัวและเผชิญกับปัญหาในชีวิตได้อย่างเหมาะสม และยังเป็นเกราะป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า

นอกจากนี้ความรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม อธิบายได้ว่าความรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นทักษะการรับรู้และมีเจตคติที่ดีต่อสุขภาพจิตทำให้บุคคลสามารถรับรู้ถึงความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้น สามารถการจัดการกับอารมณ์ซึมเศร้า และแสวงหาความช่วยเหลือเพื่อจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต (Attygalle, Perera, & Jayamanne, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของฤทัยรัตน์ ชิตมงคล, รัตติกร เหมือนนาดอน และสุ่มัทนา แก้วมา (2563) พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรู้ด้านสุขภาพจิตน้อยกว่าของวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ในทำนองเดียวกันกับการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่น: ความรู้ของคนหนุ่มสาวเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและโรคจิตกังวลทางสังคม พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้า และอาการทางจิตที่เพิ่มขึ้น (Coles, Ravid, Gibb, George-Denn, Bronstein, & McLeod, 2016)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

สถาบันการศึกษาควรจัดกิจกรรมนอกหลักสูตร โดยให้นักศึกษามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ นักศึกษาตระหนักถึงความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพจิต อีกทั้งยังเป็นการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตให้นักศึกษา เพื่อจะเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาในมหาวิทยาลัยได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความแข็งแรงในชีวิตของนักศึกษาโดยการมีส่วนร่วมของอาจารย์ในสถานศึกษา หรือผสมผสานแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้
2. ควรศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเพื่อนำสร้างโปรแกรมพัฒนาส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่อไป ความแข็งแรงในชีวิตและลดภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2557). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด*. สืบค้นเมื่อ 5 กันยายน 2566 จาก <https://thaidepression.com/www/58/guidebookdepress.pdf>.
- กรมสุขภาพจิต. (2565a). *ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตคนไทย*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 5 กันยายน 2566 จาก <https://checkin.dmh.go.th/dashboard/dash01.php>.
- กรมสุขภาพจิต. (2565b). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในสังคมไทย*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 7 พฤษภาคม 2567 จาก <http://www.somethingmendis.or.th/mentalhealth>.
- กรรณิการ์ กาญจนสุวรรณ, ชนัญญา จิระพรกุล และเนาวรัตน์ มณีนิล. (2563). ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาสาขาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาหนึ่งของประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 65(4), 343-354.
- กาญจนา สุทธิเนียม และอุบล สุทธิเนียม. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 34(3), 43-61.
- เกวลี ชัยสุวรรณรักษ์ และพลิศรา ธรรมโชติ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีประสบการณ์เข้มแข็งแบบโลกไซเบอร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 65(2), 191-204.
- ณัฐธันธ์สันต์ ศรีวิชัย, วราภรณ์ บุญเชียง และพิมพ์ชนก เครือสุคนธ. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพจิต ความผาสุกทางจิตใจ และความเหงาในนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่. *มนุษยศาสตร์สาร*, 22(1), 143-161.
- นันทยา คงประพันธ์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนักศึกษา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 5(11), 302-315.
- นุสรา นามเดช, พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ และอรทัย สงวนพรรค. (2561). ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสระบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 11(3), 125-138.
- ปวีณา นพโสธร, อัจรา ฐิตวัฒนกุล และนิรดา กลิ่นทอง. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแรงในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานคร. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 26(2), 1-10.

- ปาริชาติ เมืองขวา, กมลนัธ คล่องดี และสุรัชย์ เณียง. (2563). ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาไทย: บทบาทที่สำคัญสำหรับสถาบันการศึกษา. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 21(41), 104-116.
- ปิยะ ทองบาง. (2562). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสถาบันวิจัยญาณสังวร*, 10(1), 28-36.
- โพรยทิพย์ ศิริภูพร บุคหงส์ และเชาวลิต ศรีเสริม. (2562). ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: บทบาทพยาบาล. *วารสารกิจการณย์*, 26(1), 187-199.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์. (2558). *ความแข็งแกร่งในชีวิต: แนวคิด การประเมิน และการประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
- รัตนภรณ์ ชูทอง และคณะ. (2562). “ภาวะสุขภาพจิต สภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในนักศึกษาระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ภาคใต้ของประเทศไทย.” *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 64(4), 337-350.
- ฤทัยรัตน์ ชิตมงคล, พิมพ์ลัญช์ आयुวัฒน์ และปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนในเขตเทศบาลตำบลโนนสูงอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา*, 2(2), 35-42.
- ฤทัยรัตน์ ชิตมงคล, รัตติกร เหมือนนาดอน และสุเมธมา แก้วมา. (2563). ภาวะซึมเศร้า และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่น. *วารสารการสาธารณสุขและการศึกษา*, 21(2), 41-51.
- วัชรพร เขยสุวรรณ และคณะ. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของนักเรียนพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ. *วารสารแพทยนาวิ*, 45(2), 255-266.
- สมดี อนันต์ปฏิเวธ, นันทนัส แวกระโทก และสุกัญญา แก่นงูเหลือม. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตและความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 4(3), 1-16.
- สุหทัย โตสังวาลย์. (2564). การเห็นคุณค่าในตนเอง ความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 27(1), 58-74.
- โสภณ แสงอ่อน, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และจุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นด้อยโอกาสไทยในจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(2), 13-38.
- Almanasef, M. (2021). Mental Health Literacy and Help-seeking behaviours among undergraduate pharmacy students in Abha, Saudi Arabia. *Risk Management and Healthcare Policy*, 14, 1281-1286. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S289211>
- Ashraful Islam, M., Yun Low, W., Ting Tong, W., Wan Yuen, C. C., & Abdullah, A. (2018). Factors associated with depression among university students in Malaysia: A cross-sectional study. *KnE Life Sciences*, 4, 415. <https://doi.org/10.18502/cls.v4i4.2302>

- Attygalle, U. R., Perera, H., & Jayamanne, B. D. W. (2017). Mental health literacy in adolescents: Ability to recognise problems, helpful interventions and outcomes. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0176-1>
- Coles, M. E., Ravid, A., Gibb, B., George-Denn, D., Bronstein, L. R., & McLeod, S. (2016). Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and social anxiety disorder. *Journal of Adolescent Health*, 58(1), 57-62. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.09.017>
- Dias, P., Campos, L., Almeida, H., & Palha, F. (2018). Mental health literacy in young adults: Adaptation and psychometric properties of the mental health literacy questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1318. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071318>
- Hart, L. M., Morgan A. J., Rossetto A., Kelly C.M., Mackinnon A., & Jorm A.F. (2018). Helping adolescents to better support their peers with a mental health problem: A cluster-randomised crossover trial of teen mental health first aid. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(7), 638-651. <https://doi.org/10.1177/0004867417753552>
- Grotberg, E. H. (1995). Resilience for Tomorrow, Retrieved February 19, 2014 Retrieved March 4, 2023 from http://resilient.uluc.edu/library/grotberg2005_resilience-for-tommorrowbrazil.pdf.
- Tay, J. L., Tay, Y. F., & Klainin-Yobas, P. (2018). Mental health literacy levels. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(5), 757-763. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.04.007>
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis*. 3rd ed. New York: Harper and Row Publications.
- World Health Organization. (2020). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Geneva: WHO Document Production Services.

ผลของโปรแกรมป้องกันโรคปอดอักเสบในเด็กต่อความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและ
พฤติกรรมในการป้องกันโรคปอดอักเสบของมารดาชาวกะเหรี่ยง อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่

Effect of Pneumonia Prevention Program in Children on Knowledge,
Health Belief and Behaviors Regarding Pneumonia Prevention in
Karen Mothers, Omkoi District, Chiang Mai Province

อารีรัตน์ ตั้งพิชฐานสกุล^{1*}, อักษรา ทองประชุม¹, วราภรณ์ บุญเชียง¹, วรางคณา นาคเสน¹
Areerat Tungpittansakul^{1*}, Aksara Thongprachum¹, Waraporn Boonchieng¹, Warangkana Naksen¹
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่¹
Faculty of Public Health Chiangmai University¹

(Received: December 25, 2023; Revised: April 22, 2024; Accepted: May 29, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันโรคปอดอักเสบในเด็กต่อความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคปอดอักเสบของมารดาชาวกะเหรี่ยง อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวกเป็นมารดาชาวกะเหรี่ยงที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี จำนวน 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมป้องกัน โรคปอดอักเสบในเด็กของมารดากลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง และสมุดคู่มือโรคปอดอักเสบสำหรับมารดา เครื่องมือที่ใช้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ แบบสอบถาม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบประเมินการสาธิตย้อนกลับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคปอดอักเสบ ในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ภายในกลุ่มเดียวกันด้วยสถิติ Paired t-test และระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test ตามลำดับ

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบสูง กว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และกลุ่มทดลองมี คะแนนเฉลี่ยการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรค ปอดอักเสบในระดับดี ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมฯ นี้ไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันโรคปอดอักเสบ ในเด็กของมารดาชาวกะเหรี่ยงอำเภออมก๋อยหรือนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีกลุ่มตัวอย่างลักษณะใกล้เคียงกัน ต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมป้องกันโรคปอดอักเสบในเด็ก, มารดาชาวกะเหรี่ยง, ความรู้, การรับรู้แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมในการป้องกันโรค

*ผู้ให้การติดต่อ อารีรัตน์ ตั้งพิชฐานสกุล e-mail: areerat_tung@cmu.ac.th

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a pneumonia prevention program for children on knowledge, health beliefs, and behaviors regarding pneumonia prevention among Karen mothers in Omkoi District, Chiang Mai Province. Sixty Karen mothers with children under 1 year old were selected for convenience and divided into an experimental group and a control group of 30 each. The research tools included a pneumonia prevention program for children of the Karen ethnic group and a mother's handbook on pneumonia. Data collection tools consisted of a general information questionnaire, a pneumonia knowledge test, a health belief questionnaire, and an assessment of mothers' demonstrated behaviors in preventing pneumonia in children under 1 year old. Descriptive statistics analyzed general data. Compare the outcomes before and after attending the program within the group using the Paired t-test and between groups using the Independent t-test.

The results showed that after participating in the program, the experimental group had significantly higher average scores in pneumonia knowledge than before attending the program and higher than the control group ($p\text{-value} < 0.001$). The experimental group also had significantly higher average health belief perception scores than before attending the program and higher than the control group ($p\text{-value} < 0.001$). Additionally, it was found that the experimental group demonstrated good average scores in pneumonia prevention behaviors. Therefore, health personnel can apply this program to prevent pneumonia in children of Karen mothers in Omkoi District or adapt it for use in other areas with similar sample groups.

Keywords: Pneumonia Prevention Program in Children, Karen Mothers, Knowledge, Health Belief Perception, Disease Prevention Behaviors

บทนำ

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั่วโลก โดยมีอัตราการตายสูงเป็นอันดับ 1 ของโรคติดเชื้อทั้งหมดแต่ละปี มีอัตราการเสียชีวิตของเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปีกว่า 700,000 คนหรือประมาณ 2,000 คนต่อวัน ในปี พ.ศ. 2562 มีผู้เสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบ 2.5 ล้านคน เกือบหนึ่งในสามของผู้เสียชีวิตทั้งหมดเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (World Health Organization, 2022) สำหรับประเทศไทย โรคปอดอักเสบเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการป่วยและการเสียชีวิตที่สำคัญในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบอุบัติการณ์ของโรคปอดอักเสบประมาณร้อยละ 45-50

ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มาด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในทางเดินหายใจส่วนล่าง ปี พ.ศ. 2561 สำนักระบาดวิทยา ได้รับรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบทั่วประเทศ จำนวน 284,607 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 429.26 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 285 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.43 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.10 ต่อแสนประชากร กลุ่มอายุ 0-4 ปี มีอัตราป่วยสูงสุด (3,087.37 ต่อแสนประชากร) และ 5-9 ปี มีอัตราป่วยเป็นลำดับที่สี่ (374.38 ต่อแสนประชากร) และเมื่อพิจารณาเป็นรายภาคพบว่า ภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงสุด คิดเป็น 540.39 ต่อแสนประชากร (กรมควบคุมโรค, 2561) ซึ่งการเสียชีวิตเหล่านี้เกือบทั้งหมดสามารถป้องกันได้

เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นวัยที่ต้องพึ่งพาบิดามารดาหรือผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งในสังคมไทยผู้ดูแลหลักของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี คือ มารดา (วัลลภ นาคศรีสังข์, 2564) จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบในเด็กที่ผ่านมา พบว่า การป่วยด้วยโรคปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีสาเหตุจากบิดามารดาที่มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคแก่เด็กที่ไม่เหมาะสม (กุลศรีมี ชำนินอก, พัทธกรณ อารีย์ และสุธิศา ล่ามช้าง, 2563) ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการป้องกันโรคนั้นขึ้นอยู่กับความรู้และความเชื่อของบุคคลนั้น ๆ เป็นสำคัญ ถ้าบุคคลมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องและสอดคล้องกับความเป็นจริงจะส่งผลต่อความร่วมมือในการป้องกันและรักษาโรคที่ถูกต้องของผู้ป่วยได้ ซึ่งเบคเกอร์ (Becker, 1974) ได้อธิบายแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า บุคคลที่รับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงมากหรือรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้เกิดถึงเสียชีวิต จะส่งผลให้บุคคลเกิดความเกรงกลัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้น ๆ และเริ่มมีการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หากบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ในด้านการรักษาและการปฏิบัติตนมากกว่าอุปสรรคในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำร่วมกับการที่บุคคลนั้นได้รับสิ่งกระตุ้นที่จำเป็นในกระบวนการตัดสินใจ ได้แก่ ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ เช่น การเห็นความเจ็บป่วยของบุคคลอื่น การได้รับข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ รวมทั้งคำแนะนำจากบุคลากรในทีมสุขภาพ หรือบุคคลในครอบครัว บุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมกำหนัดป้องกันเกิดขึ้น ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญในการสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม

อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ มีประชากรทั้งหมด 61,952 คน ร้อยละ 93.42 เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ โดยส่วนใหญ่เป็นชาวกะเหรี่ยง ร้อยละ 89.88 มูเซอ ร้อยละ 2.38 ม้ง ร้อยละ 1.16 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2566) จากรายงานข้อมูลโรคติดต่อจาก ฐานข้อมูลเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (2564) พบว่า อัตราป่วยโรคปอดอักเสบของประชากรพื้นที่อำเภออมก๋อย คิดเป็นร้อยละ 551.8 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศไทย และข้อมูลจากรายงานประจำปีของโรงพยาบาลอมก๋อย ตั้งแต่ปี 2563-2565 พบว่า มีจำนวนผู้มารับบริการที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 40.38, 47.06 และ 35.76 ตามลำดับ โดยเฉพาะอุบัติการณ์ของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบช่วงอายุ 0-5 ปี พบว่าในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบในช่วง พ.ศ. 2563-2565 มีสถิติมากที่สุดสูงถึงร้อยละ 72.27, 56.99 และ 58.06 ตามลำดับ โดยเฉพาะเด็กชนเผ่ากะเหรี่ยงมากถึงร้อยละ 95.27, 100 และ 97.83 ตามลำดับ (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลอมก๋อย, 2566) ชาวเขาเผ่า

กะเหรี่ยงในอำเภออมก๋อย มีวิถีชีวิต ประเพณีวัฒนธรรม ความเชื่อและภาษาเป็นของตนเอง มีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น หมอพื้นบ้านรวมถึงความเชื่อและพิธีกรรมต่าง ๆ มาใช้ในการรักษาอาการเจ็บป่วย

ชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง มีความเสี่ยงที่จะเข้าไม่ถึงบริการดูแลสุขภาพแม่และเด็กมากกว่าประชากรทั่วไป เนื่องจากวิถีชนเผ่า สภาพภูมิศาสตร์ที่เป็นพื้นที่สูง การเข้าถึงบริการ ชุมชนอยู่ห่างไกล ทุรกันดาร การเดินทางมีความยากลำบาก มีความเชื่อและประเพณีของชนเผ่าที่แตกต่างและหลากหลาย ถือเป็นความเสี่ยงในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง (ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ, 2560) และเนื่องจากปัจจัยข้างต้นนี้อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของมารดาที่แตกต่างกัน รวมทั้งที่ผ่านมาในพื้นที่ของโรงพยาบาลอมก๋อย พบว่า กระบวนการให้สุศึกษาโรคปอดอักเสบที่ผ่านมาเป็น การให้สุศึกษาโดยทั่วไป ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน การให้คำแนะนำขึ้นอยู่กับเจ้าหน้าที่แต่ละคน ดังนั้น ผู้วิจัยได้มีการพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคปอดอักเสบในเด็กของมารดาชาวกะเหรี่ยง อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ขึ้น โดยการนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาเป็นกรอบแนวคิดและพัฒนาโปรแกรมฯ โดยมีแนวคิดว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมโดยบุคคลนั้น การที่บุคคลมีการรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค และรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคจะส่งผลให้บุคคลนั้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น การศึกษาครั้งนี้จะช่วยส่งเสริมให้มารดามีความรู้ การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและส่งผลให้มารดามีพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบในเด็กอย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

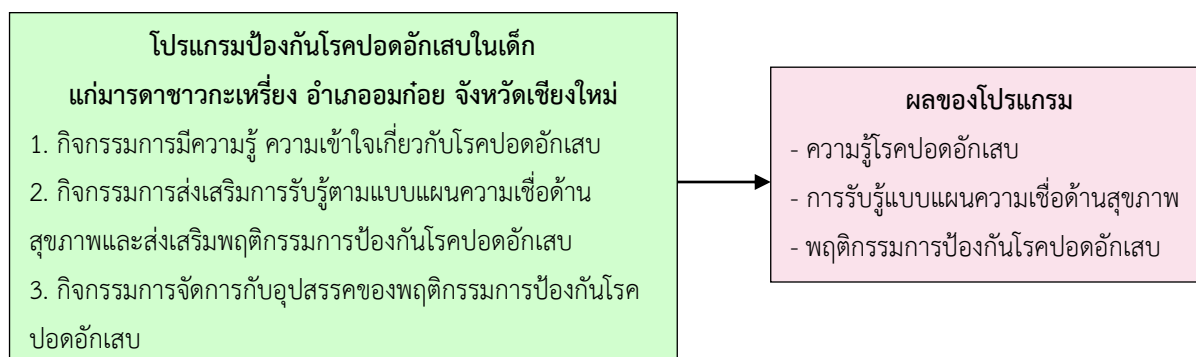
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันโรคปอดอักเสบในเด็กต่อความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคปอดอักเสบของมารดาชาวกะเหรี่ยง อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่มควบคุม
2. ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่มควบคุม
3. ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคปอดอักเสบในระดับดี

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันโรคปอดอักเสบในเด็กต่อความรู้ การรับรู้แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคปอดอักเสบของมารดาชาวกะเหรี่ยง อำเภอมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคปอดอักเสบ ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Research) แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนหลัง (Two-Group Pretest-Posttest Design) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต๋องลอย อำเภอมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดามารดาชาวกะเหรี่ยงที่มีบุตรคนแรกอายุต่ำกว่า 1 ปี อยู่ในความดูแล ที่อยู่ในเขตพื้นที่อำเภอมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 871 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาชาวกะเหรี่ยงที่มีบุตรคนแรกอายุต่ำกว่า 1 ปี อยู่ในความดูแล อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 60 คน กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณ โดยใช้โปรแกรม G*Power Version 3.1.9.7 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) กำหนดค่าของขนาดอิทธิพลกลุ่ม (Effect Size) ที่ระดับ 0.8 อ้างอิงจากการประมาณค่าขนาดอิทธิพลที่ Cohen (1977) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา มีค่า 0.05 ค่าอำนาจในการวิเคราะห์ที่ระดับ 0.80 จากการคำนวณด้วยโปรแกรม พบว่า มีขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน ป้องกันการสูญหาย จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เป็น 30 คนต่อกลุ่ม รวมทั้งหมดจำนวน 60 คน กลุ่มตัวอย่างทำการคัดเลือกตามความสะดวก ตามคุณสมบัติ มีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นมารดาที่มีบุตรคนแรก อายุต่ำกว่า 1 ปี ภายใต้ความดูแล ในวันที่เข้าร่วมงานวิจัย
2. เป็นมารดาชาวพันธุ์กะเหรี่ยงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่
3. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาในการทำวิจัย
4. สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้เข้าใจ
5. มีโทรศัพท์มือถือเพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสาร

เกณฑ์การคัดออก

1. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้ครบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมป้องกันโรคปอดอักเสบในเด็กต่อความรู้ ความเชื่อ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคปอดอักเสบของมารดาชาวกะเหรี่ยง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบคเกอร์ (Becker, 1974) สื่อนำในการดำเนิน กิจกรรม มีดังนี้

1.1 โปรแกรมการสอน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กิจกรรมการมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ 2) กิจกรรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพและส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคปอดอักเสบ 3) กิจกรรมการจัดการกับอุปสรรคของพฤติกรรมในการป้องกันโรคปอดอักเสบ และ 4) กิจกรรมการสะท้อนกลับและประเมินผล

1.2 PowerPoint Slide เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับความหมายของโรคปอดอักเสบ อุบัติการณ์ของการเกิดโรค สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค วิธีการติดต่อ อาการและอาการแสดงและการรักษา วิธีป้องกันโรคปอดอักเสบ

1.3 สมุดคู่มือโรคปอดอักเสบ มารดาอาจจะจดจำเนื้อหาไม่ได้ทั้งหมดผู้วิจัยจึงสร้างคู่มือที่มี เนื้อหาลักษณะเดียวกันกับ PowerPoint Slides

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบประเมินความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะของครอบครัว และข้อมูลทั่วไปของเด็ก จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ เชื้อชาติ สัญชาติ ลำดับที่เกิด น้ำหนักแรกคลอด น้ำหนักปัจจุบัน วิธีการคลอด สถานที่คลอด โรคประจำตัว ประวัติการได้รับวัคซีน ประวัติ การได้รับนมแม่ และประวัติการเจ็บป่วยในอดีตด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในช่วง 1 ปี

2.2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย ความหมายของโรค สาเหตุการเกิดโรค การติดต่อของโรค อาการของโรค การรักษาโรค และวิธีการป้องกันโรค ลักษณะของคำถามเป็นแบบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ถูกต้อง ไม่ถูกต้อง และไม่แน่ใจ หากตอบถูกให้ คะแนน 1 คะแนน ตอบคำถามผิดและตอบไม่แน่ใจให้ 0 คะแนน แปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์หลักเกณฑ์ของ Bloom มีเกณฑ์แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับสูง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79.99 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับต่ำ

2.3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบ ด้านการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบ ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค และด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ ได้แก่ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง ไม่แน่ใจและไม่เห็นด้วย คะแนนรวมเต็ม 80 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ย ตามแนวทางของ บุญชม ศรีสะอาด (2560) ดังนี้ 3.51-4.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด 2.51-3.50 หมายถึง ระดับมาก 1.51-2.50 หมายถึง ระดับปานกลาง และ 1.00-1.50 หมายถึง ระดับน้อย

2.4 แบบประเมินการสาธิตย้อนกลับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคปอดอักเสบในเด็ก โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินเอง กลุ่มตัวอย่างทำการสาธิตย้อนกลับรายบุคคลแบบประเมินประกอบด้วยพฤติกรรมในการดูแลทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ การล้างมือ จำนวน 4 ข้อ การล้างจมูก จำนวน 8 ข้อ และการดูแลภาวะฉุกเฉินกรณีทางเดินหายใจอุดกั้น จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามแต่ละข้อมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 อันดับ โดยทำครบถูกต้อง ให้ 2 คะแนน ทำถูกต้องแต่ไม่สมบูรณ์ ให้ 1 คะแนน และไม่ถูกต้อง/ไม่ทำ ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-34 คะแนนและปรับคะแนนที่ได้ให้อยู่ในรูปแบบ 0-100 คะแนน แปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์หลักเกณฑ์ของ Bloom มีเกณฑ์แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับดี คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79.99 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเนื้อหา โปรแกรมป้องกันโรคปอดอักเสบในเด็กต่อความรู้ การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอักเสบของมารดาชาวกะเหรี่ยง ที่สร้างขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน โดยเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านกลุ่มชาติพันธุ์พื้นถิ่นสูง จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญโรคระบบทางเดินหายใจเด็ก จำนวน 2 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของโปรแกรมการสอน และแบบสอบถามได้หาดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective Item Congruence (IOC))

ด้วยการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมีค่ามากกว่า 0.67 และมีความเหมาะสม ต่อการนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้หากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่ามีข้อคำถามบางข้อที่ต้องแก้ไขและปรับปรุง เพื่อให้เป็นไปตามบริบทของพื้นที่ ผู้วิจัยจะดำเนินการแก้ไขปรับปรุง ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำสื่อการสอนไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.70 แบบประเมินความรู้ เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบใช้การหาความเชื่อมั่นโดยวิธี Kuder-Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานไปยังพื้นที่ที่ดำเนินการศึกษา เพื่อนัดกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม เพื่อสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้แก่กลุ่มตัวอย่างและลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ในครั้งนี้ โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม 5 สัปดาห์ เริ่มดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มตัวอย่าง (Contamination)

สำหรับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรมครั้งละประมาณ 60-90 นาที แบ่งกลุ่มละ 5-6 คน ตามเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยให้ทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดาและเด็ก แบบสอบถามความรู้ของ โรคปอดอักเสบ แบบสัมภาษณ์การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนการทดลอง (Pre-Test) สร้างกลุ่มไลน์ เพื่อทำการส่งข้อมูลความรู้ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ โดยการส่งเสริม ความรู้ บรรยาย อภิปรายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ โดยใช้เทคนิคการสอนต่าง ๆ เช่น การกระตุ้นให้ กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงความคิดเห็น สอบถาม โดยใช้สื่อการสอนที่เข้าใจง่าย และกิจกรรมดูวีดิทัศน์ สุขภาพดีศิริราช ตอน โรคปอดอักเสบติดเชื้อ หรือปอดบวม ภัยร้ายสำหรับเด็ก พร้อมมอบสมุดคู่มือโรคปอด อักเสบเพื่อนำกลับไปทบทวนความรู้

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านโอกาสเสี่ยง และ ความรุนแรงของการเกิดโรคปอดอักเสบ ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคปอดอักเสบ และส่งเสริม พฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอักเสบ ให้มารดาบอกเล่าถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคปอดอักเสบ ที่เกิดขึ้นกับตนหรือบุคคลใกล้ชิด ส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยยกตัวอย่างกรณีศึกษา ร่วมกันวิเคราะห์ แสดงความคิดเห็น ชักถามปัญหาหรือข้อสงสัยเพิ่มเติม แลกเปลี่ยนเกี่ยวกับประโยชน์ของการ ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคปอดอักเสบ หลังจากนั้นก็มีกิจกรรมพัฒนาความสามารถ และการปฏิบัติในการป้องกัน

โรคปอดอักเสบ โดยการสาธิตและฝึกการปฏิบัติการป้องกันโรคปอดอักเสบ ได้แก่ การล้างมือ การล้างจมูก และการดูแลภาวะฉุกเฉินกรณีทางเดินหายใจอุดกั้น

สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างทีละคนโดยผ่านทาง VDO Call ใช้เวลารายละ 15-30 นาที โดยทบทวนข้อมูลที่ได้ให้กับกลุ่มตัวอย่างในการพบกัน ครั้งที่ 1, 2 และ 3 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับข้อมูล เพื่อให้ตระหนักและรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ วิธีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนั้นร่วมกันหาแนวทางการจัดการกับอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเสร็จสิ้นการให้ข้อมูลผู้ศึกษาจะเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามปัญหา และนัดพบกลุ่มตัวอย่างในครั้งถัดไป

สัปดาห์ที่ 5 ร่วมกันสรุปปัญหา อุปสรรคในพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา กลุ่มตัวอย่างทำแบบสัมภาษณ์การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพหลังการทดลอง (Post-Test) และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยและนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไปร่วมกัน

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายชุดแบบสอบถามเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดาและเด็ก แบบสอบถามความรู้ของโรคปอดอักเสบแบบสัมภาษณ์การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนการทดลอง (Pre-test)

สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความรู้ของโรคปอดอักเสบ แบบสัมภาษณ์แบบแผนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และประเมินการสาธิตย้อนกลับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคปอดอักเสบในเด็ก หลังการทดลอง (Post-test)

หลังเสร็จสิ้นการดำเนินการวิจัยกลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมป้องกันโรคปอดอักเสบในเด็กของมารดากลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดเชียงใหม่เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยแจกแจง ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบ การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Paired-t test
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบ การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test
4. วิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอักเสบหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยแจกแจง ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้รับการรับรองจริยธรรมจาก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ ET017/2566 ผู้วิจัยได้เข้าชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แก่กลุ่มตัวอย่าง หลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการปฏิเสธ หรือถอนตัวได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอโดยภาพรวมของผลการศึกษาเท่านั้นและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

พบว่า ข้อมูลทั่วไปของมารดาในกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย มีอายุเฉลี่ย 24 ± 2.56 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 50 อาชีพแม่บ้านร้อยละ 33.4 บุตรไม่เคยป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ ร้อยละ 93 และผู้ดูแลหลักของบุตรเป็นมารดาร้อยละ 90

สำหรับมารดาในกลุ่มควบคุมจำนวน 30 ราย มีอายุเฉลี่ย 24.87 ± 2.991 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 36.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 70 บุตรไม่เคยป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ ร้อยละ 96.7 และผู้ดูแลหลักของบุตรเป็นมารดา ร้อยละ 86.6

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบของระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 59.00 (S.D. = 8.13) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 56.83 (S.D. = 22.60) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.27$) ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 88.83 (S.D. = 0.05) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 63.10 (S.D. = 0.17) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบระหว่างกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30) ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบ	Mean	S.D.	P-value
ก่อนการทดลอง			
กลุ่มควบคุม	56.83	22.60	0.27
กลุ่มทดลอง	59.00	8.13	
หลังการทดลอง			
กลุ่มควบคุม	60.00	21.33	<0.001*
กลุ่มทดลอง	88.83	5.67	

* $p\text{-value} < 0.001$

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=30)

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้ปอดอักเสบ	59	8.13	88.83	5.67	15.89	<0.001*

* $p\text{-value} < 0.001$

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทุกด้านสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทุกด้าน ไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมฯ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30) ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)				กลุ่มควบคุม (n=30)			
	Mean	S.D.	แปลผล	P-value	Mean	S.D.	แปลผล	P-value
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง								
ก่อนการทดลอง	2.96	0.40	มาก	<0.001*	2.68	0.45	มาก	0.293

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)				กลุ่มควบคุม (n=30)			
	Mean	S.D.	แปลผล	P-value	Mean	S.D.	แปลผล	P-value
หลังการทดลอง	3.47	0.35	มาก		2.70	0.42	มาก	
2. การรับรู้ความรุนแรง								
ก่อนการทดลอง	3.32	0.45	มาก	<0.001*	3.06	0.55	มาก	0.712
หลังการทดลอง	3.66	0.31	มากที่สุด		3.03	0.48	มาก	
3. การรับรู้ถึงประโยชน์								
ก่อนการทดลอง	3.32	0.42	มาก	<0.001*	2.98	0.65	มาก	0.670
หลังการทดลอง	3.76	0.28	มากที่สุด		2.95	0.55	มาก	
4. การรับรู้ต่ออุปสรรค								
ก่อนการทดลอง	2.59	0.66	มาก	<0.001*	2.70	0.44	มาก	0.873
หลังการทดลอง	3.24	0.51	มาก		2.69	0.41	มาก	

* *p*-value < 0.001

5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมฯ

พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทุกด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30) หลังได้รับโปรแกรมฯ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง	3.47	0.35	2.70	0.42	7.547	<0.001*
2. การรับรู้ความรุนแรง	3.66	0.31	3.03	0.48	5.96	<0.001*
3. การรับรู้ถึงประโยชน์	3.76	0.28	2.95	0.55	7.099	<0.001*
4. การรับรู้ต่ออุปสรรค	3.24	0.51	2.69	0.41	4.585	<0.001*

* *p*-value < 0.001

6. ระดับพฤติกรรมของมารดาของกลุ่มทดลองในการป้องกันโรคปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี หลังได้รับโปรแกรมฯ

ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า พฤติกรรมของมารดาของกลุ่มทดลองในการป้องกันโรคปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ในด้านการล้างมือ ร้อยละ 100 มีระดับการปฏิบัติในระดับดี ด้านการล้างจมูกร้อยละ 98.5

มีระดับการปฏิบัติในระดับดี และด้านการดูแลภาวะฉุกเฉินกรณีทางเดินหายใจอุดกั้น ร้อยละ 100 มีระดับการปฏิบัติในระดับดี ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับพฤติกรรมของมารดาของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองในการป้องกันโรคปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี หลังได้รับโปรแกรม (n=30)

พฤติกรรมของมารดา	ระดับการปฏิบัติ (ร้อยละ)		
	ต่ำ	ปานกลาง	ดี
1. การล้างมือ			
1.1 ล้างมือให้เปียก	0	0	100
1.2 ถูมือด้วยสบู่ในปริมาณที่มากเพียงพอ	0	0	100
1.3 ถูมือให้ทั่ว	0	0	100
1.4 ล้างมือให้สะอาด	0	0	100
2. การล้างจมูก			
2.1 ล้างมือผู้ที่จะทำการล้างจมูกให้สะอาด	0	0	100
2.2 ใช้ผ้าห่อตัวเด็ก	0	0	100
2.3 จัดท่าเด็กนอนในท่าศีรษะสูงพอควร	0	0	100
2.4 จับหน้าให้หนึ่ง ค่อย ๆ ฉีดน้ำเกลือครั้งละประมาณ ครึ่ง (0.5) ซีซี	0	1.5	98.5
2.5 ใช้ลูกยางแดงดูดน้ำมูกในจมูกออก	0	0	100
2.6 บีบน้ำมูกในลูกยางแดงทิ้ง	0	0	100
2.7 ทำซ้ำหลาย ๆ ครั้ง	0	0	100
2.8 ล้างทำความสะอาดอุปกรณ์ที่ใช้ล้างจมูก	0	0	100
3. การดูแลภาวะฉุกเฉินกรณีทางเดินหายใจอุดกั้น			
3.1 นั่งลงและวางลูกน้อยของคุณคว่ำหน้าลงตามต้นขา	0	0	100
3.2 ใช้มือหนุนศีรษะ	0	0	100
3.3 ตบหลังแบบสวนขึ้น 5 ครั้งติดต่อกัน	0	0	100
3.4 กดหน้าอกโดยหงายลูกขึ้นแล้วใช้นิ้วชี้และกลางกดบริเวณลิ้นปี่	0	0	100
3.5 ทำสลับขั้นตอนที่ 3 และ 4 ไปเรื่อย ๆ	0	0	100

การอภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมป้องกันโรคปอดอักเสบในเด็กต่อความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคปอดอักเสบของมารดาชาวกะเหรี่ยง อำเภอมกนัย จังหวัดเชียงใหม่ สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบระหว่างก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) การที่กลุ่มทดลองได้รับความรู้เพิ่มขึ้นจากการจัดโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอาจเนื่องมาจากเป็นกิจกรรมที่ร่วมกัน โดยมีการให้ข้อมูลด้วยการบรรยายความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบและสาเหตุของการเกิดโรครอบคอบคลุม ซึ่งได้ใช้กลวิธีทางสุศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ การให้ข้อมูลข่าวสาร ด้วยการบรรยายความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบและสาเหตุของการเกิดโรครอบคอบคลุม โดยใช้สื่อที่จัดทำ ได้แก่ PowerPoint วิดีโอที่สามารถถ่ายทอดความรู้ได้มากในเวลาจำกัด การประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม มีการเปิดโอกาสให้มีการสนทนาซักถามประเด็นปัญหาที่สงสัย การอภิปรายกลุ่ม การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยผู้วิจัยคอยสรุปประเด็นปัญหาที่สำคัญและให้ข้อมูลเพิ่มเติม รวมทั้งแจกคู่มือเรื่องการป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบ จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น โดยสังเกตจากการที่กลุ่มทดลองให้ความสนใจ ตั้งใจฟังขณะที่ทำการบรรยาย มีการถามคำถามในประเด็นที่ตนสงสัยกับผู้สอน และสามารถตอบคำถามที่ผู้สอนถามกลับเพื่อทวนความรู้ได้อย่างทำให้มารดาเกิดการเรียนรู้และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของดวงเนตร์ ภูวัฒนาวนิชย์ (2560) ที่พบว่าหลังการทดลองมารดาที่ได้รับความรู้ในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความรู้มากกว่ามารดากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสอน ผู้ดูแลเด็กมีค่าเฉลี่ยระดับความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบในเด็กเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ถึงแม้ว่าโดยภาพรวมกลุ่มทดลองจะมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณารายข้อยังพบว่า มารดาร้อยละ 80 มีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการสังเกตอัตราการหายใจที่ผิดปกติในเด็กที่อายุต่ำกว่า 1 ปี และร้อยละ 50 ยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงในการป่วยเป็นโรคปอดอักเสบว่ามีอัตราสูงกว่าผู้ใหญ่ จึงจำเป็นต้องเน้นย้ำในการให้ความรู้ในเรื่องดังกล่าวมากขึ้น ส่วนในเรื่องการป้อนอาหารให้แก่เด็กที่อายุต่ำกว่า 6 เดือนที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ พบว่า หลังจากได้รับโปรแกรมฯ มารดา มีความรู้เพิ่มขึ้นในเรื่องการดูแลให้ได้รับอาหารตามวัย และในเด็กที่อายุต่ำกว่า 6 เดือนควรให้นมแม่อย่างเดียวเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับเด็ก

2. เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ จากการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคปอดอักเสบ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคปอดอักเสบและการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคปอดอักเสบสูงกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 2 กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีการบรรยายเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบ ความรุนแรงของการเกิดโรค ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค โดยยกตัวอย่างกรณีศึกษาในพื้นที่ ชมวิถีโอวีดีทัศน์ พูดคุยแลกเปลี่ยนถึงการปฏิบัติกิจกรรมในประเด็นการป้องกันโรคปอดอักเสบซึ่งเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีสิ่งที่สามารถเพิ่ม

ความเสี่ยงในการเกิดโรคปอดอักเสบหลายประเด็น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องป้อนอาหารให้แก่เด็กที่อายุต่ำกว่า 6 เดือน การอยู่ใกล้ควันไฟ ควันบุหรี่ เป็นต้น จากเดิมเป็นความคุ้นชินเนื่องจากบริบทและวัฒนธรรมของพื้นที่ที่มีการก่อไฟ ภายในตัวบ้าน เพื่อให้ความอบอุ่น ภายใต้ร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการปฏิบัติดังกล่าวเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบ ในด้านการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย ซึ่งได้แก่ การดูแลให้ร่างกายเด็กอบอุ่น เมื่ออากาศหนาวเย็น การดูแลบ้านให้อากาศถ่ายเทสะดวก หลีกเลี่ยงควันบุหรี่หรือควันไฟ การให้เด็กได้รับนมแม่อย่างเดียวยังน้อย 6 เดือน รวมทั้งทราบว่า การดื่มน้ำมูกและเสมหะให้แก่เด็กเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันโรคปอดอักเสบได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มีการเสริมแรงสนับสนุน ให้คำแนะนำ กระตุ้นเตือนและให้กำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่าง ผ่านการติดตามเยี่ยมทางช่องทางออนไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของทัศนีย์ จินะธรรม, กิรภัทร์ คุ่มเนตร และพิษณุรักษ์ กันทวิ (2561) ได้ทำการศึกษาความเชื่อ และพฤติกรรมด้านสุขภาพที่มีผลต่อการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ในกลุ่มชนชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เป็นความเชื่อของบุคคลมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตัว และการรับรู้ความรุนแรงของโรคซึ่งมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอักเสบ จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรม คະແນນการสาธิตย้อนกลับพฤติกรรมของมารดาในกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันโรคปอดอักเสบมีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคปอดอักเสบ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคปอดอักเสบ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคปอดอักเสบ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคปอดอักเสบ การให้ความร่วมมือยอมรับ และปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งเป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง ส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดพฤติกรรมที่ปฏิบัติในการป้องกันโรค และผู้วิจัยได้มีการสอนสาธิตกับหุ่นสาธิตและการใช้อุปกรณ์จริง เพื่อฝึกทักษะให้มารดาได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมจริง โดยมีผู้วิจัยคอยแนะนำขณะฝึกปฏิบัติ ทำให้มารดาเกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจ และมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมมากขึ้น การเรียนรู้จากการปฏิบัติยังเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ตรงกับความจริง รวมทั้งการมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดกับผู้สอน ทำให้เกิดความเป็นกันเอง ความไว้วางใจ มารดากล้าที่จะแสดงออกและเปิดเผย ความรู้สึกมากขึ้น ได้ประสบการณ์ตรงสร้างความสนใจและความกระตือรือร้น ทำให้เกิดความเข้าใจและจดจำในสิ่งที่สาธิตได้ดีและนาน ดังการศึกษาของวลลณี นาคศรีสังข์ (2564) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ พบว่ามารดาในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ มีคะแนนเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลบุตรหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษาดูตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ และไลน์แอปพลิเคชัน เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนกลุ่มตัวอย่าง ให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง รวมถึงเพื่อติดตามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ และ

ช่วยแก้ไขปัญหา ทั้งยังเป็นแหล่งสนับสนุนให้มารดา เกิดการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลเด็กขณะอยู่ที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนอกจากจะติดตามเยี่ยมอาการของเด็ก ยังเป็นการให้กำลังใจมารดาในการดูแลเด็กด้วย โดยการติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์นี้ทำให้มารดาได้รับรู้ถึงความห่วงใย รู้สึกเป็นกันเอง ส่งผลให้มารดามีการซักถามในประเด็นที่สงสัยและนำไปสู่การมีพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ดีขึ้น (ภาวิณี ช่วยแท่น, ภรณี วัฒนสมบูรณ์ และสุปรียา ต้นสกุล, 2563)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการสร้างเสริมพัฒนาความรู้ การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และสร้างพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบ ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ให้แก่มารดาชาวกะเหรี่ยง อำเภอมกนัย จังหวัดเชียงใหม่และพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน
2. ด้านการบริหารและนโยบาย ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรนำโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบในเด็กและพัฒนาศักยภาพให้บุคลากรในทีมสุขภาพมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมและสนับสนุนการใช้โปรแกรม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักในการเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมการรับรู้ และการปรับพฤติกรรมป้องกันการโรคปอดอักเสบ ส่งเสริมให้เกิดความยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
2. ควรมีการศึกษาลงมือของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มทดลองหลังจากมีการได้รับโปรแกรมป้องกันโรคปอดอักเสบ เพื่อให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคปอดอักเสบในระยะยาวต่อไป
3. ในการศึกษาครั้งต่อไปเสนอให้มีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อทราบถึงปัจจัยอื่นที่ส่งเสริมการปฏิบัติตัวของมารดาในการป้องกันโรคปอดอักเสบในเด็ก

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุม. (2561). *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2561*. สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2566 จาก https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=21.
- กุลรัศมี ชำนินอก, พัทธภรณ์ อารีย์ และสุธิดา ล่ามช้าง. (2563). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของมารดาสำหรับการป้องกัน การกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบในเด็ก*. ม.ป.ท.. <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:47850>.

- งานเวชระเบียน โรงพยาบาลอมก๋อย. (2566). *งานเวชระเบียน โรงพยาบาลอมก๋อย อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลอมก๋อย.
- ฐานข้อมูลเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2564). *สถิติการป่วยโรคปอดอักเสบ*. สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2566 จาก <https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma=4&pf=01101001&tp=231>.
- ดวงเนตร ภูวัฒนาวินัย. (2560). ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และความสามารถ ของมารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารการพยาบาล*, 19(2), 35-44.
- ทัศนีย์ จินะธรรม, กิรภัทร์ คุ่มเนตร และพิษณุรักษ์ กันทวิ. (2561). การศึกษาความเชื่อ และพฤติกรรม ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ในกลุ่มชนชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย. *เชียงรายเวชสาร*, 10(1), 179-192.
- ภาวิณี ช่วยแท่น, ภรณ์ วัฒนสมบุรณ์ และสุปรียา ต้นสกุล (2563). *ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริม พฤติกรรมป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ ในมารดาเด็กโรคปอดอักเสบ*. สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2566 จาก <https://repository.li.mahidol.ac.th/handle/123456789/72133>.
- วัลลภ นาคศรีสังข์. (2564). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของ มารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาล พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(1), 82-98.
- ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ. (2560). *ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในเชิงพื้นที่ เรื่องการตั้งครรภ์และการคลอดปลอดภัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง*. สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2566 จาก <http://doc.anamai.moph.go.th/index.php?r=str-project/view&id=3487>.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2566). *การสำรวจเส้นทางเพื่อใช้ในการพัฒนาการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ในพื้นที่ห่างไกล*. สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2566 จาก https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. The Health Belief Model: Origins and Correlates in Psychological Theory. *Health Education Monographs*, 2(4), 336-347. <https://doi.org/10.1177/10901981740020040>.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.
- World Health Organization. (2022). *Pneumonia review*. Retrieved September 5, 2022 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>.

โปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นไทยในโรงเรียน: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ

Depression Treatment Programs for Thai Adolescents in Schools: Meta-Analysis

ปรารณา ชีวีวัฒน์¹, ศศิศ สุขเจริญ², นิติบดี สุขเจริญ^{3*}

Pratana Cheveewat¹, Sasis Sukjaroen², Nitibodee Sukjaroen^{3*}

สถาบันราชานุกูล¹, โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี², มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต^{3*}

Rajanukul Institute¹, The Demonstration School of Thepsatri Rajabhat University², Kasem Bundit University^{3*}

(Received: August 15, 2023; Revised: April 18, 2024; Accepted: May 30, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไทยในโรงเรียน และเปรียบเทียบคุณลักษณะงานวิจัยที่มีค่าต่อขนาดอิทธิพล งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์เป็นงานวิจัยประเภทเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองเกี่ยวกับโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไทยในโรงเรียนทำการสืบค้นจาก 2 ฐานข้อมูล ได้แก่ ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) และและฐานข้อมูลงานวิจัย (ThaiLIS) ประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยแบบประเมิน ROBINS-I โดยรวมมีค่าอคติอยู่ในระดับต่ำ และมีค่าเพียงพอต่อการคำนวณขนาดอิทธิพล คงเหลือกลุ่มตัวอย่าง 13 เรื่อง 13 ค่าขนาดอิทธิพล เป็นงานวิจัยระหว่างปี พ.ศ. 2544-2563 พบจำนวนตัวอย่างวัยรุ่น 584 คน วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลโดยโปรแกรม Meta-Essentials

ผลการศึกษา พบว่า การกระจายตัวของการใช้โปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไทยในโรงเรียนมีค่าขนาดอิทธิพลในระดับสูง มีค่าอยู่ในช่วง -0.63 ถึง -4.93 และมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยเท่ากับ -1.57 โดยมีช่วง 95% ความเชื่อมั่น คือ -2.22 ถึง -0.92 โปรแกรมบำบัดสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้แตกต่างกัน ซึ่งโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิต โปรแกรมการจัดการกับอารมณ์ และโปรแกรมความสอดคล้องในการมองโลก เป็นโปรแกรมบำบัดที่มีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุด 3 อันดับแรก ดังนั้นควรปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมบำบัดที่มีค่าขนาดอิทธิพลสูงในรูปแบบบูรณาการ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการลดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในโรงเรียนได้

คำสำคัญ: โปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้า, วัยรุ่นไทย, โรงเรียน, การวิเคราะห์ห่อภิมาณ

*ผู้ให้การติดต่อ นิติบดี สุขเจริญ e-mail: nitibodee.suk@kbu.ac.th

Abstract

The objective of this research was to study the characteristics of research on depression treatment programs for Thai adolescents in schools and to compare the characteristics of research that has effect size values. The research synthesized includes experimental or quasi-experimental studies on depression therapy programs for Thai adolescents in schools. The studies were sourced from two databases: the Thai Journal Citation Index Centre (TCI) and the ThaiLIS database. The quality of the research was assessed using the ROBINS-I tool, with overall bias rated as low and sufficient for calculating effect sizes. Thirteen studies with thirteen effect size values were included, covering research conducted between 2001 and 2020, involving a total of 584 adolescent participants. The average effect size was analyzed using the Meta-Essentials program.

The results showed that the distribution of the use of depression treatment programs for Thai adolescents in schools had high effect sizes, ranging from -0.63 to -4.93, with an average effect size of -1.57 and a 95% confidence interval of -2.22 to -0.92. The treatment programs were found to vary in their effectiveness at reducing depression. The top three programs with the highest effect sizes were life skills training programs, emotional management programs, and programs focused on consistency in worldview. Therefore, it is recommended to improve and develop high-effect-size treatment programs in an integrated manner to effectively reduce depression among adolescents in schools.

Keywords: Depression Treatment Programs, Thai Adolescents, School, Meta-Analysis

บทนำ

ประเทศไทยมีวัยรุ่น (อายุ 10-19 ปี) ประมาณ 8.7 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) สำหรับเด็กและเยาวชนไทยในปัจจุบันภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาใหญ่ และมีโอกาสเกิดได้บ่อยในเด็กและเยาวชนที่อายุระหว่าง 10-18 ปี ซึ่งเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า และพ่อแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าก็จะมีความเสี่ยงที่มีลูกที่มีภาวะซึมเศร้าเช่นกัน ภาวะซึมเศร้านั้นเป็นสาเหตุสำคัญของการนำไปสู่การฆ่าตัวตายในวัยรุ่น โดยเด็กและเยาวชนในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีสถิติการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน สูงเป็นอันดับที่สองของโลก (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563) ผลการประเมินสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทย โดยกรมสุขภาพจิต พบว่า ร้อยละ 28 ของเด็กและวัยรุ่นมีภาวะเครียดสูงและร้อยละ 32 มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ในขณะที่อีกร้อยละ 22

มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย โดยเป็นการเก็บข้อมูลจากเด็กและวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 183,974 คน ที่เข้ามาประเมินสุขภาพจิตตนเองผ่านแอปพลิเคชัน Mental Health Check-in ของกรมสุขภาพจิตในช่วง 18 เดือนของการระบาดของโควิด-19 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2564 (Hfocus, 2021) และจากการสำรวจเพิ่มเติมของ จันทิมา อังคพนิชกิจ และอริชาติ โรจนะหัสติน (2564) พบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัย มีความคิดและอารมณ์ความรู้สึกเปื่อกัดดัน และเหงาที่บ่งชี้อาการของภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ส่วนอุบัติการณ์ ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยอัตราร้อยละ 23.30 ซึ่งสูงกว่าอัตราร้อยละ 4 ของประชากรไทยที่เข้าข่าย ภาวะซึมเศร้าตามข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2017)

ในวิถีชีวิตของเด็กและเยาวชนไทยในปัจจุบัน สถานภาพของครอบครัว การบริโภคสื่อรวมถึงสภาพสังคม ที่เน้นการเปรียบเทียบแข่งขัน เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เด็กและเยาวชนไทยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งสาเหตุหนึ่งของภาวะซึมเศร้าที่เกิดในโรงเรียนอาจมาจากสภาพแวดล้อม เช่น การกลั่นแกล้ง (Bullying) จากเพื่อน รุ่นพี่ หรือครู เช่น การใช้คำพูดของครูที่ส่งผลกระทบทางจิตใจของผู้เรียน โดยครูอาจจะรู้ตัวหรือไม่ก็ตาม เพราะคำพูดที่ขาดการไตร่ตรองนั้นมักส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้รับฟัง ประกอบกับผู้เรียนแต่ละคนมีความอ่อนไหว ต่ออารมณ์ที่ต่างกัน นอกจากนี้ยังเกิดจากสภาพแวดล้อมที่กดดันจากการแข่งขันด้านการเรียน การคาดหวังกับ ผลการเรียนมากเกินไป เนื่องจากได้รับการบ่มเพาะมาจากค่านิยมเรื่องเกรด และอื่น ๆ เป็นต้น (จิราพร เณรธรณี, 2566) ดังนั้นสังคมตั้งแต่ระดับครอบครัวไปจนถึงระดับประเทศจึงควรตระหนักถึงความรุนแรงของปัญหานี้ เพราะเด็กและเยาวชนที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มสูงที่จะเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า ปัญหาภาวะซึมเศร้า จึงเป็นปัญหาโลกโซ่ที่ไม่ควรละเลย สังคมจึงควรมีส่วนในความรับผิดชอบร่วมกันตั้งแต่การสร้างภูมิคุ้มกันภายในตัวเด็ก และเยาวชนให้มีจิตใจที่เข้มแข็งและสามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่กำลังเผชิญได้ รวมถึงการสร้าง สภาพแวดล้อมที่มีคุณภาพให้การยอมรับ เพื่อเสริมสร้างให้เด็กและเยาวชนเห็นคุณค่าในตนเองมีสุขภาพจิตที่ดี และมีทุนในการดำเนินชีวิตต่อไป (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563)

โปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้า เป็นการบำบัดทางจิตสังคมรูปแบบหนึ่ง ที่ช่วยในการปรับเปลี่ยนทางด้าน ความคิดและพฤติกรรม ซึ่งปัจจุบันการบำบัดภาวะซึมเศร้า มี 2 รูปแบบใหญ่ ได้แก่ การรักษาด้วยยา และรักษา ด้วยจิตบำบัด จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรักษาด้วยจิตบำบัดในวัยรุ่นที่ในการรักษาภาวะซึมเศร้า ในวัยรุ่น ได้แก่ การบำบัดโดยวิธีปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy (CBT)) หรือการทำจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy (IPT)) (วินัดดา ปิยะศิลป์, พนม เกตุมาน และมธุรดา สุวรรณโพธิ์, 2561) และเมื่อจำแนกกลุ่มบำบัดโดยใช้แนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้โครงสร้าง ของการจัดกลุ่ม ลักษณะผู้ป่วยและลักษณะของผู้ที่จะทำกลุ่มบำบัด ได้แก่ 1) กลุ่มกิจกรรม (Activity Group) 2) กลุ่มให้ความรู้ (Educational Group) 3) กลุ่มบำบัดเพื่อการรักษา (Therapeutic Group) แบ่งกลุ่มจิตบำบัด ย่อยได้เป็น 2 ประเภทย่อย คือ กลุ่มจิตบำบัดเพื่อเกิดภาวะหยั่งรู้ (Insight Group Psychotherapy) และ

กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive Group Psychotherapy) และ 4) กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self-Help Groups) (จุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว, 2557)

จากการสำรวจในฐานข้อมูล TCI เกี่ยวกับโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มอายุช่วงวัยรุ่น พบว่ามีจำนวนมากและหลากหลายพอควร เป็นรูปแบบที่ใช้วิธีการที่เป็นมาตรฐาน หรือแบบพัฒนาผสมผสานกับอัตลักษณ์วิถีวัฒนธรรมของไทยเข้าร่วมด้วย รวมทั้งในบทความวารสารต่างประเทศ มีการศึกษาการวิเคราะห์ห่อภิณในภาพรวมเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดภาวะซึมเศร้าทั้งในภาพรวมทุกช่วงวัย หรือเฉพาะวัยรุ่นมาบ้างแล้ว อย่างไรก็ตามรายละเอียดดังกล่าวไม่มีการรายงานที่เกี่ยวกับการบำบัดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นไทยเฉพาะเจาะจง หรือพิจารณาตามองค์ประกอบต่างในเชิงภูมิภาค และยังไม่ปรากฏการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิณในประเทศไทยถึงรูปแบบการพิจารณาเฉพาะโปรแกรมบำบัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจประมวลองค์ความรู้ด้านโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้า เฉพาะในประเทศไทยจากฐานข้อมูลทั้งในรูปแบบบทความที่ตีพิมพ์ลงวารสาร และรูปแบบวิทยานิพนธ์ที่ไม่มีการตีพิมพ์เป็นบทความ เพื่อประโยชน์ในการคัดสรร และเลือกประยุกต์ใช้วิธีการบำบัด ได้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง หรือตัวแปรอื่นๆ ที่ส่งผลต่อค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้ ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน (พ.ศ. 2565) อันเป็นองค์ความรู้ที่สามารถต่อยอด ขยายผล และควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่ทำให้วิธีการบำบัดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาคุณลักษณะงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นไทยในโรงเรียน และเปรียบเทียบคุณลักษณะงานวิจัยที่มีค่าต่อขนาดอิทธิพล โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ห่อภิณ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาคุณลักษณะงานวิจัยเพื่อสรุปความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นไทยในโรงเรียน โดยอาศัยกระบวนการทบทวนงานวิจัยด้วยเมตา ตามแนวปฏิบัติและขั้นตอนการดำเนินการของ Cooper (2016) ได้แก่ 1) การสรุปปัญหา 2) การค้นคว้าวรรณกรรม 3) การรวบรวมข้อมูลจากการศึกษา 4) การประเมินคุณภาพของการศึกษา 5) การวิเคราะห์และการรวมผลลัพธ์จากการศึกษา 6) การสังเคราะห์ข้อมูล และ 7) การนำเสนอผลลัพธ์ โดยมีการสืบค้นงานวิจัยที่ทำในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2544-2563 และกำหนดคุณสมบัติในการสืบค้นงานวิจัยโดยกรอบของ PICO Framework

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ห่อภิณ จากงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นในโรงเรียน ในประเทศไทยที่รายงานตั้งแต่พ.ศ. 2544-2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ รายงานการวิจัยในประเทศไทยเกี่ยวกับโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นไทย ในโรงเรียนที่ตีพิมพ์ในฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) และฐานข้อมูลงานวิจัย (ThaiLIS) ระหว่างปี พ.ศ. 2544-2563 จากการสืบค้นพบมีงานวิจัยทั้งหมด 351 เรื่อง

กลุ่มตัวอย่าง คือ รายงานการวิจัยในประเทศไทยเกี่ยวกับโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นไทย ในโรงเรียน ที่ตีพิมพ์ในฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) และฐานข้อมูลงานวิจัย (ThaiLIS) ระหว่างปี พ.ศ. 2544-2563 โดยคัดเลือกตาม PICO Framework ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่าง (Participants) คือ วัยรุ่นไทยในโรงเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า
2. วิธีการทดลอง (Intervention) คือ โปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นไทยในโรงเรียน
3. กลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison) คือ วัยรุ่นไทยที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าในโรงเรียน กับวัยรุ่นไทยที่มีภาวะซึมเศร้าที่ไม่ได้รับโปรแกรมใด ๆ หรือได้รับการดูแลปกติในโรงเรียน
4. ผลลัพธ์ (Outcomes) คือ ระดับภาวะซึมเศร้าที่ลดลง

โดยรายงานการวิจัยที่คัดเลือกต้องเป็นงานวิจัยประเภทกึ่งทดลองที่ทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นไทยในโรงเรียน ในรูปแบบทดสอบก่อนและหลังการทดลอง และปรากฏการรายงานค่าสถิติ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนก่อนทดลองและหลังทดลอง จำนวนกลุ่มทดลองของโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นอย่างครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบ ประเมิน คุณ ภาพ งาน วิจัย ROBINS-I (“Risk Of Bias In Non-randomized Studies of Interventions”) ที่เหมาะสมกับการประเมินงานวิจัยแบบไม่ใช้การสุ่ม เนื่องด้วยเป็นการวิจัยในเชิงสังคมศาสตร์ที่ไม่สามารถจำกัดการสุ่มที่เป็นตัวแทนอย่างแท้จริง และเพื่อให้ได้งานวิจัยที่หลากหลายมากที่สุด แบบบันทึกคุณลักษณะงานวิจัย มี 2 ส่วน คือ แบบบันทึกคุณลักษณะงานวิจัยและสมุดลงรหัส และโปรแกรมคำนวณขนาดอิทธิพล Meta-Essentials (Suurmond, van Rhee, & Hak, 2017)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบบันทึกคุณลักษณะงานวิจัย ได้ผ่านการหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence (IOC) เท่ากับ 0.8 และแก้ไขให้มีความเหมาะสมตามคำแนะนำ ต่อมาได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย ROBINS-I ด้วยการประเมินตรวจสอบกันระหว่างผู้ร่วมวิจัย ในงานวิจัย 5 เรื่อง ให้ผลที่ตรงกันก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยที่ผ่านการฝึกฝนการสืบค้นข้อมูล การคัดเลือก และการเก็บรวบรวมงานวิจัย เกี่ยวกับโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ และสรุปผลการวิจัยโดยใช้ระยะเวลา

จำนวน 3 เดือน ในช่วง 1 พฤษภาคม 2566 ถึง 31 กรกฎาคม 2566 โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดแต่ละขั้นตอนดังนี้

1. สรรวจรายชื่อเรื่องงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่น จากระบบสืบค้นฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์

คำสืบค้น	จำนวนบทความจาก ฐานข้อมูล TCI (เรื่อง)	จำนวนงานวิจัยและวิทยานิพนธ์จาก ฐานข้อมูล ThaiLIS (เรื่อง)	รวม
ซึมเศร้า และวัยรุ่น	89	78	167
ซึมเศร้า และ นักเรียน	45	36	81
ซึมเศร้า และเด็ก	54	49	103
รวม	188	163	351

2. ผู้วิจัยพิจารณาความซ้ำซ้อนของเรื่องงานวิจัย หากเป็นเรื่องเดียวกัน คัดรูปแบบที่มีรายละเอียด ที่สมบูรณ์ที่สุดเป็นตัวอย่างการวิจัย

3. ผู้วิจัยพิจารณาคุณลักษณะงานวิจัยว่าตรงกับคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนดไว้หรือไม่ หากตรงกับคุณสมบัติ ที่กำหนด ผู้วิจัยจึงคัดเลือกงานวิจัยนั้นไว้บันทึกแบบบันทึกงานวิจัย

4. ผู้วิจัยทำการประเมินคุณภาพงานวิจัย แล้วทำการบันทึกผลการประเมินลงในแบบการประเมินงานวิจัย กรณีที่ผู้ประเมินมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน ผู้วิจัยกำหนดให้เลือกใช้การประเมินจากเสียงส่วนใหญ่ คือ 2 ใน 3 เป็นค่าการประเมินงานวิจัยนั้น ๆ ในกรณีที่ผู้ประเมินให้ระดับคุณภาพที่แตกต่างกัน จนไม่สามารถกำหนดเป็นเสียง ข้างมากได้ ให้กำหนดการประชุมร่วมกันเพื่อแสดงเหตุผล และทำข้อตกลงร่วมกันในการกำหนดระดับคุณภาพ ในประเด็นนั้น ๆ โดยเฉพาะ

5. ผู้วิจัยอ่านรายงานที่คัดเลือกมาได้้อย่างละเอียด แล้วทำการบันทึกข้อมูลที่เป็นคุณลักษณะงานวิจัย และค่าสถิติต่าง ๆ ลงในแบบบันทึกคุณลักษณะงานวิจัย

6. จัดเตรียมแฟ้มข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัยโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การสังเคราะห์งานวิจัยโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นไทยในโรงเรียน ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูล แยกเป็น 2 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 ผลการสำรวจงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ และตอนที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัย เจริญปริมาณโดยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

ขั้นที่ 1 การสำรวจงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐาน สำหรับ คุณลักษณะงานวิจัยที่เป็นตัวแปรต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบลักษณะของตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยระดับเล่่ม ตัวแปร ปัจจัยเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้า ตัวแปรโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้า และตัวแปรการวัด ภาวะซึมเศร้า โดยแสดงรายละเอียดเป็นของแต่ละเรื่อง

ขั้นที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณโดยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ หาค่าขนาดอิทธิพล โดยใช้โปรแกรม คำนวณขนาดอิทธิพล Meta-Essentials Version 1.4 (สุรศักดิ์ เสาแก้ว, 2559; อรุณ จิรวรรณกุล, 2556; Suurmond, van Rhee, & Hak, 2017) ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

2.1 วิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลจำแนกตามรายปัจจัย และตามตัวแปรคุณลักษณะ งานวิจัย โดยใช้สถิติทดสอบ F-test และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คำนวณจาก

$I^2 = 100\% \times (Q-df)/Q$ (Higgins & Thompson, 2002; Higgins & Green, 2011)

2.2 ประเมินค่าขนาดอิทธิพลโดยใช้สูตรที่ทำให้ปลอดจากความคลาดเคลื่อน (unbiased estimators of effect size) ตามสูตรของ Hedges & Olkin (1985)

2.3 แปลผลค่าขนาดอิทธิพลตามหลักเกณฑ์ ดังนี้ มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 แปลว่า มีขนาดอิทธิพล ระดับสูง 0.3-0.5 แปลว่า มีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.2 แปลว่า มีขนาดอิทธิพล ระดับต่ำ 0.0 แปลว่า ไม่มีขนาดอิทธิพล (Cohen, 1988)

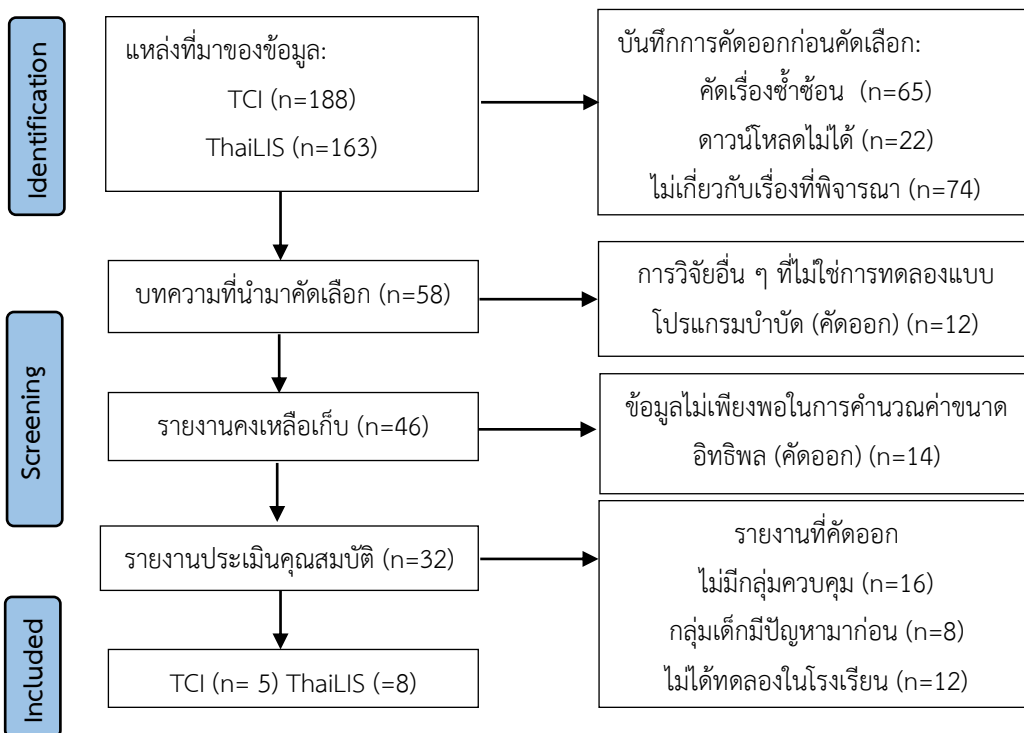
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต เลขที่รับรองโครงการ R011/66X แบบยกเว้น (Exemption Review) วันที่รับรอง 29 มิถุนายน 2566 เนื่องจาก งานวิจัยไม่ได้เข้าข่ายการวิจัยในมนุษย์

ผลการวิจัย

1. ผลการสืบค้นข้อมูล

พบว่า การใช้คำสืบค้นในการสำรวจจำนวนงานวิจัยจากฐานข้อมูล TCI และ ThaiLIS ปรากฏงานวิจัย 188 และ 163 เรื่อง ตามลำดับ โดยคงเหลือ 58 เรื่อง ได้จากการคัดออกด้วยความซ้ำซ้อน ดาวนโหลดไม่ได้ และไม่เกี่ยวกับเรื่องที่กำลังพิจารณา เมื่อพิจารณาในรายละเอียดด้านข้อมูลเพียงพอในการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล คงเหลือทั้งสิ้น 13 เรื่อง ผลการสืบค้น ดังแสดงตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แผนภูมิการคัดเลือกบทความวิจัย ตามหลัก PRISMA guidelines for reporting systematic reviews and meta-analysis (Moher Liberati, Tetzlaff, Altman, & PRISMA Group, 2009; Perestelo-Pérez, 2013)

2. ข้อมูลพื้นฐานของบทความวิจัย

จากตารางที่ 1 ปรากฏงานวิจัยจำนวน 13 เรื่อง แสดงรายละเอียดของแต่ละงานวิจัยที่ทำการทดลองแยกเป็นพื้นที่แต่ละจังหวัด โดยระบุเพศ ช่วงอายุ และชั้นปีที่กำลังศึกษา ที่ได้ดำเนินการทดลอง ทั้งนี้ได้แสดงรายละเอียดของโปรแกรมบำบัดแต่ละประเภท ที่ระบุระยะเวลาบำบัดต่อครั้ง ระยะเวลา และจำนวนครั้งของโปรแกรมทั้งโปรแกรม รวมทั้งแบบวัดภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของรายงานการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง

ชื่อผู้วิจัย	จังหวัด	เพศ	อายุ	ชั้น	โปรแกรมบำบัด	ระยะเวลา (นาที) ต่อครั้ง	จำนวน สัปดาห์	จำนวน ครั้ง	แบบวัด
ฉันทนา แรงสิงห์ (2556)	เชียงราย	ชาย	ไม่ระบุ	ม. 1-6	โปรแกรมกลุ่ม ให้คำปรึกษา ตามแนวคิดพิจารณา เหตุผลและอารมณ์	90	6	12	CDI
ถิรนนท์ ผิวผา, นุชนาถ บรรทมพร และสารรัตน์ วุฒิอาภา (2561)	ศรีสะเกษ	ชาย	16-18	ม.4-6	โปรแกรมการฝึกทักษะ ชีวิต	ไม่ระบุ	8	8	CES-D

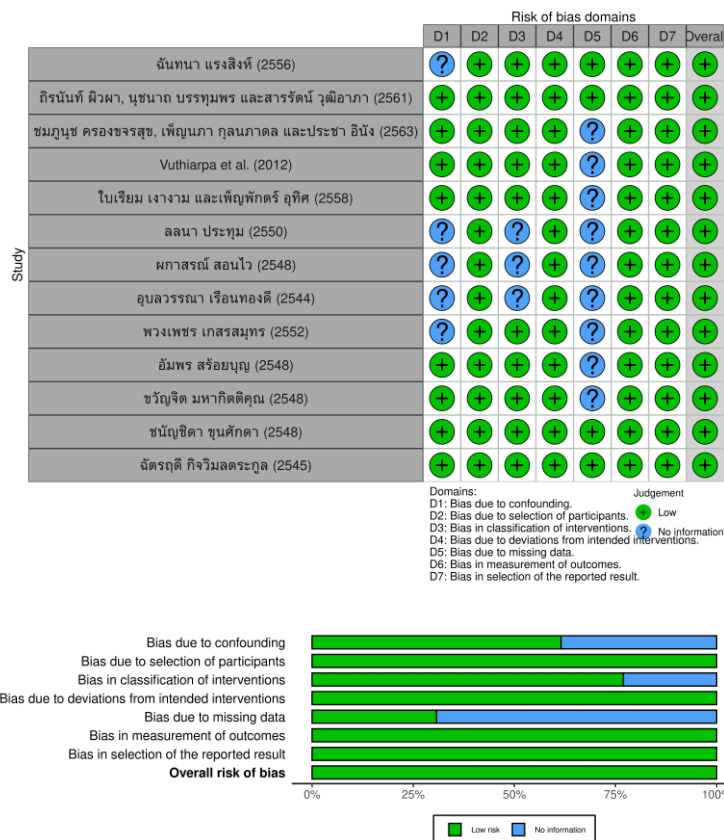
ชื่อผู้วิจัย	จังหวัด	เพศ	อายุ	ชั้น	โปรแกรมบำบัด		ระยะเวลา (นาที) ต่อครั้ง	จำนวน สัปดาห์	จำนวน ครั้ง	แบบวัด
ชนกนุช ครองจรสุช, เพ็ญภา กุลนาคค และประชา อินัง (2563)	ชลบุรี	ชาย	ไม่ระบุ	ม.1-3	การปรึกษากลุ่มทฤษฎี เน้นทางออกระยะสั้น	ทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้น (Solution focus Brief Therapy)	60	8	8	CDI
Vuthirpa, Sethabouppha, Soivong, & Williams (2012)	ไม่ระบุ	ชาย	ไม่ระบุ	ม.1-4	School-based Cognitive Behavioral Therapy (CBT)		ไม่ระบุ	12	12	CES-D
ใบเรียม เงามาม และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ (2558)	สิงห์บุรี	ชาย	13-17	ม. 4	โปรแกรมการจัดการ กับอารมณ์	Adolescents Coping with Emotions (ACE) ของโคเวนเลนโก้ และคณะ	ไม่ระบุ	4	8	CDI
ลลนา ประทุม (2550)	จันทบุรี	ชาย	11-14	ม.ต้น	โปรแกรมพัฒนาทักษะ การเผชิญความเครียด	Adolescent Coping with Depression Course และ Adolescent Coping with Stress Class	60-90	6	11	CDI
ผกาสรณ์ สอนไว (2548)	สุราษฎร์	ชาย	15-18	ม.4	โปรแกรมการศึกษา เพื่อสร้างพลัง	empowerment program พัฒนาเอง	90	7	7	CES-D
อุบลวรรณ เรือนทองดี (2544)	สุพรรณ	ชาย	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	การให้คำปรึกษา		90	3	3	CES-D
พวงเพชร เกสรสมุทร (2552)	กทม.	ชาย	ไม่ระบุ	ม.ปลาย	โปรแกรมเสริมสร้าง ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง	CBT	60	7	14	CES-D
อัมพร สร้อยบุญ (2548)	ลำพูน	ชาย	15-18	ม.ปลาย	การเดินอโรบิก	โปรแกรมตามหลักเวช ศาสตร์การกีฬา แห่งสหรัฐอเมริกา	30-60	8	24	BDI-1A
ขวัญจิต มหาคิตติคุณ (2548)	เชียงใหม่	ชาย	18	ม.6	โปรแกรมการฝึกพูด กับตัวเองทางบวก	Nelson-Jones	30-45	2	10	BDI-1A
ชนัญชิตา ขุนคักดา (2548)	ชลบุรี	ชาย	ไม่ระบุ	ม.1	โปรแกรมความ สอดคล้องในการ มองโลก		50	4	12	CDI
ฉัตรฤดี กิจวิมลตระกูล (2545)	ระยอง	หญิง	ไม่ระบุ	ม.2	ให้คำปรึกษากลุ่ม+ โยคะ	หะฐะโยคะ ของชมชื่น สิทธิเวช	120	ไม่ระบุ	7	CDI

Abbreviation: CDI: Children's Depression Inventory; CES-D: Center for Epidemiology Studies Depression Scale; BDI-1A: Beck Depression Inventory 1A

3. ผลการประเมินคุณภาพของบทความวิจัย

ประเด็นการประเมินคุณภาพด้วยแบบประเมิน ROBINS-I ที่เหมาะสมกับการทดลองแบบ Non-Randomized โดยมีประเด็นการประเมินคุณภาพ (Domain) 7 หัวข้อดังนี้ **ก่อนการทดลอง (Pre-intervention)** อคติจากตัวแปรกวน (Bias due to Confounding, D1) อคติจากการเลือกผู้เข้าร่วมงานวิจัย (Bias in selection of participants into the study, D2) **ขณะทดลอง (At intervention)** อคติในการตัดสินว่าตัวอย่างได้รับสิ่งทดลองหรือไม่ (Bias in classification of Interventions, D3) **หลังการทดลอง (Post-intervention)** อคติจากการไม่รับการรักษาตามที่ตั้งใจไว้ (Bias due to deviations from intended interventions, D4) อคติจากการสูญหายของข้อมูล (Bias due to missing Data, D5) อคติจากการวัดผลลัพธ์

(Bias in measurement of Outcomes, D6) อคติจากการเลือกการรายงานผล (Bias in selection of the reported result, D7) โดยรวมแล้วอยู่ในระดับต่ำ ดังแสดงในภาพที่ 2

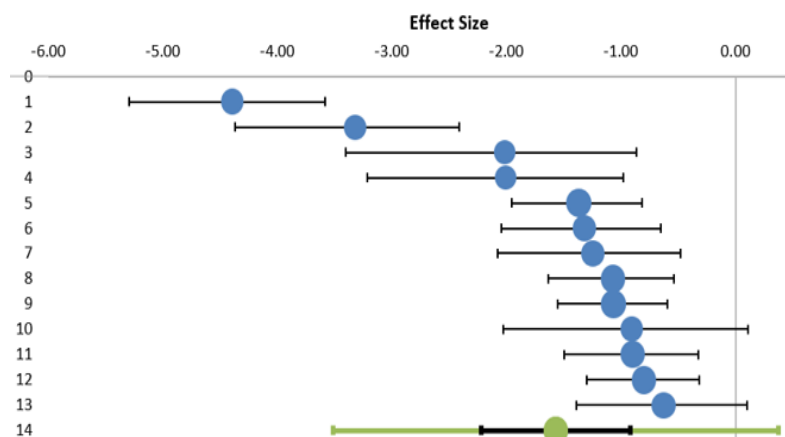


ภาพที่ 2 การประเมินคุณภาพงานวิจัยด้วยแบบประเมิน ROBINS-I

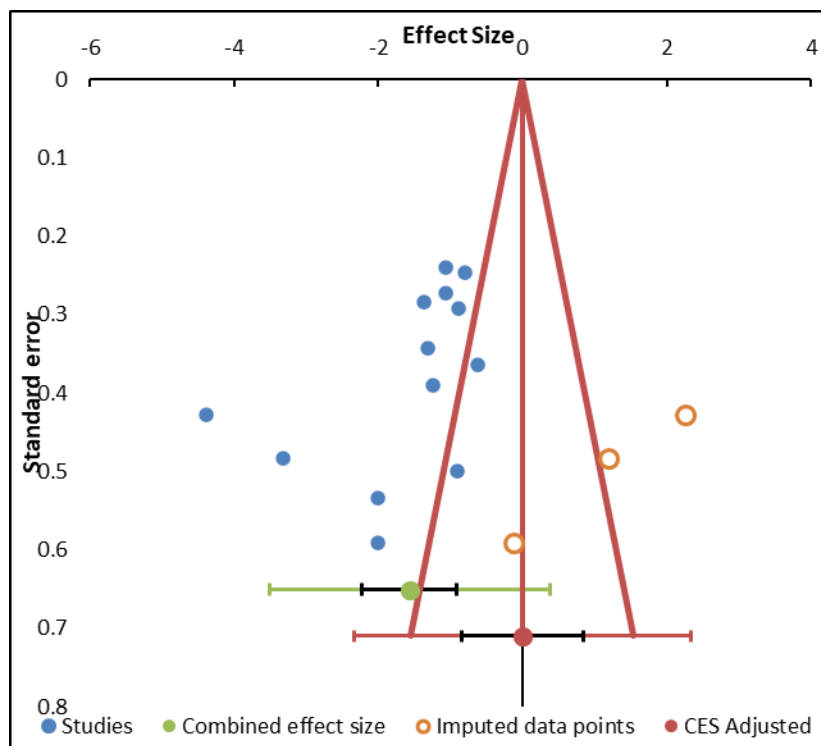
จากตารางที่ 2 แสดงถึงค่าขนาดอิทธิพล (g) พร้อมทั้งค่าถ่วงน้ำหนักของแต่ละงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์อภิมาน การคำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้ใช้รูปแบบ Random Effects Model เพราะข้อมูลที่นำมาคำนวณค่าขนาดอิทธิพลมีการกระจายตัวไม่เป็นเอกพันธ์ ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยจากค่าขนาดอิทธิพล 13 ค่า มีค่าเท่ากับ -1.57 โดยมีช่วง 95% ความเชื่อมั่น คือ -2.22 ถึง -0.92 และมีช่วงของการทำนาย 95% ของความวิจัยในอนาคตที่อาจมีค่าอยู่ในช่วง -3.51 ถึง 0.38 ค่า Z-value -5.23 แสดงว่า มีค่าแตกต่างจาก 0 อย่างมีนัยสำคัญ สำหรับค่า Q-statistic (Cochrane's Q) เท่ากับ 84.65 และ p-value เท่ากับ 0.000 ค่า I² เท่ากับ 85.82% ค่า T² เท่ากับ 0.71 แสดงผลว่าข้อมูลไม่เป็นเอกพันธ์

ตารางที่ 2 ค่าขนาดอิทธิพล (g) พร้อมทั้งค่าถ่วงน้ำหนักของแต่ละงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ห่อภิมาณ

ลำดับที่	ชื่อผู้วิจัย	Hedges' g	CI Lower Limit	CI Upper Limit	Weight
1	ถิรนนท์ ผิวผา, นุชนาถ บรรทมพร และ สารรัตน์ วุฒิอาภา (2561)	-4.39	-5.29	-3.59	7.40%
2	ใบเรียม เงามาม และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ (2558)	-3.32	-4.37	-2.41	7.00%
3	ชนัญชิดา ขุนศักดิ์ (2548)	-2.01	-3.40	-0.86	6.23%
4	ชมภูณัฐ ครอบขจรสุข, เพ็ญญา กุลนภาดล และประชา อินัง (2563)	-2.01	-3.22	-0.98	6.65%
5	ฉันทนา แรงสิงห์ (2556)	-1.37	-1.95	-0.82	8.37%
6	ผกาสรณ์ สอนไว (2548)	-1.32	-2.04	-0.65	7.99%
7	ขวัญจิต มหาภิตติคุณ (2548)	-1.24	-2.08	-0.48	7.67%
8	พวงเพชร เกสรสมุทร (2552)	-1.07	-1.63	-0.54	8.43%
9	อุบลวรรณ เรือนทองดี (2544)	-1.06	-1.55	-0.60	8.62%
10	ฉัตรฤดี กิจวิมลตระกูล (2545)	-0.91	-2.03	0.11	6.89%
11	อัมพร สร้อยบุญ (2548)	-0.90	-1.50	-0.32	8.31%
12	Vuthiarpa, Sethabouppha, Soivong, & Williams. (2012)	-0.80	-1.30	-0.32	8.59%
13	ลลนา ประทุม (2550)	-0.63	-1.39	0.10	7.85%



ภาพที่ 3 แผนภูมิ Forrest Plot



ภาพที่ 4 แผนภูมิ Funnel Plot

ผลจากอคติจากการตีพิมพ์ (Publication Bias) ทำให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย เท่ากับ 0.00 โดยมีช่วง 95% ความเชื่อมั่น คือ -0.85 ถึง 0.84 ซึ่งมีค่าลดลงจากเดิม คือ -1.57 โดยมีช่วง 95% ความเชื่อมั่น คือ -2.22 ถึง -0.92 แต่เนื่องด้วยข้อมูลที่นำมาคำนวณค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยมีความแตกต่างกัน ($I^2 = 89.01\%$) ดังนั้นค่า Publication Bias จึงไม่สมดุลจึงใช้เทคนิค Trim and Fill เติมข้อมูลในฝั่งขวาจำนวน 3 ข้อมูล ทำให้เสมือนเป็นกลุ่มข้อมูลที่มีความเป็นเอกพันธ์ทำให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงคงเหลือ 0.00 โดยมีช่วง 95% ความเชื่อมั่น คือ -0.85 ถึง 0.84 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลผลจากอคติจากการตีพิมพ์ (Publication Bias)

Combined effect size	Observed	Adjusted	Heterogeneity	
Hedges' g	-1.57	0.00	Q	136.48
Standard error	0.30	0.40	p_o	0.000
CI Lower limit	-2.22	-0.85	I^2	89.01%
CI Upper limit	-0.92	0.84	T^2	1.05
PI Lower limit	-3.51	-2.34	T	1.02
PI Upper limit	0.38	2.34		

การอภิปรายผล

จากข้อมูลพื้นฐานสำรวจจากงานวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543-2563 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ทดลองในกลุ่มวัยรุ่นไทยในโรงเรียนที่ไม่เฉพาะเจาะจงด้านเพศในการศึกษา และอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นถึงตอนปลาย โดยพื้นที่ที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในภาคตะวันออก และภาคเหนือ โปรแกรมบำบัดส่วนใหญ่ที่นำมาใช้วิจัยเป็นการปรึกษากลุ่ม และ โปรแกรมบำบัดแบบ (Cognitive Behavioral Therapy (CBT)) ระยะเวลาที่ใช้บำบัดต่อครั้งอยู่ในช่วง 30-120 นาที 2-12 สัปดาห์ และ 3-24 ครั้ง โดยแบบวัดภาวะซึมเศร้า มี 3 รูปแบบ ได้แก่ Center for Epidemiology Studies Depression Scale (CES-D), Children's Depression Inventory (CDI) และ Beck Depression Inventory IA (BDI-IA)

ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยที่ศึกษาโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในโรงเรียนในประเทศไทย จาก 13 เรื่อง ค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิต โปรแกรมการจัดการกับอารมณ์ และโปรแกรมความสอดคล้องในการมองโลกเป็น 3 อันดับที่มีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุดตามลำดับ ดังนี้ -4.39, -3.32 และ -2.01 ที่สามารถลดระดับภาวะซึมเศร้า ซึ่งค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลโดยรวมเท่ากับ -1.57 โดยมีช่วง 95% ความเชื่อมั่น คือ -2.22 ถึง -0.92 เมื่อทำให้ข้อมูลเป็นเอกพันธ์ ด้วยการลดค่าอคติการตีพิมพ์ ทำให้ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลโดยรวมเปลี่ยนแปลงเหลือเท่ากับ 0.00 โดยมีช่วง 95% ความเชื่อมั่น คือ -0.85 ถึง 0.84 ดังนั้น โปรแกรมบำบัดที่ควรนำมาใช้ คือ โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิต โปรแกรมการจัดการกับอารมณ์ และโปรแกรมความสอดคล้องในการมองโลก เพราะสามารถทำให้ระดับภาวะซึมเศร้าลดลงได้มากกว่าโปรแกรมบำบัดอื่น ๆ

ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลเป็นที่แพร่หลายอย่างมาก ก่อให้เกิดการคิดฆ่าตัวตายตามมา ดังนั้นจึงควรมีโปรแกรมที่ติดตามและส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบ (Satinsky et al, 2021) ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นในโรงเรียน เป็นการศึกษาเฉพาะวัยรุ่นที่ไม่เป็นโรค หรือผ่านสภาวะการณ์กดดันใด ๆ เพราะการเป็นโรคส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล (van Barneveld et al., 2021)

แบบวัดภาวะซึมเศร้า ที่ใช้ในการศึกษา พบว่ามีการใช้แบบประเมินที่หลากหลาย ขึ้นกับระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด และข้อมูลพื้นฐาน แบบวัดภาวะซึมเศร้า มี 3 รูปแบบ ได้แก่ BDI-1A, CES-D (อายุ 15-18 ปี) และ CDI (อายุ 7-17 ปี) ทั้งนี้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นยังพบว่ามีอีกหลากหลายแบบ เช่น The Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) (อายุ 11-20 ปี) (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, 2561) ซึ่งจะเห็นว่าแบบประเมินภาวะ ยังไม่ได้ถูกนำมาใช้

การประเมินคุณภาพของบทความด้วย ROBINS-I เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมกับการทดลองประเภท Non-Randomized ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยทางสังคมศาสตร์ ซึ่งเป็นเครื่องมือ Risk of Bias ของ Cochrane Collaboration เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Sobalvarro et al. (2023) ที่ใช้กับการทดลองประเภท Quasi-Experimental Studies ค่าขนาดอิทธิพลที่ได้จากการวิจัยนี้สามารถคำนวณได้จากค่าผลต่างค่าเฉลี่ย

มาตรฐาน (Standardized Mean Difference) ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ซึ่งโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิต โปรแกรมการจัดการกับอารมณ์ โปรแกรมความสอดคล้องในการมองโลก และ 3 อันดับที่มีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุด โปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด School-based Cognitive Behavioral Therapy (CBT) ส่วนการเดินแอโรบิกมีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในกลุ่มต่ำ และเมื่อให้คำปรึกษากลุ่มร่วมกับโยคะทำให้ค่าขนาดอิทธิพลสูงขึ้น ทั้งนี้เพราะการออกกำลังกายมีผลดีต่ออาการซึมเศร้าในประชากรทั่วไปในทุกช่วงอายุ (Hu et al., 2020) โดยเฉพาะ Wegner, Amatriain-Fernández, Kaulitzky, Murillo-Rodriguez, Machado, & Budde (2020) ได้ระบุว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิกสามารถลดอาการซึมเศร้าได้ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

การลดอคติของค่าขนาดอิทธิพลด้วยการแปลงค่าจากการคำนวณค่าขนาดอิทธิพลของ Cohen เป็น Hedges เป็นการลดอคติจากขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนการลดอคติจากการตีพิมพ์ (Publication Bias) ด้วยการสร้างกราฟ Funnel Plot ซึ่งเป็นการเพิ่มค่า 3 ค่าทางขวาทำให้กราฟสมมาตร ส่งผลให้ค่าขนาดอิทธิพลเปลี่ยนแปลงลดลงมีค่าเท่ากับ 0 ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าไม่มีขนาดอิทธิพล เมื่อใช้โปรแกรมบำบัดใด ๆ อาจช่วยบำบัดได้บ้างในระดับน้อยถึงมาก หรือไม่มีส่วนช่วยเลยก็อาจเป็นไปได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ถูกบำบัดเป็นกลุ่มที่มีภาวะปกติ ขณะที่ Cuijpers, Karyotaki, de Wit, & Ebert (2020) ได้ศึกษาเปรียบเทียบ Psychotherapy เพื่อบำบัดภาวะซึมเศร้า 15 ชนิดวิธี มีค่าขนาดผลกระทบมีตั้งแต่ $g = 0.38$ สำหรับหลักสูตร "Coping with Depression" ถึง $g = 1.10$ สำหรับ Life Review Therapy ซึ่งมีความหลากหลายสูงไม่เป็นที่แน่ชัดระบุว่ามีวิธีการใดให้ผลได้ดี เนื่องจากความลำเอียงในการตีพิมพ์ และความเสี่ยงของการเกิดอคติในการศึกษาส่วนใหญ่ ดังนั้นการเลือกใช้โปรแกรมการบำบัดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น จึงควรต้องลงในรายละเอียดเฉพาะกลุ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยกึ่งทดลอง เป็นการทดลองประเภท non-randomized การประเมินคุณภาพด้วยแบบประเมิน ROBINS-I มีความเหมาะสมตามหลักฐานที่กำหนด ซึ่งแบบประเมินมีอีกหลายรูปแบบจึงควรพิจารณาการใช้ให้เหมาะสม
2. ควรนำโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าที่มีค่าขนาดอิทธิพลสูงมาใช้บำบัด หรือพัฒนาต่อยอด แล้วนำมาคำนวณค่าขนาดอิทธิพล เปรียบเทียบ
3. ควรคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพล จากข้อมูลในมิติต่างๆ ให้รอบด้าน โดยแบ่งเป็นประเด็นย่อยที่เฉพาะเจาะจง เช่น เพศ การศึกษา ที่พักอาศัย เป็นต้น
4. ควรศึกษาโปรแกรมบำบัดเฉพาะ ได้แก่ โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิต โปรแกรมการจัดการกับอารมณ์ และโปรแกรมความสอดคล้องในการมองโลก ในรูปแบบการเปรียบเทียบ หรือพัฒนาโปรแกรมบำบัดที่ผสมผสานส่วนดี และเด่นของโปรแกรมบำบัดข้างต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักในการเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมการรับรู้ และการปรับพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอักเสบ ส่งเสริมให้เกิดความยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
2. ควรมีการศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มทดลองหลังจากมีการได้รับโปรแกรมป้องกันโรคปอดอักเสบ เพื่อให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคปอดอักเสบในระยะยาวต่อไป
3. ในการศึกษาครั้งต่อไปเสนอให้มีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อทราบถึงปัจจัยอื่นที่ส่งเสริมการปฏิบัติตัวของมารดาในการป้องกันโรคปอดอักเสบในเด็ก

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญจิต มหาภิตติคุณ. (2548). ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทิมา อังคพนิกิจ และอริชาติ โรจนะหัสดิน. (2564). สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยไทย. วารสารเทคโนโลยีสุรนารี, 15(1), 61-86.
- จิราพร เณรธณี. (2566). เมื่อซึมเศร้ากลายเป็นโรคแห่งยุคสมัย ครูควรรับมืออย่างไร. สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2567 จาก <https://www.educathai.com/knowledge/articles/634>.
- จุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว. (2557). กลุ่มบำบัดกับพยาบาลจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 28(1), 1-15.
- ฉัตรฤดี กิจวิมลตระกูล. (2545). ผลการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีการฝึกหัดทักษะต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ฉันทนา แร่งสิงห์. (2556). ผลของโปรแกรมกลุ่มให้คำปรึกษาตามแนวคิดพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรมต่อระดับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 6(2), 29-41.
- ชนัญชิตา ขุนศักดิ์. (2548). ผลของการใช้โปรแกรมความสอดคล้องในการมองโลกที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดชลบุรี. การศึกษามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชมภูษ ขอรองขจรสุข, เพ็ญภา กุลนภาตล และประชา อินัง. (2563). ผลการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้นต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา. วารสารการวัดผลการศึกษา, 37(101), 146-158.
- ถิรนนท์ ผิวผา, นุชนาถ บรรทมพร และสารรัตน์ วุฒิอาภา. (2561). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(ฉบับพิเศษ), 89-98.
- ใบเรียม เงามาม และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นที่มีปัญหาพฤติกรรม. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 29(2), 116-127.

- ผกาสรณ์ สอนไว. (2548). ผลของโปรแกรมการศึกษาเพื่อสร้างพลังต่อการเสริมสร้างความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง และลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเด็กวัยรุ่น. การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงเพชร เกสรสมุทร. (2552). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรู้สึกรักเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ลดความคิดทางลบ เพื่อป้องกันอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น. ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลลนา ประทุม. (2550). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ตอนต้น. การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วินัดดา ปิยะศิลป์, พนม เกตุมาน และมธุรดา สุวรรณโพธิ์. (2561). แนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พับลิชชิง.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). 10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ของเด็กและเยาวชน: จะช่วยอย่างไร? สุขภาพคนไทย 2563, น. 53-57. สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2566 จาก https://www.thaihealthreport.com/th/situation_ten.php?id=4&y=2563&bm=1.
- สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. (2561). คู่มือปฏิบัติ การดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า สำหรับ บุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา ตามแนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า. กรุงเทพฯ:บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). ร้อยละของเด็กวัยรุ่น อายุ 13-24 ปี. สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2566 จาก https://catalog.nso.go.th/dataset/os_04_00013.
- สุรศักดิ์ เสาก้าว. (2559). การอ่านและการแปลผลงานวิจัยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ. *เชิงรายเวชสาร*, 8(1), 139-151.
- อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2556). การนำเสนอผลต่างของการสอนด้วยขนาดอิทธิพล. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 22(6), 935-936.
- อัมพร สร้อยบุญ. (2548). ผลของการเดินแอโรบิกต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร-มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุบลวรรณ เรือนทองดี. (2544). ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.) Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cooper, H. (2016). *Research synthesis and meta-analysis: A step-by-step approach*. Fifth Edition. Sage: USA.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., de Wit, L., & Ebert, D. D. (2020). The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*. 30(3), 279-293. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1649732>

- Hedges, L. V., & Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. San Diego, CA: Academic Press.
- Hfocus. (2021). *Assessment of the mental health of more than 180,000 Thai children and adolescents found that they were highly stressed and at risk of depression. more addicted to online games!!*. Retrived August 5, 2023 from <https://www.hfocus.org/content/2021/10/23307>.
- Higgins, J. P. T. & Green, S. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Version 5.1.0. The Cochrane Collaboration.
- Higgins, J. P. T. & Thompson, S. G. (2002). Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Statistics in Medicine*, 21(11), 1539-58. <https://doi.org/10.1002/sim.1186>
- Hu, M. X., et al. (2020). Exercise interventions for the prevention of depression: A systematic review of meta-analyses. *BMC Public Health*, 20(1), 1255. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09323-y>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in psychology and health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 49-57. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(13\)70007-3](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(13)70007-3).
- Satinsky, E. N., et al. (2021). Systematic review and meta-analysis of depression, anxiety, and suicidal ideation among Ph.D. students. *Scientific Reports*, 11(1), 14370. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-93687-7>
- Sobalvarro, J. V., et al. (2023). Effectiveness of laughter therapy on anxiety and depression in hospitalized patients: a systematic review and meta-analysis. *Revista Brasileira De Farmacia Hospitalar E Servicos De Saude*. 14(2), 906. <https://doi.org/10.30968/rbfhss.2023.142.0906>
- Suurmond, R., Van Rhee, H., & Hak, T. (2017). Introduction, comparison and validation of Meta-Essentials: A free and simple tool for meta-analysis. *Research Synthesis Methods*, 8(4), 537-553. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1260>

- van Barneveld, E., et al. (2022). Depression, anxiety, and correlating factors in endometriosis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Women's Health* (2002), 31(2), 219-230. <https://doi.org/10.1089/jwh.2021.0021>
- Vuthiarpa, S., Sethabouppha, H., Soivong, P. & Williams, R. (2012). Effectiveness of a School-Based Cognitive Behavioral Therapy Program for Thai Adolescents with Depressive Symptoms. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 16(3), 206-221. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/5877>
- Wegner, M., Amatriain-Fernández, S., Kaulitzky, A., Murillo-Rodriguez, E., Machado, S., & Budde, H. (2020). Systematic review of meta-analyses: Exercise effects on depression in children and adolescents. *Frontier in Psychiatry*, 11, 81. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00081>
- World Health Organization. (2017). *Depression let's talk*. Retrived August 5, 2023 from http://www.thaidepression.com/www/who_depress/km_depress.pdf.

ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง Factors Affecting Blood Pressure Level Control in Patients with Hypertension

พรรณนิภา ต่อมดวงแก้ว¹, ปะราลี โสภาสนันท์^{1*}, กาญจนา หินมะลิ²
Pannipha Tomduangkaew¹, Paralee Opasanant¹, Kanchana Hinmal²
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา¹, โรงพยาบาลนครพิงค์²
School of Nursing, University of Phayao¹, Nakonping Hospital²

(Received: March 26, 2024; Revised: April 30, 2024; Accepted: June 3, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้ (Cross-Sectional Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 294 คน คัดเลือกโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง แบบประเมินระดับความเครียด แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และแบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติการถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple Logistic Regression)

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 54.08 เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 56-75 ปี (Mean = 60.17, S.D.=15.15) ร้อยละ 63.27 สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ได้แก่ ดัชนีมวลกายระดับปกติ (AOR 1.82, 95%CI: 1.10-3.32) มีพฤติกรรมเสี่ยงจากการรับประทานอาหารหวาน-มัน-เค็มระดับปานกลาง (AOR 3.31, 95%CI: 1.72-5.70) มีพฤติกรรมเคลื่อนไหวร่างกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อเนื่อง ใน 1 สัปดาห์ (AOR 2.16, 95%CI: 1.18-3.93) มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก (AOR 3.40, 95%CI: 1.15-10.07) มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง (AOR 4.10, 95%CI: 1.90-8.50) และมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง (AOR 3.41, 95%CI: 1.01-11.44) ดังนั้นผู้ให้บริการด้านสุขภาพควรมีการประเมินปัจจัยดังกล่าว เพื่อนำมาเป็นแนวทางพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง อันจะนำไปสู่การลดจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้

คำสำคัญ: ปัจจัย, ระดับความดันโลหิต, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

*ผู้ให้การติดต่อ ปะราลี โสภาสนันท์ e-mail: Paralee.op@up.ac.th

Abstract

The objective of this cross-sectional study was to investigate the factors affecting blood pressure control in hypertensive patients receiving services at the Hypertension Clinic, Nakornping Hospital, Chiang Mai Province. Participants consisted of 294 hypertensive patients selected by simple random sampling. The research instruments used were a personal data and health condition questionnaire, a risk behavior assessment form for hypertension, a stress assessment form, a social support assessment form, a health service accessibility assessment form, a hypertension knowledge test, and a perceived risk assessment form for hypertension complications. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression analysis to examine relationships.

The results showed that the majority of the participants, 54.08%, were female, aged between 56-75 years (Mean = 60.17, S.D. = 15.15). 63.27% were able to control their blood pressure levels. Factors affecting blood pressure control included having a normal body mass index (AOR 1.82, 95% CI: 1.10-3.32), having moderate risk behavior from consuming sweet, fatty, and salty foods (AOR 3.31, 95% CI: 1.72-5.70), engaging in physical activity for at least 30 continuous minutes per week (AOR 2.16, 95% CI: 1.18-3.93), having a high level of social support (AOR 3.40, 95% CI: 1.15-10.07), having a high level of knowledge about hypertension (AOR 4.10, 95% CI: 1.90-8.50), and having a high perception of the risk of hypertension complications (AOR 3.41, 95% CI: 1.01-11.44). Therefore, healthcare providers should assess these factors to develop guidelines for improving the care of hypertensive patients. This will help patients adopt healthier behaviors to control their blood pressure, leading to a reduction in the number of patients with uncontrolled hypertension.

Keywords: Factors, Blood Pressure Level, Hypertensive Patients

บทนำ

ในระหว่างปี ค.ศ. 1990 ถึง ค.ศ. 2019 มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าโดยเพิ่มจาก 650 ล้านคนเป็น 1.3 พันล้าน ซึ่งโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure (SBP)) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure (DBP)) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานาน และไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง หัวใจวาย หัวใจล้มเหลว และโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการ

เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2563 พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22 เป็น 24.70 และสัดส่วนของผู้ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ลดลงจากร้อยละ 29.70 เป็น 22.60 (วิชัย เอกพลากร, 2564)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต สามารถแบ่งออกได้ เป็น 2 ปัจจัยหลัก (World Health Organization, 2023) คือ ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่ เพศ (Kapoor, Dhar, Mirza, Saxena, & Pathania, 2021) อายุ โรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม ระดับการศึกษา (Leung, Bushnik, Hennessy, McAlister, & Manuel, 2019) และปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง การได้รับยาลดความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย (Sakboonyarat, Rangsin, Kantiwong, & Mungthin, 2019) การมีโรคประจำตัวหลายโรค (Tapela et al., 2021) ความเครียด (Riaz, Shah, Asif, Shah, Adhikari, & Abu-Shaheen, 2021) พฤติกรรมเสี่ยงในการรับประทานอาหาร หวาน มัน เค็ม (Riaz, Shah, Asif, Shah, Adhikari, & Abu-Shaheen 2021) การรับประทานผักผลไม้ (Leung, Bushnik, Hennessy, McAlister, & Manuel, 2019) การเคลื่อนไหวร่างกาย การสูบบุหรี่ (Gao et al., 2022) การดื่มแอลกอฮอล์ (Kapoor, Dhar, Mirza, Saxena, & Pathania, 2021) พฤติกรรมการเข้ารับการรักษ (Abdisa et al., 2022) แรงสนับสนุนจากสังคม (Harding, et al., 2022) การเข้าถึงบริการสุขภาพ (Shiraly, Khani Jeihooni, & Bakhshizadeh Shirazi, 2022) ความรู้เกี่ยวกับโรค ความดันโลหิตสูง (Tesfaye, Haile, Lake, Belachew, Tesfaye, & Abera, 2017) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Shiraly, Khani Jeihooni, & Bakhshizadeh Shirazi, 2022)

จังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด 233,670 คน ไม่สามารถ ควบคุมความดันโลหิตได้ 165,499 คน คิดเป็นร้อยละ 70.83 และโรงพยาบาลนครพิงค์เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ประจำจังหวัด มีการจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรัง โดยให้การตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วย อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ทางด้านอายุรกรรมเฉพาะโรค ซึ่งมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มารับการรักษาที่โรงพยาบาลนครพิงค์ พบว่า ปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการจำนวน 21,029 คน มีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีคิดเป็น ร้อยละ 34.23 คน ส่วนอีกร้อยละ 65.77 ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ของ กระทรวงสาธารณสุข คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) จากข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพบริการโรคความดันโลหิตสูง (กลุ่มงานเทคโนโลยีและสารสนเทศ โรงพยาบาลนครพิงค์, 2566) พบว่า ในปี พ.ศ. 2565 และ พ.ศ. 2566 อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนหัวใจและ หลอดเลือด ร้อยละ 15.26 และ 15.11 มีภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 10.54 และ 11.04 และมี ภาวะผิดปกติทางไต ร้อยละ 21.13 และ 22.36 จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับ

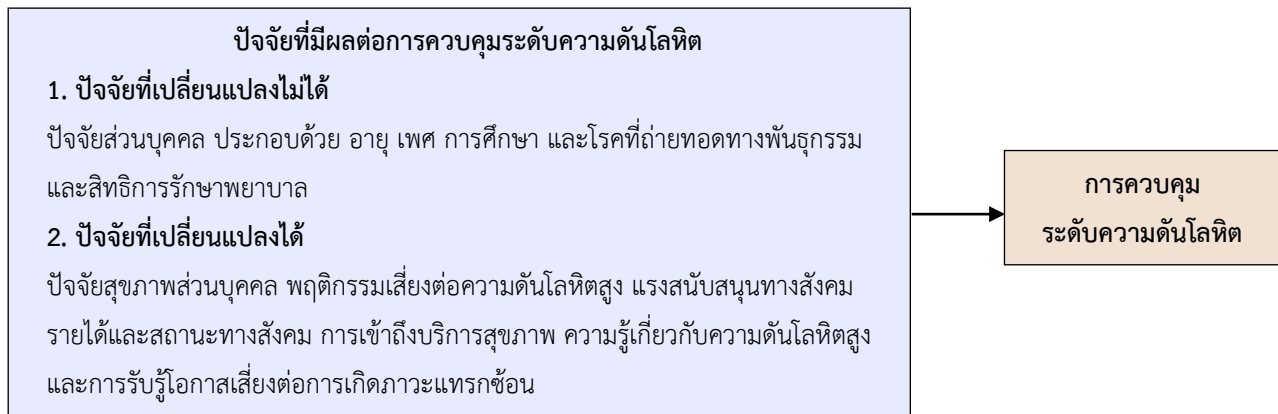
ความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง การที่ได้ทราบปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ จะได้นำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางส่งเสริมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคความดันโลหิตสูงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ตัวแปรที่ใช้ศึกษานี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมถึงปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งองค์การอนามัยโลก ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ (Non-Modifiable Factors) และปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ (Modifiable Factors) ดังนั้น ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วยตัวแปรต้นแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ และปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ และตัวแปรตามเป็นการควบคุมระดับความดันโลหิต ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ณ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายชื่อในเวชทะเบียน มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 3,191 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป OpenEpi Version 3.01 (Dean, Sullivan, & Soe, 2013) คำนวณด้วยสูตร Sample Size for a Proportion โดยความชุกจากการทบทวนวรรณกรรมของ Sakboonyarat, Rangsin, Kantiwong, & Mungthin (2019) พบสัดส่วนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 25 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% เท่ากับ 1.96 และความแม่นยำเท่ากับ 5% จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 265 ราย เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นการศึกษาคั้งนี้จะเก็บข้อมูลกับตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 294 ราย ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมาแล้วเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยมีค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) ตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure) ตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป 2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 3) มาใช้บริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วงเวลาที่เก็บข้อรวบรวมนข้อมูล 4) สามารถตอบคำถามได้ โดยเป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะ ไม่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจและอารมณ์ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ไม่สามารถพูดสื่อสาร-อ่าน-เขียนภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และความเพียงพอของรายได้ โรคถ่ายทอดทางพันธุกรรม (โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน) และสิทธิการรักษาพยาบาล

2. แบบประเมินภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต ค่าไขมันในเลือด ค่าน้ำตาลในเลือด เป็นผลการตรวจครั้งล่าสุดแต่ไม่เกิน 12 เดือน และโรคร่วม

3. แบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย

3.1 พฤติกรรมการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ใช้แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2563) รวมทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า 3 ระดับ ได้แก่ ทุกวันหรือเกือบทุกวัน 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ และแทบไม่ทำหรือไม่ทำเลย ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก 2 ข้อ เชิงลบ 13 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ คะแนนข้อคำถามเชิงบวกตอบทุกวันหรือเกือบทุกวันให้ 1 คะแนน ตอบ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ให้ 2 คะแนน และตอบแทบไม่ทำหรือไม่ทำเลยให้ 3 คะแนน และคำถามเชิงลบ ตอบทำทุกวันหรือเกือบทุกวันให้ 3 คะแนน ตอบ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์

ให้ 2 คะแนน และตอบแทบไม่ทำหรือไม่ทำเลยให้ 1 คะแนน การแปลค่าคะแนน ดังนี้ 1-5 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่ำ 6-9 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงปานกลาง 10-13 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงสูง และ 14-15 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงสูงมาก

3.2 พฤติกรรมการรับประทานผักและผลไม้

3.3 พฤติกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย

3.4 พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์

3.5 พฤติกรรมการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวนยาที่รับประทาน เพื่อลดความดันโลหิต ชื่อยาที่รับประทาน การลิ้มรับประทานยา การหยุดยา การมาพบแพทย์ตามนัด และความรู้ในการวัดความดันโลหิต

โดยหัวข้อ 3.2, 3.3, 3.4 และ 3.5 เป็นส่วนหนึ่งของแบบคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงาน ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2564) รูปแบบของเครื่องมือหัวข้อ 3.2, 3.3 และ 3.4 เป็นแบบ 2 ตัวเลือก เป็นข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 2 ระดับ ตอบใช่ เท่ากับ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ เท่ากับ 0 คะแนน ส่วนหัวข้อ 3.5 เป็นแบบเลือกตอบและตอบเติมคำ

3.6 แบบประเมินระดับความเครียดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2563) จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า 4 ระดับ ได้แก่ ตอบไม่เคยให้ 0 คะแนน ตอบบางครั้งให้ 1 คะแนน ตอบบ่อยครั้งให้ 2 คะแนน และตอบประจำให้ 3 คะแนน การแปลผลดังนี้ คะแนน 0-4 หมายถึง ความเครียดน้อย คะแนน 5-7 หมายถึง ความเครียดปานกลาง คะแนน 8-9 หมายถึง ความเครียดสูง และคะแนน 10-15 หมายถึง ความเครียดสูงมาก

3.7 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ที่พัฒนาโดยจุฬารังค์ แอกทอง (2549) จำนวน 24 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า 3 ระดับ ได้แก่ ตอบมากให้ 3 คะแนน ตอบปานกลางให้ 2 คะแนน และตอบน้อยให้ 1 คะแนน การแปลผลดังนี้ 1.00-1.66 คะแนน หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนอยู่ในระดับน้อย 1.67-2.33 คะแนน หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง และ 2.34-3.00 คะแนน หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนอยู่ในระดับมาก

3.8 แบบประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่พัฒนาโดยดาไลมา สำแดงสาร (2561) จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า 3 ระดับ ได้แก่ตอบมากให้ 2 คะแนน ตอบปานกลางให้ 1 คะแนน และตอบน้อยให้ 0 คะแนน การแปลผลดังนี้ 0.00-0.66 คะแนน หมายถึง การเข้าถึงบริการในระดับต่ำ 0.67-1.33 คะแนน หมายถึง การเข้าถึงบริการในระดับปานกลาง และ 1.34-2.00 คะแนน หมายถึง การเข้าถึงบริการในระดับมาก

3.9 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ที่พัฒนาโดยปฐญาภรณ์ ลาลุน (2554) ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกคำตอบ จำนวน 15 ข้อ ๆ ละ 1 คะแนน การแปลผลดังนี้ 12-15 คะแนน คือ มีความรู้ในระดับดี 9-11 คะแนน มีความรู้ในระดับปานกลาง และ 0-8 คะแนน มีความรู้ในระดับต่ำ

3.10 แบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาโดยปุลวิช ทองแดง และจันทร์จิรา สีสว่าง (2563) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความกังวล 2) การมีอคติเชิงบวก 3) การระบุความเสี่ยงของตนเอง 4) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรค และ 5) การรับรู้สาเหตุที่ทำให้มีโอกาสรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างมากให้ 4 คะแนน เห็นด้วยให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วยให้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างมากให้ 1 คะแนน ส่วนความเสี่ยงและความรุนแรง ตอบมากให้ 4 คะแนน ตอบปานกลางให้ 3 คะแนน ตอบน้อยให้ 2 คะแนน และตอบน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน การแปลผลดังนี้ 1.00-2.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและ/หรือความรุนแรงอยู่ในระดับต่ำ 2.01-3.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและ/หรือความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง และ 3.01-4.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและ/หรือความรุนแรงอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นการขออนุญาตใช้เครื่องมือที่มีผู้พัฒนาขึ้นมาแล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่นกับผู้รับบริการที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ พฤติกรรมเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง 0.83 แรงสนับสนุนทางสังคม 0.88 การเข้าถึงบริการสุขภาพ 0.82 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง 0.92 และความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ใช้สูตรครูเดอร์-ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ และขอความอนุเคราะห์เจ้าหน้าที่คลินิกโรคเรื้อรัง เป็นผู้ประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยประชุมชี้แจงทีมวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและขั้นตอนในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จนเป็นที่เข้าใจตรงกัน

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

3.1 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดสาระสำคัญของการวิจัย เหตุผลและวิธีการที่ผู้วิจัยใช้ในการเลือกเข้าเป็นตัวอย่างเพื่อการเก็บข้อมูล มีมาตรการที่จะรักษาความลับ โดยจะมีการปกปิดชื่อ-นามสกุล ข้อมูลทั้งหมด การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการรักษา ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิที่จะเปลี่ยนใจหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลพร้อมให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม

3.2 ผู้วิจัยอธิบายและชี้แจง ขั้นตอนตอบแบบสอบถามอย่างละเอียดและชัดเจน และให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามในแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับสายตาหรือการอ่าน ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถาม แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยปากเปล่าโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้เขียนคำตอบให้ทีละข้อจนครบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้เพื่ออธิบายลักษณะส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง โดยแสดงค่าความถี่ ร้อยละ (Percentages) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ดังนี้

2.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นระหว่างตัวแปรต้นทุกตัวแปรและตัวแปรตาม คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square) และใช้สถิติ Fisher Exact Test กรณีความถี่คาดหวังน้อยกว่า 5 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์การถดถอยตัวแปร (Univariate Logistic Regression Analysis) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น 1 ตัวแปร และตัวแปรตาม 1 ตัวแปร โดยยังไม่คำนึงถึงผลกระทบตัวแปรที่เหลือ แสดงค่า Crude Odd Ratio และความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% CI หลังจากนั้นพิจารณาตัวแปรที่มีค่า $p\text{-value} < 0.25$ (Bursac, Gauss, Williams, & Hosmer, 2008) เพื่อนำไปวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple Logistic Regression Analysis) แบบขจัดออกทีละตัวแปร (Backward Elimination) โดยจะตัดตัวแปรที่มีค่า $p\text{-value} < 0.25$ ออกจากโมเดลสุดท้าย (Final Model) นำเสนอค่า Adjusted Odd Ratio และความเชื่อมั่นที่ระดับ 95%CI และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยพะเยา หมายเลขรับรอง HREC-UP-HSST 1.2/139/66 ลงวันที่ 26 กันยายน 2566 และหนังสือรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนครพิงค์ หมายเลขรับรอง NKP No.110/16 ลงวันที่ 24 ตุลาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิต

พบว่า กลุ่มที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคเรื้อรังจำนวน 294 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.08 อายุ ≥ 60 ปี ร้อยละ 59.18 อายุเฉลี่ย 60.17 ปี (S.D. = 15.15) สถานภาพสมรส ร้อยละ 63.27 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.60 ประกอบอาชีพ ร้อยละ 75.51 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว $\geq 10,000$ บาท/เดือน ร้อยละ 65.65 มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.88 และใช้สิทธิการรักษาพยาบาลบัตรทองมากที่สุด ร้อยละ 66.33

ผลการควบคุมความดันโลหิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.27 สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และร้อยละ 36.73 ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิต พบว่า อายุระหว่าง 35-59 ปี ระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป การไม่ประกอบอาชีพ และสิทธิการรักษาพยาบาล ประกันสังคมหรือข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิต (n=294)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ทั้งหมด		การควบคุมความดันโลหิต				Chi-Square	P-value
	n (%)		ไม่ได้ n (%)		ได้ n (%)			
กลุ่มตัวอย่าง	294	(100%)	108	(36.73%)	186	(63.27%)	-	-
เพศ								
ชาย	135	(45.92%)	50	(46.30%)	85	(45.70%)	0.01	0.92
หญิง	159	(54.08%)	58	(53.70%)	101	(54.30%)		
อายุ (Mean = 60.17, S.D. = 15.55)								
ต่ำกว่า 35 ปี	24	(8.16%)	11	(10.19%)	13	(6.99%)	10.14	0.02*
35-59 ปี	96	(32.65%)	23	(21.30%)	73	(39.25%)		
≥60 ปี	174	(59.18%)	54	(68.52%)	74	(53.76%)		
สถานภาพ								
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	108	(36.73%)	41	(37.96%)	67	(36.02%)	0.11	0.74
สมรส/คู่	186	(63.27%)	67	(62.04%)	119	(63.98%)		
ระดับการศึกษา								
ไม่ได้เรียน	31	(10.54%)	9	(29.03%)	22	(70.97%)	6.17	0.03*
ประถมศึกษา	137	(46.60%)	61	(44.53%)	76	(55.47%)		
มัธยมศึกษาขึ้นไป	86	(29.25%)	29	(33.72%)	57	(66.28%)		
อาชีพ								
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	72	(24.49%)	17	(15.74%)	55	(29.57%)	7.07	0.008*
ประกอบอาชีพ	222	(75.51%)	91	(84.26%)	131	(70.43%)		
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)								
< 10,000	101	(34.35%)	43	(39.81%)	58	(31.18%)	2.26	0.13
≥ 10,000	193	(65.65%)	65	(60.19%)	128	(68.82%)		
ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง								
ไม่มี	115	(39.12%)	37	(34.26%)	78	(41.94%)	1.69	0.19
มี	179	(60.88%)	71	(65.74%)	108	(58.06%)		

ข้อมูลส่วนบุคคล	ทั้งหมด n (%)	การควบคุมความดันโลหิต		Chi-Square	P-value
		ไม่ได้ n (%)	ได้ n (%)		
สิทธิการรักษาพยาบาล					
สิทธิบัตรทอง	195 (66.33%)	81 (75.00%)	114 (61.29%)	6.04	0.05*
ประกันสังคม	30 (10.20%)	7 (6.48%)	23 (12.37%)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	69 (23.47%)	20 (18.52%)	49 (26.34%)		

*p-value<0.05

2. ปัจจัยภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิต

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีดัชนีมวลกายระดับปกติ ร้อยละ 52.04 มีน้ำหนักเกิน ร้อยละ 37.41 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 38.44 มีค่าไขมันดีอยู่ในระดับต่ำ (HDL $\leq$ 40 มก./ดล.) ร้อยละ 23.81 ค่าไขมันไม่ดีอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 48.30 (LDL > 100 มก./ดล.) มีค่าไตรกลีเซอไรด์อยู่ในระดับสูง (TG>150มก./ดล.) ร้อยละ 28.91 มีค่าคอเลสเตอรอลอยู่ในระดับสูง (Cholesterol>200 มก./ดล.) ร้อยละ 24.49 มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงอยู่ในระดับสูง (FPG> 99มก./ดล.) ร้อยละ 58.50 และมีโรคร่วม ถึงร้อยละ 93.20 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาปัจจัยภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่า การมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติและผอม และการไม่มีโรคร่วม มีสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิต (n=294)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	ทั้งหมด		การควบคุมความดันโลหิต				Chi-Square	P-value
	n (%)		ไม่ได้ n (%)		ได้ n (%)			
ดัชนีมวลกาย (กก./ม ²) (Mean = 24.98, S.D. = 5.31)								
ผอม (<18.5)	31	(10.54%)	6	(5.56%)	25	(13.44%)	13.15	0.001*
ปกติ (18.5-24.9)	153	(52.04%)	48	(44.44%)	105	(56.45%)		
น้ำหนักเกิน (≥25)	110	(37.41%)	54	(50.00%)	56	(30.11%)		
ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (Mean = 9.34, S.D. = 7.78)								
ไม่เกิน 5 ปี	112	(38.10%)	41	(37.96%)	71	(38.17%)	0.20	0.91
6-10 ปี	113	(38.44%)	43	(39.81%)	70	(37.63%)		
มากกว่า 10 ปี	69	(23.47%)	24	(22.22%)	45	(24.19%)		
HDL (มก./ดล.) (Mean = 49.27, S.D. = 12.63)								
<40, ต่ำ	70	(23.81%)	26	(24.07%)	44	(23.66%)	0.007	0.94
≥40, ปกติ	224	(76.19%)	82	(75.93%)	142	(76.34%)		

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	ทั้งหมด		การควบคุมความดันโลหิต				Chi-Square	P-value
	n	(%)	ไม่ได้ n (%)		ได้ n (%)			
LDL (มก./ดล.) (Mean = 112.19, S.D. = 48.29)								
≤100, ปกติ	152	(51.70%)	59	(54.63%)	93	(50.00%)	0.59	0.44
>100, สูง	142	(48.30%)	49	(45.37%)	93	(50.00%)		
TG (มก./ดล.) (Mean = 135.80, S.D. = 68.71)								
≤150, ปกติ	209	(71.09%)	79	(73.15%)	130	(69.89%)	0.35	0.55
>150, สูง	85	(28.91%)	29	(26.85%)	56	(30.11%)		
Cholesterol (มก./ดล.) (Mean = 174.37, S.D. = 47.37)								
≤200, ปกติ	222	(75.51%)	84	(77.78%)	138	(74.19%)	0.48	0.49
>200, สูง	72	(24.49%)	24	(22.22%)	48	(25.81%)		
FPG (มก./ดล.) (Mean = 126.93, S.D. = 58.78)								
70-99 ปกติ	122	(41.50%)	49	(45.37%)	73	(39.25%)	1.05	0.30
>99, สูง	172	(58.50%)	59	(54.63%)	113	(60.75%)		
โรคร่วม								
มี	274	(93.20%)	105	(97.22%)	169	(90.86%)	4.36	0.04*
ไม่มี	20	(6.80%)	3	(2.78%)	17	(9.14%)		

*p-value < 0.05

Abbreviation: BMI: Body Mass Index; HDL: High-Density Lipoprotein; LDL: Low-Density Lipoprotein; TG: Triglyceride; FPG: Fasting Plasma Glucose

3. ปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิต

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงจากการบริโภคอาหารหวาน-มัน-เค็ม ร้อยละ 55.10 รับประทานผักและผลไม้สด ร้อยละ 71.09 มีพฤติกรรมเคลื่อนไหวร่างกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อเนื่องใน 1 สัปดาห์ ร้อยละ 50.34 สูบบุหรี่ ร้อยละ 36.39 ดื่มสุรา ร้อยละ 43.20 สัมรับประทานยา ร้อยละ 31.29 มีการหยุดรับประทานยาลดความดันโลหิตเองเมื่อรู้สึกว่าการดีขึ้น ร้อยละ 19.73 มาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 95.92 มีความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 10.54 มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 59.18 มี และมีการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก ถึงร้อยละ 91.50 สำหรับความรู้เกี่ยวกับโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 38.10 มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 32.99 มีความรู้ในระดับต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.29 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และร้อยละ 6.12 มีการรับรู้ความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ

เมื่อพิจารณาปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยงความดันโลหิตสูงที่มีสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิต พบว่า ระดับความเสี่ยงปานกลางในการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม และการมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวทางกาย อย่างน้อย 30 นาที ต่อเนื่องใน 1 สัปดาห์ การมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง และ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตในระดับสูง การควบคุมความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง (n=294)

พฤติกรรมเสี่ยงต่อ ความดันโลหิตสูง	ทั้งหมด n (%)		การควบคุมความดันโลหิต				Chi-Square	P-value
			ไม่ได้ n (%)		ได้ n (%)			
ระดับความเสี่ยงจากการบริโภคอาหารหวาน-มัน-เค็ม								
เสี่ยงปานกลาง	132	(44.90%)	26	(24.07%)	106	(56.99%)	29.92	<0.0001*
เสี่ยงสูง	162	(55.10%)	82	(75.93%)	80	(43.01%)		
การรับประทานผักและผลไม้สด								
ไม่รับประทาน	85	(28.91%)	31	(26.70%)	54	(29.03%)	0.004	0.95
รับประทาน	209	(71.09%)	77	(71.30%)	132	(70.97%)		
พฤติกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อเนื่องใน 1 สัปดาห์								
ไม่ได้ปฏิบัติ	146	(49.66%)	69	(63.89%)	77	(41.40%)	13.82	0.0002*
ปฏิบัติ	148	(50.34%)	39	(36.11%)	109	(58.60%)		
การสูบบุหรี่								
สูบ	107	(36.39%)	37	(34.26%)	70	(37.63%)	0.34	0.56
ไม่สูบ	187	(63.61%)	71	(65.74%)	116	(62.37%)		
การดื่มแอลกอฮอล์								
ดื่ม	127	(43.20%)	50	(46.30%)	77	(41.40%)	0.67	0.41
ไม่ดื่ม	167	(56.80%)	58	(53.70%)	109	(58.60%)		
การลิ้มรับประทานยาลดความดันโลหิต								
ลิ้ม	92	(31.29%)	30	(27.78%)	62	(33.33%)	0.98	0.32
ไม่ลิ้ม	202	(68.71%)	78	(72.22%)	124	(66.67%)		
การหยุดรับประทานยาลดความดันโลหิตเองเมื่อรู้สึกว่าการดีขึ้น								
หยุด	58	(19.73%)	24	(22.22%)	34	(18.82%)	0.67	0.41
ไม่หยุด	236	(80.27%)	84	(77.78%)	152	(81.72%)		
การมาพบแพทย์ตามนัดในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอ								
มา	282	(95.92%)	104	(96.30%)	178	(95.70%)	0.06	0.80
ไม่มา	12	(4.08%)	4	(3.70%)	8	(4.30%)		
ความถี่ในการวัดความดัน								
เมื่อมาพบแพทย์	112	(38.10%)	37	(34.26%)	75	(40.32%)	1.82	0.40
เดือนละครั้ง	45	(15.31%)	20	(18.52%)	25	(13.44%)		
อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์	137	(46.60%)	51	(47.22%)	86	(46.24%)		

พฤติกรรมเสี่ยงต่อ ความดันโลหิตสูง	ทั้งหมด n (%)		การควบคุมความดันโลหิต				Chi-Square	P-value
			ไม่ได้ n (%)		ได้ n (%)			
ระดับความเครียด								
น้อย	263	(89.46%)	97	(89.81%)	166	(89.25%)	0.02	0.88
ปานกลาง	31	(10.54%)	11	(10.19%)	20	(10.75%)		
ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม								
น้อย	27	(9.18%)	19	(17.59%)	8	(4.30%)	14.76	0.0006*
ปานกลาง	93	(31.63%)	33	(30.56%)	60	(32.26%)		
มาก	174	(59.18%)	56	(51.85%)	118	(63.44%)		
ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ								
ปานกลาง	25	(8.50%)	11	(10.19%)	14	(7.53%)	0.62	0.43
มาก	269	(91.50%)	97	(89.81%)	172	(92.47%)		
ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง								
ต่ำ	97	(32.99%)	54	(50.00%)	43	(23.12%)	23.98	<0.001*
ปานกลาง	112	(38.10%)	35	(32.41%)	77	(41.40%)		
ดี	85	(28.91%)	19	(17.59%)	66	(35.48%)		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง								
ต่ำ	18	(6.12%)	11	(10.19%)	7	(3.76%)	7.03	0.03*
ปานกลาง	87	(29.59%)	36	(33.33%)	51	(27.42%)		
สูง	189	(64.29%)	61	(56.48%)	128	(68.82%)		

*p-value<0.05

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต

จากวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple Logistic Regression Analysis) แบบขจัดออกทีละตัวแปร (Backward Elimination) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ได้แก่ ดัชนีมวลกายระดับปกติ (AOR 1.82, 95%CI: 1.10-3.32, *p-value* = 0.01) การมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการรับประทานอาหารหวาน-มัน-เค็ม ระดับปานกลาง (AOR 3.31, 95%CI: 1.72-5.70, *p-value* = 0.0002) การมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย อย่างน้อย 30 นาทีต่อเนื่อง ใน 1 สัปดาห์ (AOR 2.16, 95%CI: 1.18-3.93, *p-value* = 0.01) การมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก (AOR 3.40, 95%CI: 1.15-10.07, *p-value* = 0.01) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ในระดับสูง (AOR 4.10, 95%CI: 1.90-8.50, *p-value* = 0.006) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง (AOR 3.41, 95%CI: 1.01-11.44, *p-value* = 0.04) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีต่อการควบคุมความดันโลหิต (n=294)

ปัจจัย	Univariate analysis				Binary Logistic Regression			
	COR	95%CI		P-value	AOR	95%CI		P-value
		Lower	Upper			Lower	Upper	
อายุ								
ต่ำกว่า 35 ปี (Reference)		1				1		
35-59 ปี	2.69	1.06	6.81	0.005	2.91	0.95	8.95	0.29
≥60 ปี	1.14	0.49	2.70	0.20	0.97	0.33	2.86	0.12
การศึกษา								
ไม่ได้เรียน (Reference)		1				-		
ประถมศึกษา	0.51	0.22	1.19	0.26		-		
มัธยมศึกษาขึ้นไป	0.95	0.40	2.25	0.33		-		
อาชีพ								
ประกอบอาชีพ (Reference)		1				1		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2.25	1.23	4.12	0.009	1.37	0.66	2.81	0.40
สิทธิการรักษา								
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (Reference)		1				-		
บัตรทอง	2.34		0.96	5.70	0.28	-		
ประกันสังคม	1.74		0.96	3.15	0.72	-		
ดัชนีมวลกาย								
น้ำหนักเกิน (Reference)		1				1		
ผอม	2.11	0.27	3.50	0.86	1.89	0.57	6.23	0.21
ปกติ	4.02	1.53	10.60	0.03	1.82	1.10	3.32	0.01*
โรคร่วม								
มี (Reference)		1				1		
ไม่มี	3.52	1.01	12.30	0.05	2.80	0.59	13.45	0.39
พฤติกรรมเสี่ยงจากการรับประทานอาหารหวาน-มัน-เค็ม								
เสี่ยงสูง (Reference)		1				1		
เสี่ยงปานกลาง	4.18	2.46	7.09	<0.0001	3.13	1.72	5.70	0.0002*
พฤติกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อเนื่อง ใน 1 สัปดาห์								
ไม่ได้ปฏิบัติ (Reference)		1				1		
ปฏิบัติ	2.50	1.54	4.09	0.0002	2.16	1.18	3.93	0.01*

ปัจจัย	Univariate analysis				Binary Logistic Regression			
	COR	95%CI		P-value	AOR	95%CI		P-value
		Lower	Upper			Lower	Upper	
แรงสนับสนุนทางสังคม								
น้อย (Reference)		1				1		
ปานกลาง	4.32	1.71	10.93	0.04	3.99	1.29	12.37	0.03*
มาก	5.00	2.07	12.12	0.002	3.40	1.15	10.07	0.04*
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง								
ต่ำ (Reference)		1				1		
ปานกลาง	2.76	1.57	4.87	0.02	2.50	1.28	4.72	0.01*
ดี	4.36	2.28	8.35	0.001	4.01	1.90	8.50	0.006*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง								
ต่ำ (Reference)		1				1		
ปานกลาง	2.23	0.79	6.29	0.54	2.98	0.83	10.65	0.21
สูง	3.30	1.22	8.92	0.01	3.41	1.01	11.44	0.04*

*p-value<0.05

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตเป็นปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ ดัชนีมวลกายระดับปกติ มีโอกาสที่จะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักเกิน (25.0 กก./ตร.ม. ขึ้นไป) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ (รุจิรา ธรรมใจกุล, 2563; Sharma et al., 2021) การมีน้ำหนักเกินหรือมีโรคอ้วนมักจะมีไขมันในเลือดสูงจากการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ซึ่งจะเพิ่มคอเลสเตอรอลชนิดไขมันไม่ดีและไตรกลีเซอไรด์ ส่งผลให้หลอดเลือดแคบและแข็งตัวมากขึ้นเป็นอุปสรรคต่อการไหลเวียนของเลือดไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ส่งผลให้หัวใจต้องทำงานหนักและเกิดความดันโลหิตในหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยที่มีระดับดัชนีมวลกายสูงหรือผู้ที่มีภาวะของโรคอ้วนจะมีการเพิ่มขึ้นของเซลล์ไขมันในร่างกายทำให้มีปริมาณ Free Fatty Acid ในเลือดสูงด้วย ซึ่งจะส่งผลให้ระดับ Adiponectin ลดลง เนื่องจาก Adiponectin สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของภาวะดื้อต่ออินซูลินที่ทำให้มีการดูดกลับของโซเดียมและน้ำเข้าสู่กระแสเลือดเพิ่มขึ้น กระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด และการเพิ่มแรงต้านภายในหลอดเลือดส่วนปลาย ผ่านระบบประสาทซิมพาเทติก และ

ระบบ Renin-Angiotensin Aldosterone ซึ่งกระบวนการเหล่านี้จะส่งผลให้ความดันเลือดสูงขึ้น (พัชรินทร์ สิงห์ดำ, พัชรวิทย์ ปั่นเหงะเพชร และคัมภีร์พร บุญหล่อ, 2563)

พฤติกรรมเสี่ยงจากการรับประทานอาหารหวาน-มัน-เค็มระดับปานกลางมีโอกาที่จะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมเสี่ยงระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจอมขวัญ รัตนพิบูลย์ และคณะ (2565) ที่พบว่า การบริโภคอาหารที่มีรสหวาน-มัน-เค็มสูงบ่อย ๆ จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคเบาหวานและโรคอ้วน และการศึกษาของพระครูสังฆรักษ์ บุญเสริม กิตติวัฒนโธ, รวีโรจน์ ศรีรักษา, กาญจนา คำจตุ และคุณญา แก้วทันคำ (2562) ที่พบว่าสาเหตุที่ทำให้พื้นที่ภาคเหนือมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับอาหารที่บริโภค เนื่องจากภาคเหนือเป็นพื้นที่ที่มีอากาศหนาวเย็น ส่งผลให้ลักษณะอาหารพื้นบ้านภาคเหนือแตกต่างจากภาคอื่น อาหารส่วนใหญ่มีไขมันจากสัตว์เป็นส่วนประกอบมาก เพื่อช่วยให้พลังงานและสร้างความอบอุ่นให้กับร่างกาย เช่น น้ำพริกอ่องแกงฮังเล และ ไส้อั่ว เป็นต้น และการปรุงอาหารส่วนใหญ่มักจะนิยมผัดกับน้ำมัน ส่งผลให้เกิดภาวะไขมันเกินไขมันในกระแสเลือดสูง และภาวะโรคอ้วน

ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเคลื่อนไหวร่างกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อเนื่อง ใน 1 สัปดาห์ มีโอกาที่จะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมนั่งนิ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kapoor, Dhar, Mirza, Saxena, & Pathania (2021) ที่พบว่า การใช้ชีวิตแบบนั่งนิ่งมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตที่สูงขึ้น ดังนั้นการออกกำลังกายเป็นประจำจะช่วยให้หัวใจแข็งแรง สามารถสูบฉีดเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การเดินเร็ว การปั่นจักรยาน อย่างน้อย 150 นาที หรือ การวิ่งเหยาะ ๆ ที่ใช้แรงมากกว่าการเดินอย่างน้อย 75 นาที สามารถลดความดันโลหิตได้มากถึง 5-8 มม.ปรอท (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563) การออกกำลังกายส่งผลให้ความดันโลหิตและน้ำหนักลดลงอย่างมีนัยสำคัญ การไม่ออกกำลังกายเป็นประจำทำให้ควบคุมความดันโลหิตสูงได้ยาก การออกกำลังกายสามารถป้องกันการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตได้ โดยผ่านกระบวนการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ และการควบคุมการหดตัวของหลอดเลือด นอกจากนี้การออกกำลังกายยังช่วยลดน้ำหนักตัว และเพิ่มการทำงานของไตให้ดีขึ้น (Abdisa et al., 2022)

ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาที่จะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gao et al. (2022) พบว่า การมีความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมาตรวจตามนัดและการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปญญาภรณ์ ลาลุน (2554) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมได้ถูกต้อง มีส่วนช่วยในการควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มากกว่ามีโอกาสที่จะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ สามารถอธิบายว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสม่ำเสมอในการรักษา (Pan, Hu, Wu, & Li, 2021; Harding et al., 2022) ทั้งนี้การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เพราะการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกันของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ และเงินทอง ช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น (Harding et al., 2022)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่สูงกว่ามีโอกาสที่จะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคแทรกซ้อนต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Shiraly, Jeihooni & Shirazi (2022) พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการปฏิบัติตามการรักษาและการรับทราบยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง และบุลวิซซ์ ทองแดง และจันทร์จิรา สีสว่าง (2021) ยังพบว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติตามแผนการรักษาและปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้นั้น บุคคลผู้นั้นจะต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและดูแลตนเองตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ประกอบด้วยดัชนีมวลกาย พฤติกรรมเสี่ยงต่อการบริโภคอาหารมัน พฤติกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ ดังนั้นผู้ให้บริการด้านสุขภาพควรมีการหาแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยนำปัจจัยที่ได้จากการศึกษามาออกแบบวางแผนให้บริการ อันจะนำไปสู่การลดจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยนำปัจจัยที่ได้จากการศึกษามาออกแบบวางแผนให้บริการต่อไป
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความเชื่อ วัฒนธรรม ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โดยการศึกษาเชิงคุณภาพ รวมถึงศึกษาอุปสรรคปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมได้เพื่อการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *สถานการณ์ปัจจุบัน*. สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2565
จาก https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=52.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือปฏิบัติงานทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจทุกระดับ: ผู้ประสบภาวะวิกฤตในกรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)*. สืบค้นเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2565
จาก <https://mhso.dmh.go.th/fileupload/202004011583360458.pdf>.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *สมุดบันทึกสุขภาพวัยทำงาน*. สืบค้นเมื่อ 17 มกราคม 2565
จาก <https://n9.cl/x0b47>
- กลุ่มงานเทคโนโลยีและสารสนเทศ โรงพยาบาลนครพิงค์. (2566). *ข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพบริการโรคความดันโลหิตสูง*.
สืบค้นเมื่อ 22 เมษายน 2566 จาก <https://shorturl.asia/vB0na>
- กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2563). *แบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหารรสหวานมัน เค็ม*.
สืบค้นเมื่อ 22 มกราคม 2565 จาก <https://home.maefahluang.org/17664752/eat-test>.
- จอมขวัญ รัตนพิบูลย์ และคณะ. (2565). *การศึกษาพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียมในครัวเรือนตำบลควนขนุน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง*. สืบค้นเมื่อ 28 เมษายน 2565 จาก
<https://shorturl.asia/3NLEA>
- ดาไลมา สำแดงสาร. (2561). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตมหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ปฐญาภรณ์ ลาลูน. (2554). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาสุศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*.
- ปุลวิษฐ์ ทองแดง และจันทร์จิรา สีสว่าง. (2563). *ศึกษาการพัฒนาเครื่องมือประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 39(2), 12-23.
- พระครูสังฆรักษ์ บุญเสริม กิตติวัฒนโธ, รวีโรจน์ ศรีครุฑ, กาญจนา คำจตุ และคุณญา แก้วทันคำ. (2562). *อาหารพื้นบ้านยอดนิยมตามหลักโภชนาการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตภาคเหนือตอนบน*. รายงาน
การวิจัย มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่.
- พัชรินทร์ สิงห์ดำ, พัชรวิทย์ ปั่นแห่งเพชร และคัมภีร์พร บุญหล่อ. (2563). *ความรู้ ณ ปัจจุบันเกี่ยวกับกลไกการเกิดภาวะดื้ออินซูลิน และแนวทางการพัฒนายาลดภาวะดื้ออินซูลิน*. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 35(6), 768-776.

- รุจิรา ธรรมใจกุล. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความโลหิตสูงของประชาชนจังหวัดลำปาง. *วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร*, 1(2), 41-53.
- รุจิรงค์ แอกทอง. (2549). *การปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- วิชัย เอกพลากร. (2564). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ไซน์.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). *กิจกรรมทางกาย: เท่าไหร่ถึงจะพอ (ตอนที่ 1)*. สืบค้นเมื่อ 3 พฤษภาคม 2567 จาก https://www.thaihealthreport.com/th/articles_detail.php?id=133.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป ปี 2562*. สืบค้นเมื่อ 9 สิงหาคม 2565 จาก <https://www.thaihypertension.org/guideline.html>.
- Abdisa, L., et al. (2022). Uncontrolled hypertension and associated factors among adult hypertensive patients on follow-up at public hospitals, Eastern Ethiopia: A multicenter study. *SAGE Open Medicine*, 10, 20503121221104442. <https://doi.org/10.1177/20503121221104442>
- Bursac, Z., Gauss, C. H., Williams, D. K., & Hosmer, D. W. (2008). Purposeful selection of variables in logistic regression. *Source Code for Biology and Medicine*, 3, 17. <https://doi.org/10.1186/1751-0473-3-17>
- Dean, A. G., Sullivan K. M., & Soe, M. M. (2013). *OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Version 3.01*. Retrieved September 16, 2023 from https://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm.
- Gao, Z., et al. (2022). Risk prediction model for uncontrolled hypertension in Chinese community. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 8, 808071. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2021.808071>
- Harding, B. N., et al. (2022). Relationship between social support and incident hypertension in the Jackson Heart Study: A cohort study. *BMJ Open*, 12(3), e054812. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054812>
- Kapoor, M., Dhar, M., Mirza, A., Saxena, V., & Pathania, M. (2021). Factors responsible for uncontrolled hypertension in the adults over 50 years of age: A pilot study from Northern India. *Indian Heart Journal*, 73(5), 644-646. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2021.07.003>
- Leung, A. A., Bushnik, T., Hennessy, D., McAlister, F. A., & Manuel, D. G. (2019). Risk factors for hypertension in Canada. *Health Reports*, 30(2), 3-13.

- Pan, J., Hu, B., Wu, L., & Li, Y. (2021). The effect of social support on treatment adherence in hypertension in China. *Patient Preference and Adherence*, 15, 1953-1961.
<https://doi.org/10.2147/PPA.S325793>
- Riaz, M., Shah, G., Asif, M., Shah, A., Adhikari, K., & Abu-Shaheen, A. (2021). Factors associated with hypertension in Pakistan: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 16(1), e0246085. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246085>
- Sakboonyarat, B., Rangsin, R., Kantiwong, A., & Mungthin, M. (2019). Prevalence and associated factors of uncontrolled hypertension among hypertensive patients: A nation-wide survey in Thailand. *BMC Research Notes*, 12(1), 380. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4417-7>
- Sharma, J. R., et al. (2021). Prevalence of hypertension and its associated risk factors in a rural black population of Mthatha Town, South Africa. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1215. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031215>
- Shiraly, R., Khani Jeihooni, A. & Bakhshizadeh Shirazi, R. (2022). Perception of risk of hypertension related complications and adherence to antihypertensive drugs: A primary healthcare based cross-sectional study. *BMC Primary Care*, 23(1), 303.
<https://doi.org/10.1186/s12875-022-01918-1>

ผลการใช้ดนตรีพื้นบ้านอีสานต่อคุณภาพการนอนหลับของทารก

Effects of Using Isan Folk Music on the Quality of Sleep in Infants

เกษรารังค์ บรรจงปรุ¹, จุฬารณณ์ ตั้งภักดี^{1*}

Katwarang Banjongparu¹, Juraporn Tangpukdee^{1*}

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น¹

Faculty of Nursing, Khon Kaen University¹

(Received: January 12, 2024; Revised: April 16, 2024; Accepted: May 31, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Study) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้ดนตรีพื้นบ้านอีสานต่อคุณภาพการนอนหลับของทารก กลุ่มตัวอย่าง คือ ทารกสุขภาพดีที่มีอายุระหว่าง 1-3 เดือน ที่มารดามารับบริการตรวจหลังคลอดที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ไม่ได้รับดนตรีพื้นบ้านอีสาน จำนวน 20 ราย และกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับดนตรีพื้นบ้านอีสานในระยะเวลา 20 นาทีต่อครั้ง จำนวน 20 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ดนตรีพื้นบ้าน แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมารดาและทารก และแบบบันทึกการนอนหลับของทารก โดยบันทึกการนอนหลับที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิดีโอระหว่างเดือนมิถุนายนถึง เดือนสิงหาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์คุณภาพการนอนหลับของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test และ Mann Whitney U Test

ผลการวิจัย พบว่า ดนตรีพื้นบ้านอีสานมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ ดังนี้ 1) ค่าเฉลี่ยระยะเวลา การนอนหลับของกลุ่มทดลองยาวนานกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) 2) ค่าเฉลี่ยอัตราการหายใจขณะนอนหลับของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.01$) 3) ค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจขณะหลับของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม ($p\text{-value} = 0.07$) และ 4) ค่าเฉลี่ยระดับออกซิเจนปลายเท้ากลุ่มทดลองขณะนอนหลับไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม ($p\text{-value} = 0.40$) ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเด็กมีการใช้ดนตรีพื้นบ้านอีสานเพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของทารกให้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้การศึกษานี้ยังเป็นแนวทางในการทบทวนเพื่อการพัฒนาต่อยอดการใช้ดนตรีพื้นบ้านอีสานเพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของทารกที่มีอาการโคลิคและมีปัญหาการนอนหลับ

คำสำคัญ: ทารก, ดนตรีพื้นบ้านอีสาน, คุณภาพการนอนหลับ

*ผู้ให้การติดต่อ จุฬารณณ์ ตั้งภักดี email: jurtan@kku.ac.th

Abstract

The objective of this quasi-experimental study was to examine the effects of using Isan folk music on the sleep quality of infants. Participants consisted of healthy infants aged between 1-3 months, whose mothers received postpartum check-ups at a community hospital in Nakhon Ratchasima province. A purposive sampling method was used to select 40 participants, divided into a control group of 20 infants who did not receive Isan folk music and an experimental group of 20 infants who were exposed to Isan folk music for 20 minutes per session. The research instruments included Isan folk music, a general information recording form for the mothers and infants, and an infant sleep recording form. The infants' sleep was recorded at home using video between June and August 2023. General data were analyzed using descriptive statistics, and the mean sleep quality outcomes of the experimental and control groups were compared using the Independent t-test and Mann-Whitney U Test.

The research results found that Isan folk music had effects on quality of sleep as follows: 1) the average sleep duration of the experimental group was significantly longer than the control group ($p\text{-value} < 0.001$); 2) the average respiratory rate during sleep of the experimental group was significantly lower than the control group ($p\text{-value} < 0.01$); 3) the average heart rate during sleep of the experimental group did not differ from the control group ($p\text{-value} = 0.07$); and 4) the average peripheral oxygen saturation levels during sleep of the experimental group did not differ from the control group ($p\text{-value} = 0.40$). Therefore, families or caregivers should be encouraged to use Isan folk music to help promote better sleep quality in infants. Moreover, this study provides a basis for further review and development of using Isan folk music to promote sleep quality in infants with colic and sleep problems.

Keywords: Infants, Isan Folk Music, Sleep Quality

บทนำ

การนอนเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและสุขภาพของทารก อย่างไรก็ตามมักพบว่าทารกมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนในช่วงระยะเริ่มแรกของช่วงวัย โดยพบว่าปัญหาการนอนหลับของทารกประมาณ 20% พบทารกตื่นนอนมากกว่า 2 ครั้งในตอนกลางคืน ในขณะที่ประมาณ 25% ของทารกมีปัญหาเรื่องคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งธรรมชาติของทารกนอนหลับกลางวันได้สั้นกว่ากลางคืน ตื่นบ่อย (Hong, Maloney, Keens, & Perez, 2018) และหลับไม่เป็นเวลา และบางครั้งหลับเองไม่ได้ (Hiscock & Davey, 2018) โดยปัจจัยที่ทำให้เกิด

การนอนหลับ ของทารก ประกอบด้วย ปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน โดยปัจจัยภายนอก ได้แก่ 1) ปัจจัยทางด้านวัฒนธรรม 2) ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม เช่น แสง เสียง อากาศ ความชื้น 3) ประสาทสัมผัส และการกระตุ้น และ 4) ปัจจัยทางด้านครอบครัว เช่น การมีพี่น้องอยู่ร่วมกัน การย้ายบ้าน สถานที่ ส่วนปัจจัยภายใน ได้แก่ 1) การเลี้ยงดูของผู้ปกครอง เช่น พฤติกรรมการเลี้ยงดู 2) การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการนอนของทารกของผู้ปกครอง อารมณ์ของผู้ปกครอง การรับรู้พฤติกรรมเลี้ยงดูของผู้ปกครอง 3) ตัวทารก เช่น การเจ็บป่วย พยาธิสภาพ และการเจ็บป่วยทารกที่มีกลุ่มอาการดาวน์ 4) พัฒนาการการรับรู้แสงของทารก (Hong, Maloney, Keens, & Perez, 2018) และ 5) ความหิว ความสุขสบายของทารก (Camerota, Proppe, & Teti, 2019) ทั้งนี้ปัญหาด้านการนอนนี้ สามารถ มีผลต่อพัฒนาการทั้งทางร่างกายและสติปัญญาการเข้าใจถึงลักษณะหลากหลายของปัญหาการนอนของทารกเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนากลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการนอนหลับของทารก

ปัญหาการนอนหลับนั้น ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของทารก อาจส่งผลให้พัฒนาการและการเจริญเติบโตล่าช้า (Chaput et al., 2017) ในทางตรงข้ามกับการนอนหลับที่มีคุณภาพจะส่งผลให้ร่างกายทารกใช้ออกซิเจนลดลง มีการสังเคราะห์พลังงานเพิ่มเพื่อช่วยซ่อมแซมร่างกาย มีการหลั่งฮอร์โมนต่าง ๆ ทำให้การสลายสารอาหารในเนื้อเยื่อลดลง ทารกจึงมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น เพิ่มการกระตุ้นกรดอะมิโน (Amino) ผ่านเข้าเซลล์ด้านอนุมูลอิสระ ทำให้ทารกเจริญเติบโต (Tham, Schneider, & Broekman, 2017; Chaput et al., 2017) ส่วนในระยะหลังกลืน นอนร่างกายจะสร้างโปรตีนเพิ่มขึ้น โดยการนอนหลับเป็นการพักผ่อนตามธรรมชาติที่ดีที่สุด ซึ่งมีความสำคัญทั้งขณะสุขภาพดี และขณะเจ็บป่วย การฟื้นฟูร่างกาย การป้องกัน และการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอจากความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นช่วงเวลาในการส่งเสริมพัฒนาการ รวมถึงการเจริญเติบโตของร่างกาย (Shimko, 2019) ทารกจะเลี้ยงยาก งอแง ส่งผลให้มารดาพักผ่อนได้ลดลง เครียด และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (พรณพิไล ศรีอารณ, นุชนาต สุนทรลัมศิริ, กนกพร จันทราทิพย์, จิราวรรณ เตเหลื่อ, จิราภรณ์ นันทชัย และพฤกษดา เขียวคำ, 2558) ดังนั้น การสนับสนุนและสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับการนอนหลับของทารกจึงมีความสำคัญอย่างมาก เพื่อส่งเสริมพัฒนา และเจริญเติบโตของทารกให้เติบโตอย่างสมบูรณ์แข็งแรงและมีสุขภาพดี การนอนหลับที่มีคุณภาพทำให้เกิดการพัฒนาเนื้อสมอง และพัฒนาการที่สมวัยของวัยทารก (Hong, Maloney, Keens, & Perez, 2018) โดยในหนึ่งวัน ทารกควรนอนหลับประมาณ 16-18 ชั่วโมง โดยแบ่งเป็นประมาณ 8-9 ชั่วโมงเท่า ๆ กัน ในเวลากลางวันและกลางคืน ทั้งนี้ในช่วงกลางคืนทารกควรตื่นร้องไม่เกิน 3 รอบในการนอนหลับ โดยใช้เวลา 2-4 ชั่วโมงต่อรอบ และระยะเวลาประมาณ 20-50 นาที ต่อหนึ่งวงจร (Hong, Maloney, Keens, & Perez, 2018; Standford Medicine Children's Health, 2021)

การนอนหลับที่มีคุณภาพ หมายถึง การนอนหลับที่มีระยะเวลาเหมาะสม ปัจจัยที่ส่งผลให้การนอนหลับที่มีคุณภาพนั้นมาจากการปรับตัวของทารกต่อสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งเป็นปัจจัยที่รับกวนการนอนหลับของทารกได้มากที่สุด ทารกส่วนใหญ่ที่นอนกลางวันจะประสบกับเสียงที่ดังมากกว่าการนอนกลางคืน จึงต้องมีการจัดการเสียงดังเหล่านั้นด้วยวิธีการจัดการเสียง ได้แก่ การจัดการความแตกต่างของระดับเสียง เสียงที่เป็นจังหวะทำให้

ทารกหลับได้เพิ่มขึ้น และเสียงที่ดังขึ้นกระตุ้นหัน (อัศลี แสงอารี, 2554; Altimier & Phillips, 2016) อย่างไรก็ตาม ยังมีเสียงที่ช่วยกล่อมนอนหลับได้ เช่น เสียงดนตรี จากการศึกษา พบว่า ดนตรีสามารถส่งเสริมการนอนหลับ โดยทำให้การทำงานของสมองส่วน Limbic-Hypothalamic System นำไปสู่การลดสิ่งเร้าสมองส่วนกลาง เมื่อเสียงดนตรีเข้าไปที่ Audio Cortex จะถูกส่งไปยัง Limbic System จากนั้นส่งต่อไปที่ระบบการหลั่งฮอร์โมนต่าง ๆ ใน Hypothalamic Limbic System โดย Adrenal Cortex จะกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมน ทำให้ผ่อนคลาย ส่วนคลื่นของดนตรีนั้นผ่านเข้าไปในหูกระทบเส้นประสาทการได้ยิน ซึ่งเชื่อมต่อกับ Limbic System และ Audio Cortex ซึ่งเป็นบริเวณที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ จึงนำมาใช้ในการลดความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และความเครียด นอกจากนี้ยังทำให้คุณภาพการนอนหลับดีขึ้น (อัญชลี ชุ่มบัวทอง, จันทนา ยิ้มน้อย และชชาพิมพ์ สัมมา, 2560; Dickson & Schubert, 2019)

จากข้อมูลข้างต้น พบว่า ดนตรีมีผลต่อการผ่อนคลายและพักผ่อน ในประเทศไทย ดนตรีพื้นบ้านที่เป็นภูมิปัญญาพื้นบ้านของคนไทยมีการจัดทำเพลงกล่อมเด็กไว้จำนวนมาก (พรพรรณ แก่นอำพรพันธ์, 2564) ช่วยในการนอนหลับของทารกที่ยาวนานขึ้น ซึ่งลักษณะของการกล่อมนอนหลับในประเทศไทยนั้น มีการผสมเข้ากับวิถีชีวิตของคนในพื้นที่ อาทิเช่น ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า เครื่องดนตรีที่ใช้ในการกล่อมนอนหลับจะเป็นเครื่องดนตรีชนิดเป่าให้จังหวะ ทำนอง โทนเสียง ซ้ำ เสียงทุ้ม เบา ได้แก่ โหวด ซึ่งสามารถบรรเลงได้หลายระดับ ตั้งแต่เสียงต่ำถึงสูง โหวดพื้นเมืองมี 5 บันไดเสียง คือ โด เร มี ซอล ลา แต่ในปัจจุบันมี โด เร มี ฟา ซอล ลา ที่โดยให้ครบทั้ง 7 เสียง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการใช้ดนตรีพื้นบ้านอีสาน ได้แก่ โหวด เนื่องจากโหวดมีจังหวะและท่วงทำนองที่ซ้ำ เสียงทุ้ม เบา ให้ความนุ่มนวล ผ่อนคลาย เหมาะแก่การกล่อมนอนหลับ คล้ายกับคุณสมบัติหลักของเพลงกล่อมเด็ก สามารถดัดแปลงหรือบรรเลงสต่ออย่างอิสระได้ โดยเป็นเพลงที่มีลักษณะผ่อนคลาย ร้องที่นุ่มนวล จังหวะช้ายืดยาวถึงปานกลาง แอมบิทัส (ช่วงระหว่างท่วงทำนองเสียงสูงและท่วงทำนองเสียงต่ำ) แคบ เสียงทุ้ม ทุ้ม เบา มีรูปแบบซ้ำไปซ้ำมา โดยเนื้อเพลงนั้นกล่าวถึงวัฒนธรรมของบริบทนั้น ๆ และส่วนใหญ่จะใช้เสียงมารดาใช้ขับกล่อม (Anzak, Sultana, & Zulfiqar, 2019; Kondi, 2019) เพื่อช่วยส่งเสริมการนอนหลับของทารก และเป็นทางการพยาบาลในการสนับสนุนการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมของทารก ช่วยให้ทารกนอนหลับ ได้มีคุณภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้ดนตรีพื้นบ้านอีสานต่อคุณภาพการนอนหลับของทารก ได้แก่ ระยะเวลาการนอนหลับ อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ และระดับออกซิเจนปลายเท้า

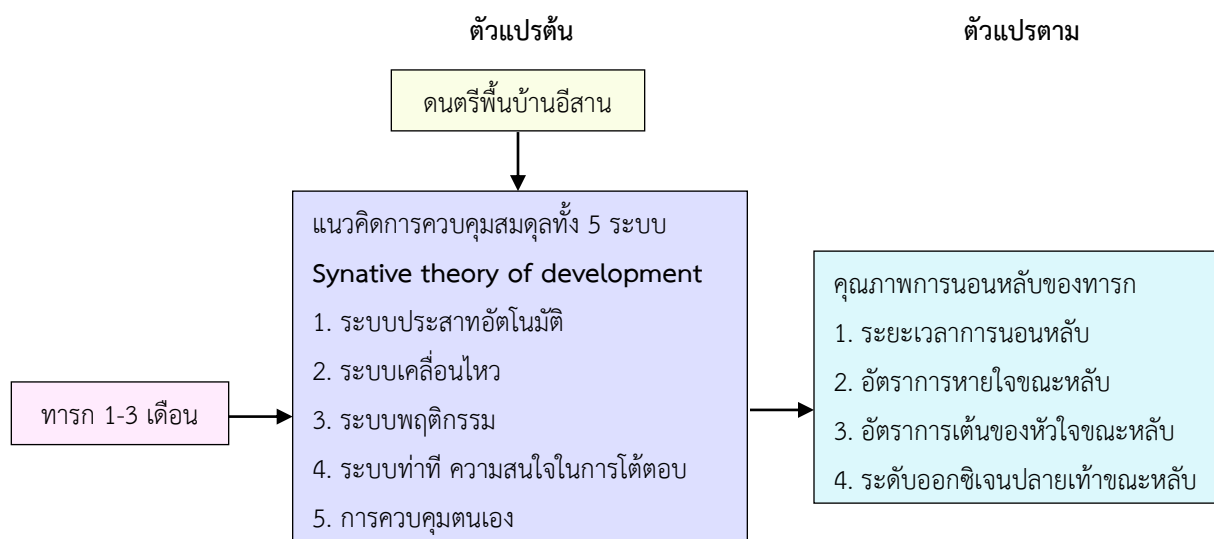
สมมติฐานการวิจัย

1. ทารกที่ได้รับฟังดนตรีพื้นบ้านอีสาน มีระยะเวลาการนอนหลับ มากกว่าทารกที่ไม่ได้รับฟังดนตรีพื้นบ้านอีสาน

2. ทารกที่ได้ฟังดนตรีพื้นบ้านอีสาน มีอัตราการหายใจ น้อยกว่าทารกที่ไม่ได้รับฟังดนตรีพื้นบ้านอีสาน
3. ทารกที่ได้รับฟังดนตรีพื้นบ้านอีสาน มีอัตราการเต้นของหัวใจ น้อยกว่าทารกที่ไม่ได้รับฟังดนตรีพื้นบ้านอีสาน
4. ทารกที่ได้รับฟังดนตรีพื้นบ้านอีสาน มีระดับออกซิเจนปลายเท้า มากกว่าทารกที่ไม่ได้รับฟังดนตรีพื้นบ้านอีสาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาผลของการใช้ดนตรีพื้นบ้านอีสานต่อการนอนหลับของทารก โดยใช้แนวคิดการควบคุมสมดุลทั้ง 5 ระบบ (Synative Theory of Development) (Als, 1986; Malltese et al., 2017) ประกอบด้วย 1) ระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic System) 2) ระบบเคลื่อนไหว (Motor System) 3) ระบบพฤติกรรม 4) ระบบท่าที ความสนใจในการโต้ตอบ (Attention and Interaction System) 5) การควบคุมตนเอง (Self-Regulation System) หากทารกมีการควบคุมสมดุลได้ดีทั้ง 5 ระบบ ทารกจะสามารถตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม แต่ถ้าหากทารกไม่สามารถควบคุมสมดุลได้ จะแสดงผลลัพธ์ที่แสดงออกผ่านทางทั้ง 5 ระบบ ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพการนอนหลับการนอนหลับระหว่างทารกที่ได้รับฟังดนตรีพื้นบ้านอีสาน และทารกที่ไม่ได้รับฟังดนตรีพื้นบ้านอีสาน โดยสังเกตจากการแสดงออกของระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic System) ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และระดับออกซิเจนในร่างกาย การสังเกตการตอบสนองต่อระบบพฤติกรรม ได้แก่ สถานะของการนอนหลับ (Stat-Organizational System) และระยะเวลาในการนอนหลับ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงของระยะเวลาการนอนหลับ อัตราการเต้นของหัวใจขณะหลับ อัตราการหายใจขณะหลับ และระดับออกซิเจนปลายเท้าขณะหลับ เมื่อได้รับดนตรีกล่อมนอนหลับ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ดำเนินการศึกษา ณ ที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง โดยการขอคำยินยอมให้ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมที่บ้าน ณ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา แล้วจึงเดินทางเยี่ยมบ้านตามวันเวลาที่นัดหมาย ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ทารกหลังคลอดโดยไม่มีภาวะเจ็บป่วย ณ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ทารกหลังคลอดโดยไม่มีภาวะเจ็บป่วย ณ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ G*Power Analysis Version 3.1.9.7 กำหนดนัยสำคัญที่ 0.05 โดยอำนาจการทดสอบ $(1-\beta)$ เท่ากับ 80% จากการทบทวนงานวิจัยของ Standley (2002) ได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้เสียงดนตรี 10 เรื่อง พบว่า มีค่าอิทธิพลอยู่ที่ 0.83 ดังนั้น ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 38 ราย ผู้วิจัยประมาณค่าการสูญหายของข้อมูลในการวิเคราะห์ 20% เพื่อป้องกันการลดลงของกลุ่มตัวอย่างโดยเหตุใด ๆ เช่น การถอนตัวระหว่างการทำกิจกรรมโดยมีกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมา 8 ราย ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 46 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 ราย กลุ่มควบคุม 23 ราย จากการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการคัดเข้าทั้งหมด 23 ราย พบว่า ยุติการดำเนินการ 2 ราย เนื่องจากทารกไม่ยอมนอนหลับ และคัดออก 1 ราย เนื่องจากมารดาปฏิเสธการเข้าเก็บข้อมูล ให้เหตุผลว่าย้ายถิ่นพำนัก ออกนอกพื้นที่การดำเนินการวิจัย ส่วนในกลุ่มทดลองนั้น ผู้วิจัยคัดเข้าทั้ง 23 ราย พบว่า คัดออก 1 ราย เนื่องจากขณะเข้าเยี่ยมทารก ตรวจพบอาการไข้ ไอ น้ำมูก และยุติการดำเนินการ 2 ราย เนื่องจากทารกไม่ยอมนอนหลับ สรุปกลุ่มตัวอย่างที่ดำเนินการคัดเข้าและรวบรวมข้อมูลได้สมบูรณ์มีทั้งหมด 40 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลอง 20 ราย โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ทารกคลอดครบกำหนดอายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์ 2) ทารกอายุหลังคลอดอายุครบ 1 เดือนขึ้นไป ไม่เกิน 3 เดือน 3) ผลการคัดกรองการได้ยิน ทารกแรกเกิดมีผลการตรวจหู (Otoacoustic Emission (OAE)) ผ่านทั้งสองข้าง 4) มารดายินยอมให้ติดตามเยี่ยมบ้าน 5) มารดาหลังคลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อน 6) มารดาที่ไม่มีประวัติใช้สารเสพติด หรือมารดาที่ไม่ได้ใช้ยานอนหลับ อย่างน้อย 3 เดือน 7) มารดาไม่มีภาวะตกเลือด (การเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตร) และ 8) มารดาไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยคัดกรอง (แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า 2Q และ 9Q)

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ทารกมีภาวะเจ็บป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาหรือการติดตามอาการจากแพทย์จากแพทย์ เช่น อาการท้องอืด อาการตัวเหลือง 2) มีภาวะการหายใจลำบาก หรือ $RR \geq 60$ ครั้ง/นาที มี Retraction เขียวปลายมือเท้า หรือออกซิเจนปลายนิ้วมือน้อยกว่า 95% หรือภาวะ Apnea 3) มีภาวะพิการ

หรือเจ็บป่วย บาดเจ็บที่มีผลต่อการนอนหลับ ได้แก่ ชัก ภาวะดาวน์ซินโดรม ภาวะ Hydrocephalus ศีรษะเล็ก ผิดปกติ 4) ทารกได้รับยานอนหลับ ได้แก่ Phenobarbital, Chloral Hydrate, Diazepam เป็นต้น และ 5) ทารกมีภาวะโคลิก

เกณฑ์การยุติการดำเนินการ ได้แก่ มารดาขอยกเลิกการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ ดนตรีพื้นบ้านอีสานไม่มีคำร้องที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น คือ ดนตรีบรรเลงโหวด สกูลโฟล์ WAVE ถูกบรรเลงผ่านเครื่องเล่นเสียง โดยมีท่วงทำนองเพลง ดังแสดงในภาพที่ 2

[- - - ล	- - - -	- - - -	- - - -	- - - ด	- - ล ร	- - - -	- - - -
- - - -	- - - -	- - - -	- - - -	- - - -	- - - -	- - - -	- - - -
- - - -	- - - -	- - - -	- - - -	- - - ล	- - - -	- - - ด	- - - -
- - ล ร	- - - -	- - - -	- - - -	- - - ช	- - - -	- - - ร	- ม - ด

หมายเหตุ: ด หมายถึง โด, ร หมายถึง เร, ม หมายถึง มี, ล หมายถึง ลา และ เครื่องหมาย - หมายถึง จังหวะเคาะดนตรี โดย 1 ห้องมี 4 จังหวะ

ภาพที่ 2 แสดงเครื่องหมายกำหนดท่วงทำนองบางส่วนดนตรีพื้นบ้านอีสาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลของมารดา ได้แก่ อายุครรภ์ ความปวดแผลของมารดาหลังคลอด ประสบการณ์การมีบุตร ช่วงอายุมารดา ระดับการศึกษา อาชีพ และข้อมูลทารก ได้แก่ เพศ น้ำหนัก และ Apgar Score

2.2 แบบข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ระดับความดังโดย เครื่องวัดระดับความดังเสียง (Sound Meter) Unit T UT353 ได้รับมาตรฐาน CE, ISO9001 มีหน่วยเป็นเดซิเบล (dB)

2.3 แบบบันทึกข้อมูลการนอนหลับของทารก โดยการสังเกตตามแบบแผนการนอนหลับ ประกอบด้วย ระยะง่วง มีพฤติกรรมกรนอนหลับ 7 ข้อ ระยะหลับตื่น (Rapid Eye Movement (REM)) ประกอบด้วยมีพฤติกรรมกรนอนหลับ 10 ข้อ ระยะหลับลึก (Non-Rapid Eye Movement (NREM)) มีพฤติกรรมกรนอนหลับ 8 ข้อ และระยะตื่นมีมีพฤติกรรมกรนอนหลับ 10 ข้อ โดยมีการบันทึกและแปลผลพฤติกรรมกรนอนหลับ ดังนี้

2.3.1 ระยะเวลาการนอนหลับ คือ ตั้งแต่ทารกหลับตาลงมี REM เริ่มมีแขนขาขยับน้อยลง ไปจนถึงเวลาที่ทารกตื่นลืมตา ขยับแขนขาและร้องงอแง โดยใช้นาฬิกาจับเวลา บันทึกผลเป็นนาที

2.3.2 อัตราการหายใจขณะนอนหลับ เป็นลักษณะทางกายภาพของทารกแรกเกิดที่บ่งบอกได้ถึงกรนอนหลับ วัดผลโดยใช้การนับหายใจหน่วยเป็นครั้งต่อนาที

2.3.3 อัตราการเต้นของหัวใจขณะหลับ เป็นลักษณะทางกายภาพของทารกที่บ่งบอกได้ถึงการนอนหลับ วัดผลโดยเครื่องวัดออกซิเจนชนิดพกพา (Mobile Pulse Oximeter) ซึ่งมีการรายงานผลอัตราการเต้นของหัวใจหน่วยเป็นครั้งต่อนาที

2.3.4 ระดับออกซิเจนปลายเท้าขณะหลับ เป็นลักษณะทางกายภาพของทารกที่บ่งบอกได้ถึงการนอนหลับ วัดผลโดยเครื่องวัดออกซิเจนชนิดพกพา (Mobile Pulse Oximeter) หน่วยเป็นเปอร์เซ็นต์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ส่วนของดนตรีพื้นบ้าน ผู้วิจัยนำดนตรีพื้นบ้านอีสานที่พัฒนาขึ้น ไปตรวจหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย อาจารย์คณะศิลปกรรมศาสตร์ 2 ท่าน อาจารย์คณะแพทยศาสตร์ (ที่มีความเชี่ยวชาญด้านดนตรีบำบัด) 1 ท่าน หาค่าความสอดคล้องของเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence Index (IOC)) ได้เท่ากับ 1 และแบบบันทึกคุณภาพการนอนหลับของทารก ตรวจหาความตรงเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน หาค่าความสอดคล้องของเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ ได้เท่ากับ 1

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำดนตรีพื้นบ้านอีสานที่พัฒนาขึ้นและเครื่องเก็บรวบรวมข้อมูลแบบบันทึกคุณภาพการนอนหลับ ไปทดลองใช้กับทารกที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง มีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอคำยินยอมจากการดาของกรุ่มตัวอย่าง ณ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว และชุมชนโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา แล้วจึงดำเนินการเข้าเยี่ยมบ้านกรุ่มตัวอย่างตามวันเวลาที่นัดหมาย โดยดำเนินการเข้าเยี่ยม 1 ครั้ง

2. การเตรียมสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ทารกนอนหลับ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยจัดสิ่งแวดล้อมโดยให้ทารกนอนหลับอยู่ในพื้นที่สงบและปิดไฟ แต่ยังคงให้มีแสงธรรมชาติคงเหลืออยู่เนื่องจากทารกยังต้องรับรู้กลางวันหรือกลางคืน

2.2 ผู้วิจัยวัดค่าความความดังของเสียงก่อนเข้าดำเนินการเก็บข้อมูล และติดตามค่าความดังเสียงโดยใช้เครื่องวัดความดัง ให้ที่เสียงพูดคุยกันไม่ควรเกิน 45 เดซิเบล และมีการควบคุมให้ระดับความดังของเสียงที่ดังขึ้นมาเป็นครั้งคราว (Peak Noise) ไม่ควรเกิน 65 เดซิเบล ระดับความดังของเสียงที่ดังตลอดเวลา (Ambient Noise) ไม่ควรเกิน 45 เดซิเบล หากเกิดเสียงดังเกินมาตรฐานจากเสียงของสิ่งแวดล้อมรอบตัวทารก ผู้วิจัยจะหยุดทำการเก็บข้อมูลและรอให้เสียงสงบลงจึงดำเนินการเก็บข้อมูลการนอนหลับรอบถัดไป นอกจากนี้ผู้วิจัยทำป้ายขอความร่วมมือในการงดใช้เสียงดัง แววน ณ บริเวณที่ทารกนอนหลับ เพื่อใช้สื่อสารกับคนในครอบครัวขณะดำเนินการ

2.3 ผู้วิจัยตั้งขาตั้งกล้องบริเวณด้านข้าง หน้าหน้าเข้าหาทารก โดยปรับขาตั้งให้เท่ากับระดับตัวทารก ระยะห่าง 30 เซนติเมตร ถ่ายวิดีโอเป็นระยะเวลา 2-3 ชั่วโมง

2.4 ผู้วิจัยวางลำโพงไม่น้อยกว่าระยะ 12 นิ้ว ซึ่งการวัดระยะห่างศีรษะของทารกไปจนถึงด้านหน้าของลำโพง โดยลำโพงจะถูกแขวนไว้ที่ขาตั้ง

3. การเตรียมทารก มีขั้นตอน ดังนี้

3.1 ทารกได้รับการดูแลสุขวิทยาให้สะอาด

3.2 ทารกได้รับการเปลี่ยนผ้าอ้อม

3.3 ทารกได้รับการป้อนนมตามมือ

3.4 ติดอุปกรณ์เครื่องวัดระดับออกซิเจนที่เท้าขวา โดยใช้เครื่องวัดออกซิเจนเคลื่อนที่ Pulse Oximeter Handheld Pulse Oximeter Palm Oximeter K820m ซึ่งได้รับ มาตรฐาน CE, FDA, ISO13485

3.5 ห่อตัวทารกแบบมัมมี

3.6 จัดท่าทารกให้นอนหงาย

4. หลังจากเตรียมสิ่งแวดล้อมและทารกเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเริ่มเปิดดนตรีพื้นบ้านอีสาน ระดับความดัง ไม่เกิน 45 dB นาน 20 นาที เมื่อครบ 20 นาที แล้วจึงปิด ให้ทารกนอนหลับโดยไม่รบกวน

5. ผู้วิจัยบันทึกคุณภาพการนอนหลับโดยบันทึกวิดีโอ ระยะเวลาในการบันทึกประมาณ 2-3 ชั่วโมง (เนื่องจากการนอนหลับของทารก ใน 1 ครั้ง จะอย่างมากที่สุด 4 วงจรการนอนหลับ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 4 ชั่วโมง และทารกมักหลับและตื่นทุก ๆ 3 ชั่วโมง)

6. หลังจากสิ้นกระบวนการ เมื่อทารกตื่นจะได้รับการเลี้ยงดูจากมารดาตามปกติ

7. กรณีที่ในระยะเวลาการเริ่มสังเกตการณ์ ไม่เกิน 20 นาที หากในระหว่างนี้ ทารกมีการร้องหรือต้องการการดูแลอื่น ๆ เพิ่มเติม ผู้วิจัยจะหยุดกระบวนการสังเกต ตรวจสอบความต้องการการดูแลของทารก และตอบสนองความต้องการของทารก เช่น การซับถ่ายเพิ่ม เกิดความไม่สุขสบาย ดำเนินการเปลี่ยนผ้าอ้อม ดูแลสุขวิทยา เมื่อดำเนินการเรียบร้อยแล้ว จึงเริ่มให้ฟังดนตรีพื้นบ้านอีกครั้ง หากครั้งที่ 2 ทารกยังคงมีการตื่นร้อง จึงพิจารณายุติกระบวนการ

กลุ่มควบคุม มีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการขอคำยินยอมจากมารดาของกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงดำเนินการเข้าเยี่ยมบ้าน กลุ่มตัวอย่างตามวันเวลาที่นัดหมาย โดยดำเนินการเข้าเยี่ยม 1 ครั้ง มีวิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีการเตรียมสิ่งแวดล้อม การประเมินระดับเสียง และเตรียมทารกให้ได้รับการนอนหลับ และมีการสังเกตการณ์นอนหลับ และบันทึกข้อมูลการนอนหลับของทารกเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง แต่ทารกในกลุ่มนี้จะไม่ได้รับฟังดนตรีพื้นบ้านอีสาน

การประเมินคุณภาพการนอนหลับของทารกในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยสังเกตการณ์การนอนหลับตั้งแต่เมื่อทารกเริ่มหลับตาจนถึงตื่นลืมตาร้องโดยบันทึกระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมดเป็นนาฬิกา ส่วนอัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ และระดับออกซิเจนปลายเท้าขณะนอนหลับ จะบันทึก 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ครั้งที่ 1 ขณะทารกเริ่มหลับตา ครั้งที่ 2 ขณะทารกมีพฤติกรรมเข้าสู่ระยะ REM และครั้งที่ 3 ขณะทารกลืมตาตื่น ครั้งที่ 3 โดยมีผู้ร่วมวิจัยจะสังเกตการณ์ผ่านวิดีโอและบันทึกผล เพื่อตรวจสอบพฤติกรรมการนอนหลับและการบันทึกผลอัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ และระดับออกซิเจนปลายเท้าขณะนอนหลับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารก โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน พิสัยควอไทล์ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาการนอน และระดับออกซิเจนปลายเท้าระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Mann Whitney U Test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราการหายใจ และอัตราการเต้นของหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตามหนังสือรับรอง HE651480 วันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์จากโรงพยาบาลพิมาย อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา ตามหนังสือ อว 660301.51.3.2/1695 ลงวันที่ 22 พฤษภาคม 2566 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการวิจัย ให้แก่ผู้เข้าร่วมรับทราบ เปิดโอกาสให้ถาม ตัดสินใจเข้าร่วมอย่างอิสระ และสามารถถอนตัวออกได้ทุกเมื่อโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลมารดา

กลุ่มควบคุม พบว่า มารดากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ 39^{+4} (IQR 2^{+4} สัปดาห์) โดยมารดาหลังคลอด ร้อยละ 100 ไม่มีอาการปวดแผลหลังคลอด ร้อยละ 65 มีประสบการณ์การมีบุตร ร้อยละ 40 มีอายุอยู่ในช่วง 18-20 ปี ร้อยละ 55 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และ ร้อยละ 35 ประกอบอาชีพค้าขาย และ อาชีพในสัดส่วนร้อยละที่เท่ากัน

กลุ่มทดลอง พบว่า มารดากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ 39⁺⁵ (IQR 1⁺¹ สัปดาห์) โดยมารดาหลังคลอดร้อยละ 100 ไม่มีอาการปวดแผลหลังคลอด ร้อยละ 60 มีประสบการณ์การมีบุตร ร้อยละ 35 มีอายุอยู่ในช่วง 18-20 ปี และ 21-35 ปี ในสัดส่วนร้อยละที่เท่ากัน ร้อยละ 70 มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 30 เป็นแม่บ้าน ร้อยละ 30 และ ร้อยละ 25 ประกอบอาชีพรับจ้าง

1.2 ข้อมูลทารก

กลุ่มควบคุม ทารกเป็นเพศชายหญิงในสัดส่วนเท่ากัน มี Apgar score เท่ากับ 9, 10, 10 ทุกราย และมีน้ำหนักเมื่อแรกเกิดเฉลี่ยเท่ากับ 3,251 กรัม (S.D. = 115.65)

กลุ่มทดลอง ทารกเป็นเพศชายหญิงในสัดส่วนเท่ากัน มี Apgar score เท่ากับ 9, 10, 10 ทุกราย และมีน้ำหนักเมื่อแรกเกิดเฉลี่ย 3,131.50 กรัม (S.D. = 69.79)

1.3 ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม

พบว่า ระดับความดังในสิ่งแวดล้อมภายในห้องที่ทารกนอนหลับ กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความดังอยู่ที่ 43.45 dB ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 44.09 dB

2. เปรียบเทียบระยะเวลาการนอนหลับและระดับออกซิเจนปลายเท้าของทารกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

พบว่า คนตรีพื้นบ้านอีสานมีผลต่อระยะเวลาการนอนหลับของทารกมีความยาวนานขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จะเห็นได้ว่าในกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการนอนหลับเฉลี่ย 27.43 นาที (IQR = 17.21) และกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการนอนหลับเฉลี่ย 49.57 นาที (IQR 29.44) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนระดับออกซิเจนปลายเท้าขณะหลับของทั้งสองกลุ่มเมื่อได้รับฟังดนตรีพื้นบ้านอีสาน พบว่า ระดับออกซิเจนปลายเท้าขณะหลับเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม 97.92% (IQR=0.08) ส่วนกลุ่มทดลองเท่ากับ 98% (IQR = 1.08) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.40$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานระยะเวลาการนอนหลับและระดับออกซิเจนปลายเท้าระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ทั้งหมด (n=40)		กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		Z	P-value
	Median	IQR	Median	IQR	Median	IQR		
ระยะเวลาการนอนหลับ	38.23	30.50	27.43	17.21	49.57	29.44	-3.30	<0.001*
ระดับออกซิเจนปลายเท้าขณะหลับ	97.96	0.08	97.92	0.08	98	1.08	-0.83	0.41

* $p\text{-value} < 0.05$

3. เปรียบเทียบอัตราการหายใจ และอัตราการเต้นของหัวใจของทารกระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

พบว่า อัตราการหายใจขณะหลับของทารกกลุ่มทดลองเมื่อได้รับฟังดนตรีพื้นบ้านอีสานมีอัตราการหายใจเฉลี่ย 44.85 ครั้งต่อนาที (S.D. = 1.88) และกลุ่มควบคุมมีอัตราการหายใจเฉลี่ย 49.40 ครั้งต่อนาที (S.D. = 2.76) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ส่วนอัตราการเต้นของหัวใจขณะหลับของทารกเมื่อได้รับฟังดนตรีพื้นบ้านอีสานของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.07$) โดยอัตราการเต้นของหัวใจขณะหลับของทารกกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 135.85 ครั้งต่อนาที (S.D. = 8.38) ส่วนอัตราการเต้นของหัวใจขณะหลับของทารกกลุ่มทดลองเฉลี่ย 132.2 ครั้งต่อนาที (S.D. = 6.90) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยอัตราการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจ ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ทั้งหมด (n=40)		กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		t	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
อัตราการหายใจ	48.16	4.06	49.40	2.76	44.85	1.88	6.078	<0.01*
อัตราการเต้นของหัวใจ	135.7	8.9	135.85	8.38	132.20	6.90	1.503	0.07

* $p\text{-value} < 0.05$

การอภิปรายผล

สมมติฐานข้อที่ 1 ทารกที่ได้รับฟังดนตรีพื้นบ้านอีสานมีระยะเวลาการนอนหลับมากกว่าทารกที่ไม่ได้รับฟังดนตรีพื้นบ้านอีสาน จากผลการศึกษา พบว่า ผลลัพธ์ของการเปรียบเทียบระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมดของทารกกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการนอนหลับมากกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Anzak, Sultana, & Zulfikar (2019) เนื่องจากเพลงกล่อมเด็กช่วยคลายความตึงเครียด ช่วยให้การผ่อนคลายและการสนับสนุนความรู้สึกปลอดภัยแก่เด็ก และผู้ปกครอง ลักษณะของเพลงกล่อมเด็กเป็นการทำซ้ำของจังหวะ จะช่วยให้เด็กผ่อนคลายและหลับสบายตลอดทั้งคืน สอดคล้องกับการศึกษาของสิริลักษณ์ ศรีเศวต, ทิพวัลย์ ดารามาศ และเรณู พุกบุญมี (2554) ที่มีการใช้ดนตรีกล่อมนอนเสียงเพลงโมซาร์ท ในชุดเพลง The Mozart Effect Music for Babies, Volume II: Nighty Night สำหรับกล่อมนอน คือ เพลง Larghetto จาก The Clarinet in A Major, K. 581 ซึ่งบทเพลงนี้เป็นเพลงบรรเลงนุ่มนวล มีตัวโน้ตซ้ำไปมาเป็นระยะความถี่ต่ำ จังหวะและความเร็วของเพลงสม่ำเสมอขับกล่อมนอนหลับได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของทิพวัลย์ ศรีเฉลิม, ทิพวัลย์ ดารามาศ และศรีสมร ภูมณสกุล (2554) ที่ใช้ดนตรีที่มีลักษณะเลียนแบบสิ่งแวดล้อมในครรภ์มารดา ขณะหลับ (Womb Effect) ในการทดลองครั้งนี้

ใช้ตัวอย่างดนตรี 5 นาที เล่นซ้ำ จนครบ 30 นาที เพื่อส่งเสริมการนอนหลับของทารกซึ่งใช้ลักษณะของการเล่นซ้ำไปมา และสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทพร ปราภภูชื้อ, นุจรี ไชยมงคล และยุณี พงศ์จตุรวิทย์ (2554) ที่ใช้เพลงลาวดวงเดือนที่มีการเล่นจังหวะหน้าทับสองชั้นเพื่อให้สอดคล้องกับจังหวะการเต้นของหัวใจทารกระหว่างพัก โดยการใช้ดนตรีบรรเลงปราศจากเนื้อร้อง ซึ่งการศึกษาที่กล่าวข้างต้นส่งเสริมการนอนหลับของทารกทั้งสิ้นเนื่องจากดนตรีส่งผลต่อการทำงานของสมองส่วน Limbic-hypothalamic system ซึ่งนำไปสู่การลดสิ่งรบกวนส่วนกลางเมื่อเสียงดนตรีเข้าไปที่ Audio Cortex จะถูกส่งไปยัง Limbic System จากนั้นส่งต่อไปที่ระบบการหลั่งฮอร์โมนต่าง ๆ ใน Hypothalamic Limbic System กระตุ้น Anterior Pituitary Gland หลั่ง Adrenocorticotropin ควบคุมหลั่ง Glucagon ควบคุมการใช้น้ำตาลในร่างกาย และควบคุมการหลั่ง Cortisol ลดภาวะตึงเครียดในร่างกายทำให้ผ่อนคลายและหลับได้ดีขึ้น (Tham, Schneider, Broekman, 2017) จากที่กล่าวมาข้างต้นจะพบว่าดนตรีมีผลต่อการนอนหลับโดยมีหลากหลายการศึกษาที่ใช้ดนตรีไม่ว่าจะเป็นดนตรีโมสาร์ท ดนตรีไทย เสียงมารดาเสียงของหัวใจของมารดา และการใช้คลื่นดนตรีความถี่ต่ำส่งผลต่อระยะเวลาการนอนหลับและบางการศึกษาให้ผลคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น (ทิพวัลย์ ศรีเฉลิม, ทิพวัลย์ ดารามาศ และศรีสมร ภูมนสกุล, 2554; สิริลักษณ์ ศรีเศวตทิพวัลย์ ดารามาศ และเรณู พุกบุญ, 2556; Akiyama et al., 2021; Hoogen, Teunis, Shellhaas, Pillen, Benders, & Dudink, 2017; Shafiei, Ameri, Sheikhbardsiri, Yaseri, & Baniasadi, 2020; van der Heijden, Oliai Araghi, Jeekel, Reiss, Hunink, & van Dijk, 2016)

ผลของระยะเวลาการนอนหลับขณะเก็บรวบรวมข้อมูลจากการจับเวลาโดยใช้นาฬิกาจับเวลาพร้อมบันทึกลงแบบบันทึกการนอนหลับของทารก พบว่า ทารกส่วนใหญ่นอนหลับเฉลี่ย 38.23 นาที (IQR = 30.50) มีระยะเวลาการนอนหลับต่ำสุด สูงสุดอยู่ที่ 20.01-99.21 นาที โดยในกลุ่มควบคุม ทารกส่วนใหญ่นอนหลับได้ 27.43 นาที (IQR = 17.21) มีระยะเวลาการนอนหลับต่ำสุด สูงสุดอยู่ที่ 20.01-86.44 นาที สอดคล้องกับการศึกษามีความสอดคล้องของ Mindell, Leichman, Compusto, Lee, Bhullar, & Walters (2016) กล่าวว่าชั่วโมงการนอนของทารกส่วนใหญ่อยู่ในช่วงสั้น ๆ ประมาณ 0.5-2 ชั่วโมง และนอนหลับในช่วงกลางคืน 1-2.5 ชั่วโมง เช่นเดียวกับ Hong, Maloney, Keens, & Perez (2018) กล่าวว่า ทารกใช้เวลานอนหลับในแต่ละวงจร 1-4 ชั่วโมง 1 รอบของการนอนหลับ ใช้เวลา 2-4 ชั่วโมง อยู่ที่ประมาณ 20-50 นาที ดังนั้นผลการวิจัย สามารถสรุปได้ว่าระยะเวลาการนอนหลับของทารกที่ได้รับฟังดนตรีพื้นบ้านอีสานมีระยะเวลาการนอนที่ยาวนานกว่าทารกที่ไม่ได้รับฟังดนตรีพื้นบ้านอีสานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานข้อที่ 2 อัตราการหายใจขณะหลับของทารกที่ได้รับฟังดนตรีพื้นบ้านอีสานน้อยกว่าทารกที่ไม่ได้รับฟังดนตรีพื้นบ้านอีสาน จะเห็นได้ว่าอัตราการหายใจขณะหลับของทารกที่ได้รับดนตรีพื้นบ้านอีสานมีอัตราน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับฟังดนตรีพื้นบ้านอีสานอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.01$) โดยกลุ่มควบคุมมีอัตราการหายใจขณะหลับเฉลี่ย 48.16 (S.D. = 4.06) ครั้งต่อนาที กลุ่มทดลองมีอัตราการหายใจขณะหลับเฉลี่ย 44.85 (S.D. = 1.88) ครั้งต่อนาที และไม่ต่ำกว่าหรือสูงกว่าเกณฑ์การหายใจของทารก คือ 40-60 ครั้งต่อนาที

นั้นสอดคล้องกับการที่ดนตรีเข้าไปกระตุ้นกระตุ้น Anterior Pituitary Grand ควบคุมการหลั่ง Cortisol ลดภาวะตึงเครียดในร่างกาย ทำให้ผ่อนคลายและหลับได้ดีขึ้น เมื่อทารกหลับได้ดีจึงลดการใช้ออกซิเจนในร่างกายทำให้ร่างกายลดความเร็วในการหายใจลงเนื่องจากร่างกายมีออกซิเจนเพียงพอต่อการใช้งาน (Tham, Schneider, Broekman, 2017) นอกจากนี้การเผาผลาญพลังงานลดลง จึงลดการใช้ออกซิเจนจากการเผาผลาญระดับเซลล์นั้นมีการใช้ออกซิเจนเป็นองค์ประกอบ จึงเกิดเหตุการณ์ดังกล่าว (Tham, Schneider, & Broekman, 2017) การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการใช้อิมมูโนสาร์ทเพื่อกล่อมนอนหลับ โดยการศึกษาของ van der Heijden และคณะ (2016) หลังจากการทดลองใช้ Record Music และ Live Music ส่งผลต่อ Physiological Parameter ได้แก่ อัตราการหายใจลดลง โดยจากการทบทวนนั้นพบว่า ทั้ง Record Music และ Live Music ทำให้อัตราการหายใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังทำให้ Cortisol ลดลง น้ำหนักเพิ่มขึ้นอีกด้วย (van der Heijden, Oliai Araghi, Jeekel, Reiss, Hunink, & Van Dijk, 2016) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Caparros-Gonzalez, de la Torre-Luque, Diaz-Piedra, Vico, & Buela-Casal (2018) ที่ได้ศึกษาผลเกี่ยวกับการใช้ดนตรีบำบัดทารก พบว่า การให้ดนตรีผ่อนคลายส่งผลต่ออัตราการหายใจ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Nurhusna, Ekawaty, & Sulistiawan (2020) ที่ให้ทารกฟังดนตรีอัลกุรอ่าน หลังได้รับการฟังอัลกุรอ่าน 3 วัน พบอัตราการหายใจเท่ากับ 41.7 ครั้งต่อนาที โดยการบำบัดแบบฟังอัลกุรอ่านมีผลต่ออัตราการหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.031$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Yue, Han, Luo, Zeng, & Yang (2021) ซึ่งกล่าวไว้ว่าดนตรีบำบัดไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจของทารก แต่ยังทำให้อัตราการหายใจที่คงที่และลดระดับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ยังส่งผลเชิงบวกต่อปริมาณการดูดนมของทารก นอกจากนี้ดนตรีบำบัดยังมีบทบาทในการลดความวิตกกังวลของมารดาอีกด้วย อย่างไรก็ตาม จึงควรทำการศึกษาเพิ่มเติมด้วยขนาดตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น

สมมติฐานข้อที่ 3 อัตราการเต้นของหัวใจขณะหลับของทารกที่ได้รับฟังดนตรีพื้นบ้านอีสานมีอัตราการเต้นของหัวใจขณะหลับน้อยกว่าทารกที่ไม่ได้รับดนตรีพื้นบ้านอีสาน ผลการวิจัย พบว่า อัตราการเต้นของหัวใจขณะหลับของทารกที่ได้รับดนตรีพื้นบ้านอีสานนั้นมีอัตราการเต้นด้วยอัตราที่ไม่แตกต่างจากทารกที่ไม่ได้รับฟังดนตรีพื้นบ้านอีสานอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} = 0.07$) โดยมีอัตราการเต้นของหัวใจขณะหลับเฉลี่ย 135.85 (S.D. = 8.38) ครั้งต่อนาทีในกลุ่มควบคุม และอัตราการเต้นของหัวใจขณะหลับเฉลี่ย 132.2 (S.D. = 6.90) ครั้งต่อนาทีในกลุ่มทดลอง โดยอัตราการเต้นของหัวใจขณะหลับของทารกอยู่ระดับปกติ คือ 100-160 ครั้งต่อนาที มีความไม่สอดคล้องกับการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา เช่น จากการทบทวนของ van der Heijden, Oliai Araghi, Jeekel, Reiss, Hunink, & van Dijk (2016) พบว่า หลังจากการทดลองใช้ Record Music และ Live Music ส่งผลต่อ Physiological Parameter ได้แก่ Heart Rate Respiratory Rate ลดลง Oxygen Saturation นอกจากนี้ยังทำให้ Cortisol ลดลง การดูดนมและการเจริญเติบโตการนอนหลับเพิ่มขึ้น พฤติกรรมผ่อนคลายและความปวดลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาการฟังดนตรี ฟังดนตรีอัลกุรอ่าน และเพลงกล่อมเด็กในการกล่อมมีผลต่อ

อัตราการเต้นของหัวใจทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Nurhusna, Ekawaty, & Sulistiawan, 2020; Shafiei, Ameri, Sheikhbardsiri, Yaseri, & Baniasadi, 2018; Yue, Han, Luo, Zeng, & Yang, 2021) แต่การวิจัยนี้มีข้อจำกัด คือ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังการให้เพลงกล่อมเด็กและไม่ได้บันทึกข้อมูลก่อนการฟังดนตรี ซึ่งตัวแปรนี้ต้องการการทบทวน และศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหาข้อสรุปและปัจจัยสาเหตุที่ไม่พบความแตกต่างของอัตราการเต้นของหัวใจขณะหลับของทารกที่ได้รับดนตรีพื้นบ้านอีสาน

สมมติฐานข้อที่ 4 ระดับออกซิเจนปลายเท้าขณะหลับของทารกที่ได้รับฟังดนตรีพื้นบ้านอีสานมากกว่าทารกที่ไม่ได้รับฟังดนตรีพื้นบ้านอีสาน ผลการวิจัย พบว่า ระดับออกซิเจนปลายเท้าขณะหลับของทารกที่ได้รับฟังดนตรีพื้นบ้านอีสานไม่มีความแตกต่างจากทารกที่ไม่ได้รับฟังดนตรีพื้นบ้านอีสานอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} = 0.40$) โดยมีระดับออกซิเจนปลายเท้าขณะหลับเฉลี่ย 97.96% และพบว่าทารกที่ไม่ได้รับฟังดนตรีพื้นบ้านอีสานมีระดับออกซิเจนปลายเท้าขณะหลับเฉลี่ย 97.92% และระดับออกซิเจนปลายเท้าขณะหลับเฉลี่ยของทารกที่ได้รับดนตรีพื้นบ้านอีสานคือ 98% ซึ่งขัดแย้งกับการทบทวนที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าการนอนหลับของทารกจะเกิดการเพิ่มของออกซิเจนในร่างกาย ทารกลดการเผาผลาญพลังงาน ลดการเคลื่อนไหวมากที่สุดในระยะหลับลึก จึงทำให้การใช้ออกซิเจนลดลง ออกซิเจนจึงวัดได้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหลังจากการทดลองใช้ Record Music และ Live Music จะส่งผลต่อ Physiological Parameter ทำให้ Oxygen Saturation เพิ่มขึ้น (van der Heijden, Oliai Araghi, Jeekel, Reiss, Hunink, & van Dijk, 2016) นอกจากนี้ พฤติกรรมผ่อนคลายและความปวดลดลง โดย จากการทบทวนที่ผ่านมาพบว่า การใช้ดนตรีและเสียงส่งผลให้ระดับออกซิเจนปลายเท้าเพิ่มขึ้น (Caparros-Gonzalez, de la Torre-Luque, Diaz-Piedra, Vico, & Buela-Casal, 2018; Shafiei, Ameri, Sheikhbardsiri, Yaseri, & Baniasadi, 2018) นอกจากนี้ การศึกษาของ Nurhusna, Ekawaty, & Sulistiawan (2020) ยังพบว่า การให้ทารกฟังดนตรีอัลกุรอาน ส่งผลต่อระดับออกซิเจนในร่างกายของทารกอย่างมีนัยสำคัญ และในการใช้เพลงกล่อมเด็กในการกล่อมพบว่า มีความแตกต่างของระดับออกซิเจนในร่างกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังการให้เพลงกล่อมเด็ก ซึ่งข้อแตกต่างกับงานวิจัยนี้อยู่ที่ลักษณะของเพลงกล่อมเด็ก โดยการใช้เพลงกล่อมเด็กและการให้ทารกฟังดนตรี อัลกุรอานเป็นเพลงที่มีเนื้อหาคำร้อง และการใช้อัลกุรอานนั้นใช้เวลา 3 วันจึงประเมินผล นอกจากนี้ยังเป็นการประเมินก่อนและหลังใช้เพลงกล่อมเด็กทารก ดังนั้นหากการพัฒนาเครื่องมือเพิ่มเติมต่อไป ผู้วิจัยต้องพิจารณาดนตรีที่มีเนื้อเพลง และออกแบบระเบียบวิธีวิจัยที่เข้มงวด โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มทดลองก่อนการให้ดนตรีพื้นบ้านอีสาน เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับฟังดนตรีพื้นบ้านอีสานเพื่อให้เห็นความชัดเจนยิ่งขึ้น หรืออาจเลือกเก็บรวบรวมข้อมูลระดับออกซิเจนในร่างกายขณะนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้เห็นได้ชัดเจนว่าทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ด้านการพยาบาล

1. การนำใช้ดนตรีพื้นบ้านอีสานเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของทารกในแผนกการดูแลทารกแรกเกิด
2. การนำดนตรีพื้นบ้านอีสานใช้ในครอบครัว โดยการคำแนะนำแก่บิดา มารดา เพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพ

การนอนหลับของทารกแรกเกิด

3. การนำดนตรีพื้นบ้านอีสานสำหรับการดูแลผู้ป่วยทารกที่มีอาการโคลิกและมีผลต่อการนอนหลับ

ด้านวิชาการ

1. ได้ความรู้และความเข้าใจในการพัฒนาดนตรีพื้นบ้านอีสาน การส่งเสริมการนอนหลับของทารก
2. พัฒนาต่อยอดดนตรีพื้นบ้านอีสาน เพื่อการนอนหลับของทารก เพิ่มคุณค่าให้แก่วัฒนธรรมไทย

อาทิเช่น การใช้คำร้องกล่อมทารกผสมผสานเข้ากับดนตรีพื้นบ้าน

ด้านการวิจัย

1. พัฒนาต่อยอดผลงานในกลุ่มทารกที่มีปัญหาการนอนหลับ เช่น ทารกที่มีภาวะ Colic และทารกที่ได้รับ

หัตถการที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด

2. พัฒนาต่อยอดผลงานโดยการเลือกดนตรีท้องถิ่นอื่นๆ ที่มีคุณลักษณะของดนตรี ตัวโน้ต และสามารถ

บรรเลงเป็นดนตรีกล่อมนอนหลับได้

3. พัฒนาการวิจัยในรูปแบบบูรณาการข้ามศาสตร์ในการใช้ดนตรีบำบัดในปรากฏการณ์วิจัยอื่น ๆ

ที่สามารถประยุกต์ใช้ดนตรีเป็นกิจกรรมการวิจัยได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้พัฒนาดนตรีเพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของทารกที่ยังต้องการการศึกษาเพิ่มในกลุ่มทารกที่มีปัญหาการนอนหลับ เช่น ทารกที่มีภาวะ Colic และทารกที่ได้รับหัตถการหรือเกิดพฤติกรรมกระตุ้นประสาท โดยเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของทารก รวมทั้งในการวิจัยครั้งต่อไปควรทำการศึกษาที่มีการเพิ่มระยะเวลาการนำใช้ดนตรีพื้นบ้านเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของทารก

กิตติกรรมประกาศ

ทุนสนับสนุนสร้างนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ทางการแพทย์ จากกองทุนวิจัยนวัตกรรมและบริการวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สนับสนุนทุนในการสร้างดนตรีพื้นบ้านอีสาน

เอกสารอ้างอิง

- ทิพวัลย์ ศรีเฉลิม, ทิพวัลย์ ดารามาศ และศรีสมร ภูมณสกุล. (2554). ผลของดนตรีต่อภาวะหลับตื่นของทารกคลอดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 17(2), 178-190.
- นันทพร ปรากูเชื้อ, นุจรี ไชยมงคล และยุณี พงศ์จตุรวิทย์. (2554). ผลของการฟังดนตรีไทยบรรเลงต่อพฤติกรรมอารมณ์และระยะเวลาการนอนหลับของทารก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(5), 50-61.
- พรพรรณ แก่นอัพรพันธ์. (2564). *เส้นทางสู่ดนตรีบำบัดในประเทศไทย*. ขอนแก่น: คณะศิลปกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรรณไพโล ศรีอารณ์, นุชนาต สุนทรลิมศิริ, กนกพร จันทราทิพย์, จิราวรรณ ดีเหลือ, จิราภรณ์ นันทชัย และ พกษลดา เขียวคำ. (2558). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรก. *พยาบาลสาร*, 42(3), 37-50.
- สิริลักษณ์ ศรีเสวต, ทิพวัลย์ ดารามาศ และเรณู พุกบุญมี. (2556). ผลของเสียงเพลงโมสาร์ทต่ออัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด และระยะเวลาการนอนหลับในทารกเกิดก่อนกำหนด. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 19(2), 221-234.
- อัญชลี ชุ่มบัวทอง, จันทนา ยี่มน้อย และชาภาพิมพ์ สัมมา. (2560). ดนตรีบำบัด. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*, 3(2), 77-87.
- อัศลิ แสงอารี. (2554). คุณภาพการนอนหลับและการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกคลอดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- Akiyama, et al., (2021). The effect of music and white noise on electroencephalographic (EEG) functional connectivity in neonates in the neonatal intensive care unit. *Journal of Child Neurology*, 36(1), 38-47. <https://doi.org/10.1177/0883073820947894>
- Als, H. (1986). A Synactive model of neonatal behavioral organization: Framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 6(3), 3-53). https://doi.org/10.1300/j006v06n03_02
- Altimier, L. & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced clinical applications of the seven core measures for neuroprotective family-centered developmental care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230-244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>

- Anzak, S., Sultana, A., & Zulfiqar, S. (2019). Folk traditions of lullabies: Functional analysis. *Global Sociological Review*, IV, 10-17. [https://doi.org/10.31703/gsr.2019\(iv-i\).02](https://doi.org/10.31703/gsr.2019(iv-i).02)
- Camerota, M., Propper, C., B., & Teti, D., M. (2019). Intrinsic and extrinsic factors predicting infant sleep: Moving beyond main effects. *Developmental Review*, 53, 100871. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2019.100871>
- Caparros-Gonzalez, R. A., de la Torre-Luque, A., Diaz-Piedra, C., Vico, F. J., & Buela-Casal, G. (2018). Listening to relaxing music improves physiological responses in premature infants: A randomized controlled trial. *Advances in Neonatal Care: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 18(1), 58-69. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000448>
- Chaput, J. P., et al. (2017). Systematic review of the relationships between sleep duration and health indicators in the early years (0-4 years). *BMC Public Health*, 17(Suppl 5), 855. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4850-2>
- Dickson, G., & Schubert, E. (2019). How does music aid sleep? Literature review. *Sleep Medicine*, 63, 142-150. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.05.016>
- Hiscock, H., & Davey, M. J. (2018). Sleep disorders in infants and children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 54(9), 941-944. <https://doi.org/10.1111/jpc.12033>
- Hong, H., Maloney, M. A., Keens, T. G., & Perez, I. A. (2018). Sleep in infants. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 198(8), 15-16. <https://doi.org/10.1164/rccm.1988P15>
- Hoogen, A., Teunis, C., Shellhaas, R., Pillen, S., Benders, M., & Dudink, J. (2017). How to improve sleep in a neonatal intensive care unit: A systematic review. *Early Human Development*, 113, 78-86. <https://doi.org/10.1016/j.earhumdev.2017.07.002>
- Kondi, B. (2019). *LULLABY*. The SAGE International Encyclopedia of Music and Culture. Retrieved August 23, 2022 from https://www.researchgate.net/publication/330450233_LULLABY.
- Malltese, A., et al. (2017). The synactive theory of development: The keyword for neurodevelopmental disorders. [JD]. *Acta Medica Mediterranea*, 25/2017, 1257-1263. https://doi.org/10.19193/0393-6384_2017_2s_194

- Mindell, J. A., Leichman, E. S., Composto, J., Lee, C., Bhullar, B., & Walters, R. M. (2016). Development of infant and toddler sleep patterns: Real-world data from a mobile application. *Journal of Sleep Research*, 25(5), 508-516. <https://doi.org/10.1111/jsr.12414>
- Nurhusna, Ekawaty, F., & Sulistiawan, A. (2020). *The effect of murottal alquran therapy on heart rate, respiration rate, saturation oxygen of premature infants using mechanical ventilation in the neonatal intensive care unit*. Presented at the 2nd Sriwijaya International Conference of Public Health (SICPH 2019), Atlantis Press, 25, 353-361. <https://doi.org/10.2991/ahsr.k.200612.049>
- Shafiei, E., Ameri, Z., Sheikhbardsiri, H., Yaseri, M., & Baniasadi, H. (2020). The effect of mother's lullaby on preterm infants' physiological parameters. *The Journal of Pediatric Research*, 7(1), 46-51. <https://doi.org/10.4274/jpr.galenos.2019.88942>
- Shimko A. N. (2019). Sleep in infancy: A concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 47, 100-105. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.05.001>
- Standford Medicine Children's Health. (2021). *What are an infant's sleep needs?*. Retrieved August 23, 2022 from <https://shorturl.asia/6Y5oF>
- Standley J. M. (2002). A meta-analysis of the efficacy of music therapy for premature infants. *Journal of Pediatric Nursing*, 17(2), 107-113. <https://doi.org/10.1053/jpdn.2002.124128>
- Tham, E. K., Schneider, N., & Broekman, B. F. (2017). Infant sleep and its relation with cognition and growth: a narrative review. *Nature and science of sleep*, 9, 135-149. <https://doi.org/10.2147/NSS.S125992>
- van der Heijden, M. J., Oliai Araghi, S., Jeekel, J., Reiss, I. K., Hunink, M. G., & van Dijk, M. (2016). Do hospitalized premature infants benefit from music interventions? A systematic review of randomized controlled trials. *PloS One*, 11(9), e0161848. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161848>
- Yue, W., Han, X., Luo, J., Zeng, Z., & Yang, M. (2021). Effect of music therapy on preterm infants in neonatal intensive care unit: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Advanced Nursing*, 77(2), 635-652. <https://doi.org/10.1111/jan.14630>

แนวทางการลด ละ เลิกบุหรี่ตามหลักพุทธธรรม

กรณีศึกษานิสิต มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่

Guidelines for Reducing and Quitting Smoking According to Buddhist Principles:

Mahachulalongkornrajavidyalaya University Chiang Mai Campus

พระมหาดนัยพัชร ยูนิรัมย์¹, พระวิสิทธิ์ วงศ์ไส^{1*}, พิลิฐุ์ โคตรสุโพธิ์¹, ธรรมรัตน์ มาทิพย์¹

Phramaha Danaiphat Yuniram¹, Phra Wisit Wongsai^{1*}, Phisit Kordsupho¹, Tammarat Matip¹

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่¹

Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Chiang Mai Campus¹

(Received: July 3, 2023; Revised: July 20, 2024; Accepted: May 31, 2024)

บทคัดย่อ

บทความวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสาเหตุการสูบบุหรี่ของนิสิต มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (มจร) วิทยาเขตเชียงใหม่ และ 2) เสนอแนวทางการลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ตามหลักพุทธธรรมของนิสิต มจร วิทยาเขตเชียงใหม่สู่สาธารณะ ดำเนินการเก็บข้อมูลจากข้อมูลทุติยภูมิด้วยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องด้านสาเหตุ ปัจจัยของการสูบบุหรี่ และใช้กระบวนการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับแนวทางการลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ จาก ผู้บริหาร อาจารย์และเจ้าหน้าที่ จำนวน 5 ท่าน และนิสิต มจร. 18 รูป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงพรรณนาในเนื้อหาสาระ

ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ประเด็น คือ 1) แนวคิดสาเหตุของการสูบบุหรี่ของนิสิต มจร. วิทยาเขตเชียงใหม่ ได้แก่ การเอาแบบอย่าง การอยากลองทำ การเอาตามอย่างบุคคลอื่น กิจกรรมสังคม และ ธรรมเนียมในชุมชนบางแห่ง และ 2) ผลการเสนอแนวทางการลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ตามหลักพุทธธรรม ของนิสิต มจร. วิทยาเขตเชียงใหม่สู่สาธารณะ พบว่า ควรใช้พระพุทธศาสนากับการพัฒนา กาย ศีล จิต และปัญญา ซึ่งประกอบด้วย 1) การพัฒนาด้านกาย เป็นการฝึกอบรมกายภายนอกทางอินทรีย์ทั้ง 5 ด้วยดี ปฏิบัติในทางที่เป็นคุณและพัฒนาความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 2) การพัฒนาด้านศีล ควรคำนึงถึงความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกับสิ่งแวดล้อมทางสังคม ความสัมพันธ์กับเพื่อนมนุษย์ อยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยดี 3) การพัฒนาด้านจิต ควรทำให้จิตใจเจริญงอกงามขึ้นในทางคุณธรรม ความดีงาม ความเบิกบานผ่องใสสงบสุข โดยการบริหารจิต และ 4) การพัฒนาด้านปัญญา เป็นการฝึกอบรมปัญญาเพื่อสร้างความรู้ ความคิด ความเข้าใจ แก้ปัญหาด้วยปัญญาเพื่อเป็นพลังในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ผลการศึกษานี้เป็นแนวทางให้สถาบันการศึกษาอื่น ๆ หลักพุทธธรรมมาเป็นแนวทางพัฒนาโปรแกรมการลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ให้แก่ นิสิต นักศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: แนวทางการลด ละ เลิกบุหรี่, หลักพุทธธรรม, นิสิต, การวิจัยเชิงคุณภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ พระวิสิทธิ์ วงศ์ไส e-mail: wisitnaja@hotmail.com

Abstract

The objectives of this qualitative research article were to: 1) study the causes of smoking among students at Mahachulalongkornrajavidyalaya University (MCU), Chiang Mai Campus, and 2) propose guidelines for reducing and quitting smoking based on Buddhist principles for MCU students at the Chiang Mai Campus to the public. Data collection was carried out using secondary data through a literature review related to the causes and factors of smoking. Additionally, the process included focus group discussions and in-depth interviews about the guidelines for reducing and quitting smoking with five administrators, teachers, and staff, as well as 18 MCU students. The data was analyzed using descriptive content analysis.

The study results were divided into two issues: 1) the concepts of the causes of smoking among MCU Chiang Mai Campus students, which included imitation, the desire to try, peer influence, social activities, and cultural traditions in some communities; and 2) the proposed guidelines for reducing and quitting smoking according to Buddhist principles for MCU Chiang Mai Campus students and the public. The findings indicated that Buddhism could be utilized for the development of the body, precepts, mind, and wisdom. This included: 1) physical development through proper training of the five senses, virtuous actions, and fostering a harmonious relationship with the physical environment; 2) moral development by fostering beneficial relationships within the social environment and promoting cooperation with others; 3) mental development aimed at cultivating virtuous qualities such as tranquility, peace, and radiance through mindfulness practices; and 4) wisdom development through the cultivation of knowledge, understanding, and problem-solving skills, using wisdom as a guiding principle for a fulfilling life. These study results provide a guideline for other educational institutions to apply Buddhist principles in developing effective programs for students to reduce and quit smoking.

Keywords: Guidelines for Reducing and Quitting Smoking, Buddhist Principles, Students, Qualitative Research

บทนำ

สุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจย่อมส่งผลดีต่อชีวิตทุกด้าน โดยเฉพาะการมีสุขภาพที่ดีจะประกอบด้วยสุขภาพทางร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงและมีสุขภาพทางจิตใจที่ดี ซึ่งการส่งเสริมด้านสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของคนในสังคมยุคปัจจุบัน จะมีความสำคัญต่อการกระบวนการพัฒนาและความเป็นอยู่ของมนุษย์

ในวิถีชีวิตประจำวัน ตามพัฒนาการตลอดชีวิต (Life Span Theory) ได้แก่ การยอมรับตนเอง (Self-Acceptance) การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น (Positive Relationship with Others) ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) ความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม (Environmental Mastery) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Purpose In Life) และการเจริญเติบโตของความเป็นบุคคล (Personal Growth) (Cortés-Rodríguez, Galindo-Villardón, Sánchez-Barba, Jarauta-Bragulat, & Urchaga-Litago, 2023; Ryff, 2014)

แนวคิดในพุทธปรัชญาที่มีความสำคัญต่อสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพทางจิตใจ สอดคล้องกับแนวคิดด้านสุขภาวะ การมีส่วนร่วม การปรับเปลี่ยนกระบวนการความคิด ความเชื่อ และวิถีดำเนินชีวิต โดยเกิดกระบวนการเรียนรู้และการพัฒนา นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ของพฤติกรรม และการกระทำของคนในสังคมซึ่งขึ้นอยู่กับพื้นฐานของความเชื่อและปรัชญาที่ถ่ายทอดกันมาอย่างเป็นระบบ กระทั่งเกิดกระบวนการทัศน์ทางสังคม (Social Paradigm) เกิดการรับรู้ (Percept) การตีความ (Interpretation) และการปฏิบัติ (Practice) (พระสุทิน จกกวโร (ราชวัณน์), 2562) จะเห็นได้ว่าแนวคิดทางพุทธปรัชญาสามารถก่อให้เกิดการรับรู้และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเป็นเหตุให้ละเว้นซึ่งอบายมุขต่าง ๆ เช่น สุราและบุหรืซึ่งเป็นหนทางนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี

ปัจจุบันมีผู้สูบบุหรี่เป็นจำนวนมากที่ยังไม่ตระหนักในสุขภาพเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจถึงอันตรายที่เกิดจากสารอันตรายที่อยู่ในบุหรื เช่น สารนิโคตินซึ่งจัดเป็นสารเสพติดและยังมีสารเคมีอีกมากถึง 7,000 ชนิด สารพิษอีกมากกว่า 250 ชนิด และสารก่อมะเร็งอีกมากกว่า 70 ชนิด (Le Foll et al., 2022) อันตรายจากการสูบบุหรี่นี้ยังส่งผลกระทบต่อกลุ่มพระสงฆ์ที่กำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ซึ่งควรประพฤติตนตามหลักพระธรรมวินัยและเป็นแบบอย่างที่ดี แต่ก็ยังมีพระสงฆ์จำนวนมากที่ยังสูบบุหรี่เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจภัยอันตรายจากการสูบบุหรี่จึงได้ซื้อจากร้านค้ามาสูบและมีโยมนำบุหรืมาถวายในการประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อหรือประเพณีต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องผลงานวิจัยเรื่องแนวทางการจัดการปัญหาบุหรืในมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยของกลุ่มพระนิสิตที่กำลังศึกษาอยู่ใน 12 วิทยาเขต พบว่าพระสงฆ์จำนวนร้อยละ 50.80 ขาดความรู้ความเข้าใจโทษของมะเร็งกล่องเสียงจากการสูบบุหรี่ และพบว่าพระสงฆ์ร้อยละ 42.20 ซื้อบุหรืจากร้านสะดวกซื้อ ร้อยละ 36.1 ซื้อบุหรืจากร้านขายของชำ ร้อยละ 8.7 ญาติโยมนำมาถวาย และร้อยละ 8.7 พระสงฆ์ถวายให้กันเอง (พระมหาสุเทพ สุปณฺธิโต (ผิวเผือด), 2560)

ปัญหาดังกล่าวนี้อีกยังมีผลกระทบต่อการสูบบุหรี่ของกลุ่มนิสิตที่กำลังศึกษาอยู่ใน มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยวิทยาเขตเชียงใหม่ โดยสาเหตุส่วนใหญ่ พบว่า การสูบบุหรี่เกิดมาจากพฤติกรรมส่วนตัวที่ติดมาจากสภาพแวดล้อมทางบ้านหรือทางวัด นิสิตบางรูป/คน ไม่สามารถเลิกสูบได้เนื่องจากมีความต้องการสูบบุหรี่ขั้นรุนแรง บุหรืที่นิสิตใช้สูบมีทั้งประเภทเป็นซองและบุหรืไฟฟ้าแท่งกลั่น โดยหาซื้อจากร้านค้าทั่วไปและออนไลน์ในกลุ่มพระเถร หากอยู่คนเดียวมักจะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ แต่หากได้ไปพบกลุ่มเพื่อนที่โรงเรียนก็จะชวนกันสูบ บางกรณีมีการกระตุ้นและท้าทายในกลุ่มเพื่อนด้วยกันเองทำให้อยากลอง

ไม่เอายากยอมแพ้และด้วยความศรัทธา พหุกรรมกรรมการสูบบุหรี่นอกจากจะส่งผลกระทบต่อคนที่สูบโดยตรงแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของคณะสงฆ์ สถาบันการศึกษา ดังนั้น คณะผู้วิจัยได้พิจารณาเห็นความสำคัญ ต่อปัญหาดังกล่าวนี้จึงได้ทำการศึกษาวิจัยแนวทางการลด ละ เลิกบุหรี่ของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่ เพื่อเสนอแนวทางส่งเสริมการลด ละ เลิกบุหรี่ อันจะส่งผลดีต่อสุขภาพและดำเนินชีวิต ที่เป็นประโยชน์ต่อครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสาเหตุการสูบบุหรี่ของนิสิต มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่
2. เพื่อเสนอแนวทางการลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ตามหลักพุทธธรรม ของนิสิต มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่ ผู้สาธารณะ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการค้นหาสาเหตุ ปัจจัยและแรงจูงใจการสูบบุหรี่จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากนั้นคณะผู้วิจัยใช้หลักของภาวนา 4 คือ การพัฒนากายให้แข็งแรง พัฒนาความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมให้เป็นไปด้วยดีไม่เดือดร้อน ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) กายภาวนา คือ การพัฒนาความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การออกกำลังกาย การงดเว้นสิ่งไม่มีประโยชน์ พักผ่อนเพียงพอ 2) สीलภาวนา คือ การเจริญศีล พัฒนาความประพฤติ การฝึกอบรมศีลให้ตั้งอยู่ในระเบียบวินัย 3) จิตภาวนา คือ การฝึกอบรมจิตใจให้เข้มแข็ง มั่นคงเจริญงอกงามด้วยคุณธรรมทั้งหลาย อดทนมีสมาธิต่อสิ่งเร้า และ 4) ปัญญาภาวนา คือการพัฒนาปัญญา พัฒนาจิต การฝึกอบรมปัญญาให้รู้เข้าใจสิ่งทั้งหลายตามความเป็นจริง รู้เท่าทันและเห็นโลกตามสภาวะ (พระพรหมคุณาภรณ์, 2564) เป็นกรอบแนวคิด ในการพัฒนาแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ และนำไปสู่การพัฒนา แนวทางการลดละเลิกบุหรี่โดยหลักภาวนา 4

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ดำเนินการศึกษา ณ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้บริหาร อาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหาร อาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่ ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่

1. ผู้บริหาร อาจารย์และเจ้าหน้าที่ ในมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขต เชียงใหม่ จำนวน 5 รูป/คน ประกอบด้วย 1) รองอธิการบดีวิทยาเขตเชียงใหม่ 2) อาจารย์ประจำสาขาวิชาปรัชญา 3) อาจารย์ประจำสาขาพุทธศาสนา 4) นักวิชาการศึกษากลุ่มงานบริการการศึกษา และ 5) นักวิชาการศึกษากลุ่มวางแผนวิชาการ

2. นิสิตที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี ในมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่ จำนวน 18 รูป/คน จาก 9 สาขาวิชา ประกอบด้วย 1) สาขาพระพุทธศาสนา 2) สาขาปรัชญา 3) สาขาพุทธศิลปกรรม 4) สาขาภาษาอังกฤษ 5) สาขารัฐประศาสนศาสตร์ 6) สาขาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ 7) สาขารัฐศาสตร์ 8) สาขาสังคมศึกษา และ 9) สาขาภาษาบาลี โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ 1) สอบบุหรีเป็นประจำ เคยสอบ และหรืออาจหยุดสอบแล้ว 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ยินดีให้สัมภาษณ์ด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้เครื่องมือการวิจัยคุณภาพสองรูปแบบคือ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และ แนวคำถาม สัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Unstructured Interview) ซึ่งไม่มีการกำหนดคำพูดหรือแบบฟอร์มตายตัว มีลักษณะเป็นคำถามแบบปลายเปิด โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ตอบตอบอย่างอิสระ ลำดับคำถามที่ใช้ถาม ก็เปลี่ยนแปลงยืดหยุ่นได้ หลังจากผู้วิจัยได้ถามคำถามหลักแล้ว ผู้วิจัยจะมีการใช้คำถามเพื่อเจาะลึกรายละเอียด ได้แก่ “เพราะเหตุใดท่านจึงคิดเช่นนั้น” “ท่านทำอย่างไร” เป็นต้น ผู้วิจัยใช้แบบจดบันทึกผลการสัมภาษณ์ และการบันทึกเสียง (Audio Recorder) เพื่อความครบถ้วนของเนื้อหาได้ละเอียด จากผู้ให้ข้อมูล คำถามการสัมภาษณ์ แบบไม่มีโครงสร้างในการศึกษานี้ ได้แก่

1. ท่านคิดว่า อะไรเป็นแรงจูงใจหรือปัจจัยให้นิสิต มจร วิทยาเขตเชียงใหม่สอบบุหรีหรือไม่สอบบุหรี (สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ข้อ 1)

2. ท่านคิดว่าแนวทางการลด ละ เลิก การสอบบุหรี ของนิสิต มจร วิทยาเขตเชียงใหม่ ควรเป็นอย่างไร (สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ข้อ 1)

3. ท่านคิดว่าหลักพุทธธรรมใดจะมีส่วนส่งเสริมแนวทางการลด ละ เลิกการสอบบุหรี ของนิสิต มจร วิทยาเขตเชียงใหม่ (สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ข้อ 2)

4. ท่านมีข้อเสนอแนะแนวทางการลด ละ เลิก การสอบบุหรีตามหลักพุทธธรรมอย่างไร (สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ข้อ 2)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) พระอาจารย์ผู้มีความรู้เกี่ยวกับหลักภavana 4 2) อาจารย์มหาวิทยาลัยผู้มีประสบการณ์ ในการสอนและดูแลนักศึกษามหาวิทยาลัย และ 3) อายุรแพทย์ผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้สอบบุหรี ได้ค่าได้หาดัชนี

ความสอดคล้อง(Index of Objective Item Congruence(IOC)) เท่ากับ 0.66 หลังจากนั้นคณะผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามสัมภาษณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมและเรียบเรียงข้อมูลจากเอกสารและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ดังนี้

1. ด้านเอกสาร คณะผู้วิจัยได้รวบรวมและเรียบเรียงข้อมูลเชิงวิชาการเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีด้านสุขภาวะ พฤติกรรมที่เป็นมูลเหตุหรือแรงจูงในการสูบบุหรี่ หลักภาวนา 4 และการพัฒนาแนวทางการลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ตามหลักพุทธธรรม

2. ด้านกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คณะผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussions) กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญตามรายการข้อคำถามที่กำหนดด้วยความสนใจ โดยได้ทำการบันทึกเสียง ภาพและ/หรือวิดีโอหลังจากชี้แจงวัตถุประสงค์การเก็บข้อมูล กระบวนการเก็บข้อมูลและรักษาความลับของข้อมูล และได้รับอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูล พร้อมกับการรวบรวมเรียบเรียงและจัดกลุ่มข้อมูลคำให้สัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มเพื่อประกอบการศึกษาตามวัตถุประสงค์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงพรรณนาในเนื้อหาสาระ (Content Analysis) ที่มีความสอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และการวิเคราะห์เนื้อหาตามประเด็น จัดประเภท/กลุ่มข้อมูล เพื่อให้ได้ชุดข้อมูลที่สามารถเสนอเป็นข้อเท็จจริง และใช้ประกอบการวิเคราะห์อภิปราย ซึ่งมีการให้เหตุผลเชิงตรรกะ นำเสนอผลการศึกษาแบบพรรณนา เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยเน้นการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม โดยไม่ได้เก็บรายละเอียดของการศึกษาแบบรายบุคคล อีกทั้งกระบวนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มดำเนินการด้วยความสมัครใจ ประเด็นข้อคำถามในการสัมภาษณ์ผ่านการพิจารณาความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิ และเป็นข้อคำถามในเชิงส่งเสริมแนวทางการลด ละ เลิกสูบบุหรี่ ปราศจากการกะทบหรือละเมิดความเป็นส่วนตัว กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีเสรีภาพในการให้ข้อมูลและสามารถแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณะ นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยได้กำหนดรหัสแทนตัวบุคคลของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งทำหนังสือขออนุญาตสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลจากผู้บริหารระดับสูงของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่

นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการอธิบายสิทธิต่างๆแก่ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย 1) สมัครใจและมีเสรีภาพที่จะตอบคำถามด้วยความคิดเห็นส่วนตัว 2) การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสามารถใช้สิทธิ์ที่จะตอบข้อคำถามหรือละเว้นการตอบข้อคำถามได้ 3) ผู้ให้ข้อมูลสามารถซักถามข้อคำถามที่ไม่แน่ใจต่อผู้คณะผู้วิจัยหรือผู้เก็บรวบรวม

ข้อมูลได้ 4) คำตอบหรือการแสดงความคิดเห็นนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล และ 5) การสัมภาษณ์กลุ่มผู้ข้อมูลเป็นไปอย่างเปิดเผย โดยคณะผู้วิจัยจะมีการบันทึกข้อความ เสียง ภาพ และ/หรือวิดีโอไว้เป็นหลักฐาน

ผลการวิจัย

1. สาเหตุและแรงจูงใจของการสูบบุหรี่

จากการทบทวนวรรณกรรมของคณะผู้วิจัย พบว่า สาเหตุของการสูบบุหรี่ ได้แก่ 1) การเอาแบบอย่าง 2) การอยากลองทำ 3) การเอาตามอย่างบุคคลอื่น 4) กิจกรรมสังคม 5) ธรรมเนียมในชุมชนบางแห่ง 6) ความต้องการหลีกเลี่ยงการต่อว่าหรือตำหนิต่างๆ 7) กลไกการปรับตัวเอง และ 8) บุหรี่มีจำหน่ายโดยทั่วไป และการโฆษณาทางสื่อมวลชนล้วนมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิต ซึ่งก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะเชื่อและจูงใจให้คนสูบบุหรี่ (รัชตะ รอดูเนิน และคณะ, 2564)

การเกิดขึ้นของพฤติกรรมสูบบุหรี่ ได้แก่ 1) เหตุกระตุ้น 2) เหตุสนับสนุน และ 3) เหตุโน้มน้าวใจ ในบุคลิกภาพ โดยการสูบบุหรี่ในทางพฤติกรรมศาสตร์ ผู้สูบบุหรี่ส่วนหนึ่งจะมีลักษณะอารมณ์ตึงเครียดวิตกกังวล เจ้าอารมณ์ มีลักษณะทางประสาทอันเป็นสาเหตุทำให้พึ่งบุหรี่ เพราะการรับสารนิโคตินในการกระตุ้นและทำให้รู้สึกเพลิดเพลิน ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขเปลี่ยนแปลงให้เป็นการกระทำที่สุจริต และการลดเหตุปัจจัยหรือแรงจูงใจทำให้เกิดความคิดเห็นที่ผิดอาจจะโดยอำนาจของโลหะ โทสะ โมหะ กระทั่งเกิดเป็นนิสัย

จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก นิสิตที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาภาษาบาลี ได้แสดงความคิดเห็นว่า “แรงจูงใจที่ส่งเสริมให้เกิดการเริ่มสูบบุหรี่ คือ ความอยากลอง และภาวะความเครียดกับการทำงานหรือการเรียน และไม่คิดว่าการสูบบุหรี่มีโทษหรือเป็นสิ่งที่น่ารังเกียจเมื่ออยู่ในสังคม” ส่วนแรงจูงใจหรือสาเหตุที่ทำให้ไม่สูบบุหรี่ นิสิตที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาพุทธศิลปกรรม ได้อธิบายว่า “แรงจูงใจหรือสาเหตุของการไม่สูบบุหรี่เกิดจากการให้ความสำคัญและความตระหนักถึงบุคคลที่เรารัก ผู้ที่อยู่ใกล้ชิด การได้รับความปรึกษาจากผู้ปกครอง ครูบาอาจารย์ หรือผู้มีประสบการณ์” ซึ่งเหตุและแรงจูงใจทำให้เกิดการสูบบุหรี่ สรุปลงโดยอาจารย์ประจำสาขาวิชาปรัชญา “คือ ความอยากรู้อยากลอง เป็นเรื่องที่ท้าทาย น่าตื่นเต้น สนุกสนาน ตามอย่างเพื่อนโดยบางคนมีทัศนคติที่ว่าถ้าไม่สูบบุหรี่จะเข้ากับเพื่อนไม่ได้ เพื่อนจะไม่ยอมรับเข้ากลุ่ม การตามแบบอย่างของคนในครอบครัวที่เป็นบิดา มารดา หรือญาติพี่น้อง ทำให้เห็นการสูบบุหรี่แต่เด็ก และคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดาเพื่อเข้าสังคม ซึ่งบางคนจะสูบบุหรี่ในงานสังคมนั้น” ดังนั้น แรงจูงใจที่ทำให้เกิดการสูบบุหรี่ จึงมาจากความเครียด สภาพสังคม การเลียนแบบและบุคคลรอบตัว และการไม่สูบบุหรี่เกิดขึ้นจากการเห็นครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดไม่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ รวมถึงการตระหนักในโทษของการสูบบุหรี่

2. แนวทางการลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ตามหลักพุทธธรรม (ภาวนา 4)

การศึกษาวិเคราะห์แนวทางการลด ละ เลิก การสูบบุหรี่จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ สามารถเสนอแนวทางการลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ ได้ดังนี้

2.1 ด้านสุขภาพร่างกาย (กายภาวนา)

2.1.1 การออกกำลังกาย เป็นแนวทางการส่งเสริมศักยภาพทางร่างกายโดยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น การวิ่ง การเดินเร็ว การปั่นจักรยาน การเล่นกีฬา ฯลฯ เพื่อช่วยลดความเครียดจากความอยากนิโคตินหรือบุหรี่ โดยนิสิตที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี สาขารัฐศาสตร์ ได้อธิบายเหตุผลว่า “การออกกำลังกายเป็นการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ทั้งเป็นการสร้างพฤติกรรมที่เป็นกุศล เป็นการทำตนให้หลักหนีและห่างไกลจากอบายมุขในรูปแบบต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี” และนิสิตที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมว่า “การออกกำลังกายเป็นกิจวัตรพื้นฐานที่ทุกคนสามารถทำได้ และยังเป็นประเพณีธรรมแห่งการเกิดสติปัญญา ซึ่งเป็นการใช้หลักกายภาวนาร่วมกับวิธีการอยู่ให้ห่างจากบุหรี่ คือ การหันไปดูแลร่างกายตนเองโดยการบริหารร่างกายที่สามารถทำได้ในแต่ละวัน” ดังนั้น การอยู่ให้ห่างจากแหล่งที่มาของบุหรี่ รวมถึงพยายามอยู่ในสถานที่ที่จำกัด เช่น สวนสาธารณะ สถานที่ออกกำลังกาย เป็นต้น จะสามารถทำให้ห่างจากพฤติกรรมล่อแหลมในการสูบบุหรี่ได้

2.1.2 การฝึกกรรมฐานและสมาธิ เป็นแนวทางการส่งเสริมร่างกายด้วยการฝึกอบรมกายภายนอกทางอินทรีย์ทั้ง 5 เป็นการปฏิบัติในทางที่เป็นคุณต่อร่างกาย โดยอาจารย์ประจำสาขาพุทธศาสนา ได้วิเคราะห์ถึงหลักการฝึกกรรมฐานและสมาธิว่า “การฝึกกรรมฐานและปฏิบัติสมาธิด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง จะเป็นการพัฒนาสุขภาพร่างกายของตนเอง สามารถทำให้เกิดสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ ซึ่งการใช้หลักการฝึกกรรมฐาน เช่น เดินจงกรมและนั่งสมาธิต้องใช้ความอดทนหรือหลักขั้นต้นร่วมกับวิริยะหรือความเพียรพยายามทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจร่วมกันต่อการฝึกปฏิบัติ และยังเป็นเตรียมรับกับผลกระทบต่าง ๆ ที่จะเกิดต่อร่างกายในขณะที่ลด ละ เลิกบุหรี่” และนิสิตที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาปรัชญา ได้อธิบายเสริมว่า “ตามหลักพฤติกรรมศาสตร์ การใช้สมาธิค่าคงที่ของเวลาร่วมกับบริบทในการฝึกกรรมฐานและทำสมาธิอย่างสม่ำเสมอแบบมีวินัยประมาณ 7 ชั่วโมง/สัปดาห์ หรือคิดเฉลี่ย 1 ชั่วโมง/วัน เป็นระยะเวลา 346 ชั่วโมง/ปี จะสามารถกระตุ้นให้เซลล์ประสาทเนื้อเยื่อ สภาพอารมณ์ที่ถูกนิโคตินรวมถึงสารพิษอื่น ๆ ของบุหรี่ที่ทำลายไปกลับคืนสู่สภาพที่สามารถกลับไปใช้งานได้อย่างเป็นปกติได้” ดังนั้น หลักศีลภาวนาที่เกิดขึ้นจากกระบวนการการฝึกกรรมฐานและสมาธิร่วมกับการลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ซึ่งจะสามารถช่วยในการปรับสภาพร่างกายให้กลับมาสมบูรณ์แข็งแรงอย่างเห็นผลได้จริง

2.2 ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ศีลภาวนา)

2.2.1 การฝึกปฏิบัติตามศีล 5 อย่างเคร่งครัด เป็นแนวทางการส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่เห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัดในข้อควรละเว้น โดยรองอธิการบดีวิทยาเขตเชียงใหม่ ได้แสดงข้อวินิจฉัยถึงหลักศีล 5 ไว้ว่า “หลักพุทธธรรมของศีล 5 มีส่วนสอดคล้องต่อหลักประเพณีให้ถึงความดี ซึ่งจะสามารถกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติด้วยปัญญาตามการละเว้นในข้อ 5 คือ การละเว้นสุรายาเสพติดต่าง ๆ จนกระทั่งสามารถปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้ห่างไกลจากอบายมุขและสามารถสร้างสภาพจิตใจที่เข้มแข็งเพื่อการลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ได้” และนิสิตที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาภาษาอังกฤษ ได้อธิบายว่า

“การรักษาศีล 5 ยังสามารถทำให้เกิดการควบคุมตนเอง ทั้งการตระหนักถึงการสูบบุหรี่ที่เป็นโทษด้านสร้างความเดือดร้อนให้แก่ตนเองและผู้อื่น ศีล 5 ยังเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้บุคคลเกิดจริยธรรมในการดำเนินชีวิตสามารถดำรงตนอยู่ด้วยดีในสังคม ซึ่งการทดลองปฏิบัติในขั้นแรก อาจจะใช้การลดสูบบุหรี่เพื่อทำให้ร่างกาย และจิตใจสามารถปรับสภาพได้และพร้อมที่จะฝึกปฏิบัติอย่างเคร่งครัดในการลด ละ เลิกการสูบบุหรี่เป็นลำดับ ๆ ไป” ดังนั้น การฝึกปฏิบัติตามศีล 5 อย่างเคร่งครัด จึงเป็นวิถีทางของการยึดหลักจริยธรรมในการดูแลตนเองควบคู่ไปกับการรักษาศีล อันเป็นวิถีทางเพื่อการขจัดปัญหาและโทษที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ซึ่งเป็นสารเสพติดได้

2.2.2 การประพடுத்தินให้เป็นแบบอย่างที่ดี เป็นการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้วยการใช้ต้นแบบที่ดีในการปฏิบัติตน โดยนิสิตที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาสังคมศึกษา ได้กล่าวถึงการเป็นแบบอย่างที่ดีของพระสงฆ์ว่า “พระสงฆ์ที่ดำรงตนอยู่ในหลักปฏิบัติและการดำรงอยู่ในวินัยอย่างเคร่งครัด ควบคู่กับการใช้หลักพุทธธรรมในพระวินัยปิฎกเพื่อตั้งตนให้มีความประพฤติอยู่ในระเบียบของศีลธรรม ถือเป็นผู้ควรค่าแก่การบูชาและเป็นแบบอย่างที่ดีในการดำเนินชีวิต อย่างเช่น การที่พระสงฆ์ประพடுத்தินไม่สูบบุหรี่ เมื่อภิกษุสามเณรและพุทธศาสนิกชนได้เห็นหรือรับรู้ ก็จะทำให้เคารพเลื่อมใสศรัทธาและปฏิบัติตนอย่างพระสงฆ์รูปนั้น เป็นต้น” ซึ่งนอกจากพระสงฆ์จะเป็นต้นแบบแห่งผู้ดำรงอยู่ในกรอบของศีลหรือปฏิบัติตนตามกฎของพระวินัยที่ตั้งมาแล้ว นักวิชาการศึกษากลุ่มงานบริการการศึกษา ได้วิเคราะห์ถึงหลักการประพடுத்தินให้เป็นแบบอย่างที่ดีของผู้ที่อยู่ใกล้ชิดว่า “การมีครอบครัวที่ไม่สูบบุหรี่หรือดื่มเหล้า ก็ถือเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งในการที่ทำให้ผู้อยู่ใกล้ชิดไม่สูบบุหรี่ได้ เพราะการมีแบบอย่างที่ดีจะสามารถทำให้เห็นผลลัพธ์ทั้งข้อดีและข้อเสียของการไม่สูบบุหรี่หรือการเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับอบายมุข ทั้งครอบครัวหรือเพื่อนยังเป็นสาเหตุแรกเริ่มของการที่ผู้สูบบุหรี่หันไปเริ่มสูบบุหรี่กระทั่งติดเป็นนิสัยอีกด้วย” ดังนั้น การประพடுத்தินให้เป็นแบบอย่างที่ดีจึงเป็นวิถีทางของการสร้างต้นแบบอันเป็นแบบอย่างด้านความประพฤติและการปฏิบัติให้ห่างไกลจากอบายมุข และการสร้างแรงบันดาลใจด้วยการยึดแบบอย่างของบุคคลที่ควรค่าแก่การเคารพศรัทธาเป็นต้นแบบ

2.3 ด้านจิตใจ (จิตตภาวนา)

2.3.1 การฝึกปรับใจยอมรับผลกระทบที่เกิดขึ้น เป็นแนวทางการยอมรับผลกระทบของการเลิกสูบบุหรี่ต่อร่างกายและจิตใจ โดยนักวิชาการศึกษากลุ่มวางแผนวิชาการ ได้อธิบายว่า “หลักแนวคิดด้านจิตตภาวนาจะสามารถส่งเสริมให้เกิดความรู้และเข้าใจด้วยการจุดประกายความคิดให้มองเห็นความสำคัญของตนเอง และสร้างความเข้มแข็งให้แก่สภาพจิตใจ ด้วยเหตุผลที่ว่า การสูบบุหรี่สร้างพฤติกรรมของการติดสารนิโคตินเพื่อกระตุ้นสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้เกิดความสุขในสภาวะใดสภาวะหนึ่งที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจ” และนิสิตที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาพุทธศิลปกรรม ได้วิเคราะห์ถึงการฝึกปรับใจยอมรับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ไว้ว่า “การหยุดสูบบุหรี่จะเกิดผลกระทบทางอารมณ์และสภาพจิตใจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นสิ่งสำคัญของการลดบุหรี่คือการรู้จักหักห้ามใจ และการยอมรับความจริงว่าจะต้องเลิกบางสิ่งที่ไม่เกิดประโยชน์ต่อตนเองโดยไม่มีข้ออ้างหรือข้อแม้ใด ๆ โดยวิธีการฝึกปรับใจยอมรับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเลิกสูบ

บุหรีควรดำเนินควบคู่ไปกับกิจกรรมที่สามารถทำให้ตนเองเกิดสมาธิกระทั่งควบคุมสภาพจิตใจของตนเองได้ เช่น การวาดภาพ การระบายสี การสร้างสรรค์ผลงานทางศิลปะ เป็นต้น” ดังนั้น แนวทางการการฝึกปรับใจ ยอมรับผลกระทบที่เกิดขึ้นคือการสร้างเงื่อนไขอย่างใดอย่างหนึ่งให้ผู้สูบบุหรีเห็นความสำคัญหรือสิ่งที่ดีในตนเอง เช่น การใช้เงื่อนไขด้านความสามารถในตนเองด้านการสร้างสรรค์ และการทำประโยชน์ในทางใดทางหนึ่ง เพื่อการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์สูงสุดและห่างไกลจากบุหรีนั่นเอง

2.3.2 การใช้สิ่งแวดลอมเป็นแรงจูงใจ เป็นการส่งเสริมศักยภาพทางสังคมเพื่อจูงใจให้แก่ ผู้ที่ต้องการลด ละ เลิกบุหรี โดยนิสิตที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี สาขารัฐประศาสนศาสตร์ ได้แสดงความคิดเห็นว่า “ในกรณีของ มจร เชียงใหม่ คณาจารย์ภายในมหาวิทยาลัยฯ ควรมีความเข้าใจทั้งดูแลเอาใจใส่ในนิสิตของตน เป็นพิเศษด้านการให้คำปรึกษาแก่นิสิตในทุก ๆ เรื่อง เพื่อการส่งเสริมสภาพจิตใจของนิสิตหรือผู้สูบบุหรีที่ต้อง ลด ละ เลิกการสูบบุหรี” นิสิตที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาภาษาบาลี ได้อธิบายเพิ่มเติมว่า “การใช้ สิ่งแวดลอมเป็นแรงจูงใจเพื่อปรับสภาพจิตใจของผู้ที่ต้องการลด ละ เลิกการสูบบุหรี คือการอาศัยทุกภาคส่วน ทางสังคมมาขับเคลื่อนให้เกิดแรงกระตุ้นด้านสภาพจิตใจหรือสภาวะภายในของตัวผู้สูบบุหรี การให้ความรู้ และ สนับสนุนการให้กำลังใจแก่ผู้ติดบุหรี การเฝ้าระวังรักษา เป็นต้น ซึ่งการใช้แรงจูงใจทางสังคมจะทำให้ผู้ที่อยากเลิกสูบบุหรี มีที่พึ่งพิงทางจิตใจและกลับเข้าสู่สังคมได้อย่างปกติสุข” ดังนั้นการใช้สภาพแวดลอมเพื่อสร้างแรงจูงใจจึงเป็น ความร่วมมือในกลุ่มสังคมของผู้ที่ต้องการลด ละ เลิกการสูบบุหรีได้รับการดูแลเฝ้าระวัง ให้คำปรึกษาและเป็นที่พึ่งพิงทางจิตใจเพื่อการบรรลุถึงเป้าหมายของการเลิกสูบบุหรี

2.4 ด้านปัญญา (ปัญญาภาวนา)

2.4.1 การประยุกต์ใช้หลักธรรมเพื่อบรรเทาภาวะความเครียด เป็นแนวทางส่งเสริม การใช้สติปัญญาในหลักธรรมอย่างจริงจังเพื่อให้เข้าใจถึงความทุกข์จากการสูบบุหรี โดยอาจารย์ประจำสาขาวิชาปรัชญา ได้วิเคราะห์ให้เห็นถึงหลักพุทธจริยศาสตร์ว่า “หลักธรรม คือ แนวคิดและเป็นแนวทางด้านจริยศาสตร์ที่ส่งเสริมให้ บุคคลเกิดสติปัญญา ซึ่งปัญญาภาวนา สามารถจัดเข้าหมวดญาณวิทยาหรือการสร้างความรู้ความเข้าใจ เช่น การตั้งคำถามในปัญหาและความทุกข์ด้านสุขภาพของผู้สูบบุหรีว่าอะไรคือสาเหตุของการเริ่มสูบ การหยุดสูบ จะส่งผลอย่างไร อะไรคือแรงจูงใจในการหยุดสูบ และผลของการหยุดสูบจะละความเครียดทำให้เกิดความสุขได้อย่างไร” ซึ่งอาจารย์ประจำสาขาวิชาพุทธศาสนาได้อธิบายเพิ่มเติมว่า “ผู้ที่ต้องการลด ละ เลิกการสูบบุหรีควรใช้ปัญญา พิจารณาเพื่อตระหนักรู้ถึงความละเอียดแฉะใจที่ได้กระทำความผิดบาปต่อร่างกายของตนเองและบุคคลรอบข้าง และ การใช้หลักปัญญาภาวนา นอกจากจะสามารถทำให้เข้าใจถึงกระบวนการอันเป็นแนวทางในการเริ่มต้นลด พฤติกรรมของการสูบบุหรีและพฤติกรรมอื่น ๆ ที่ไม่เกิดประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น และการใช้หลักปัญญาภาวนา ยังทำให้เกิดเป็นความสุขในปัจจุบัน เกิดสติสัมปชัญญะ ทำให้จิตใจสงบสงัดจากกามและอกุศลธรรม สามารถระงับ ดับความตึงเครียดได้ทุกสถานการณ์ เอื้อให้มีสภาวะจิตที่ดีงาม มีคุณธรรม เรียบง่าย สันโดษ และเสียสละ ต่อส่วนรวม” ดังนั้น สภาวะความความเครียดที่เกิดจากการลด ละ เลิกการสูบบุหรี คือ การประยุกต์แนวคิด

ปัญญาวานาโดยตั้งคำถามและหาคำตอบถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ และการใช้ปัญญาวานาในการเกรงกลัวหรือละอายต่อบาปที่ได้ทำร้ายตนเองและคนรอบข้าง

2.4.2 การใช้แรงบันดาลใจเชิงสร้างสรรค์ เป็นการส่งเสริมความคิดและการกระทำในด้านดีด้วยหลักพุทธธรรม โดยนิสิตที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาปรัชญา ได้วิเคราะห์แรงบันดาลใจเชิงสร้างสรรค์ว่า “การสร้างแรงบันดาลใจเชิงสร้างสรรค์ ไม่จำเป็นจะต้องสร้างสรรค์ผลงานศิลปะที่ยิ่งใหญ่อลังการ แต่เป็นการปรับเปลี่ยนวิถีคิดและการกระทำด้วยการวิเคราะห์ถึงคุณค่าที่เกิดขึ้นจากการลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ เช่น การสร้างสรรค์รูปแบบการดำเนินชีวิตให้ห่างไกลจากบุหรี่ด้วยปัญญาญาณหรือการบรรลุแจ้งเห็นจริงด้วยวิสัยของมนุษย์ที่เกิดมาอย่างมีคุณค่าทั้งด้านร่างกายและสติปัญญา ซึ่งการสร้างสรรค์ในที่นี้อาจเป็นการเขียนบรรยายโดยการสร้างสรรค์เป็นวรรณกรรมถึงกระบวนการในการเริ่มต้นการเลิกสูบบุหรี่จนถึงขั้นการเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างสมบูรณ์แบบ และการไม่กลับไปสูบบุหรี่อีกว่ามีที่มาที่ไปของการลด ละ เลิกด้วยปัญญาอย่างไรและใช้วิธีการใด” และรองอธิการบดีวิทยาเขตเชียงใหม่ ได้อธิบายเสริมถึงเหตุแห่งการใช้แรงบันดาลใจเชิงสร้างสรรค์ไว้ว่า “ตนเองเปรียบเสมือนศูนย์รวมของจักรวาล เป็นปัจเจกบุคคลที่เกิดจากความคิดดี ๆ มีชีวิตชีวา มีความคิดสร้างสรรค์ มีความมั่นใจในความต้องการทำบางสิ่ง มีการรู้สึกตัว ซึ่งแรงบันดาลใจในการสร้างสรรค์ตนเองให้ปลอดภัยจากอบายมุขต่าง ๆ ถือเป็นคุณประโยชน์ทั้งปัจจุบันชาติ เป็นประโยชน์ในชาติหน้า และเป็นประโยชน์สูงสุดแห่งการบรรลุธรรม โดยการดูแลรักษาร่างกายให้รอดพ้นจากโรคร้ายไข้เจ็บก็ควรมีวิธีการที่สร้างสรรค์ที่แปลกแยกออกไปจากพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค การสร้างสรรค์ในที่นี้จึงเปรียบเสมือนความสุขความสมหวังที่ได้ขึ้นสวรรค์ชั้นใดชั้นหนึ่งจากสถานะของการกระทำทั้งดีความอยากอันเป็นกิเลสอย่างหนาที่ไม่สูบบุหรี่ออกไปจากการดำเนินชีวิตนั่นเอง” ดังนั้น การใช้แรงบันดาลใจเชิงสร้างสรรค์เพื่อการลด ละ เลิกการสูบบุหรี่จึงไม่ใช่การสร้างสรรค์โดยการสร้างผลงานศิลปะแบบวาดเขียน แต่เป็นการใช้ปัญญาที่ได้กะเทาะเอากิเลส ตัณหา และราคะเพื่อเกิดเป็นแรงบันดาลใจในการผลักดันให้เกิดผลสำเร็จอย่างใดอย่างหนึ่งของการกระทำ

การอภิปรายผล

แนวทางการลด ละ เลิก บุหรี่ ตามหลักพุทธธรรม สามารถอธิบายได้ดังนี้

ด้านกาย ควรฝึกอบรมกายภายนอกในทางที่เป็นคุณร่วมกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เพื่อการสร้างความสุขของร่างกายในขณะที่กำลังลด ละ หรือเลิกการสูบบุหรี่ เพราะสาเหตุความเครียดหรือปัจจัยอื่น ๆ ของบุหรี่มีผลต่อร่างกายและความรู้สึก การใช้หลักกายภาวนาร่วมกับวิธีการอยู่ให้ห่างจากบุหรี่ และการหันไปดูแลร่างกายตนเองโดยออกกำลังกายจะส่งผลดีต่อกระบวนการในการลด ละ เลิก พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทั้งยังก่อให้เกิดประโยชน์ด้านสุขภาพร่างกายรวมถึงด้านอื่น ๆ ของตนเองอีกด้วย (พระครูวิสุทธิธรรมวิเทศ กนตมโม, 2564) ดังนั้นการทำกิจกรรมสันทนาการต่าง ๆ เหล่านั้น ควรมีการใช้ร่างกายทุกส่วนอย่างสมดุล เกิดประโยชน์ทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อตนเองและสังคม เช่น การเก็บกวาดขยะ หรือการช่วยเหลือกิจกรรมอื่น ๆ

ของมหาวิทยาลัยฯ วัดและชุมชน ซึ่งการกระทำดังกล่าวสอดคล้องต่อข้อคิดเห็นของชมาพร รักจรรยาบรรณ (2559) ที่กล่าวว่า การดูแลตัวเองทั้งมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ถูกต้องตามมาตรฐาน จะทำให้ร่างกายแข็งแรง และการสร้างสรรค์กิจกรรมที่ดีในสังคมจะเป็นการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นกุศลซึ่งเป็นพื้นฐานแห่งการเกิดปัญญา

ด้านศีลภาวนา หลักการสำหรับการปฏิบัติหรือยึดเหนี่ยวให้ผู้สูบบุหรี่สามารถลด ละ เลิกบุหรี่ได้ คือ การละเว้นและการควบคุมตนเองด้วยระเบียบวินัยเพื่อไม่ให้เสี่ยงกับการถูกชักจูงและการชักชวนจากผู้สูบบุหรี่ ดังนั้นจึงควรใช้แนวทางการอยู่ในศีลหรือข้อละเว้นตามหลักของศีล 5 เพื่อให้มีสติในการครองตน ศีลมีข้อดีในการลด ละ เลิกบุหรี่ คือ เป็นการสร้างเกณฑ์กติกากระทั่งเกิดเป็นบรรทัดฐานที่ดำรงในการอยู่ร่วมกัน และกรณีของศีล 5 ยังสามารถกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติให้เกิดปัญญา กระทั่งสามารถมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็งในการลด ละ เลิก บุหรี่ได้ (พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), 2564) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของพระครูสิริปัญญาญโยค (ปัญญา ภูมालา) (2561) ที่กล่าวว่า การรักษาศีลจะสามารถทำให้เกิดสมาธิในการควบคุมตนเอง เป็นการเสริมสร้างสุขภาพทางสังคม ไม่สร้างความเดือดร้อนให้แก่ตนเองและผู้อื่น ทำให้ตระหนักถึงจริยธรรมในการการดำเนินชีวิต สามารถดำรงตนอยู่ด้วยดีในสังคม เป็นแบบอย่างเพื่อชักนำสังคมสู่ความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันได้

ด้านจิตตภาวนา ในการพัฒนาสมาธิจิตใจของผู้ที่กำลัง ลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ ควรพยายามใช้หลักธรรม จิตตะหักห้ามใจตัวเองร่วมกับหลักวิมิงสาพยายามหมั่นทบทวนตัวเอง ให้กำลังใจตัวเองอยู่เสมอในการตั้งอยู่ในสัจจะ เพื่อให้เป้าหมายที่มุ่งหวังเพื่อการลด ละ เลิก บุหรี่ให้สำเร็จ เพราะในกระบวนการเลิกบุหรี่ สภาพจิตใจ ถือว่ามีผลต่ออารมณ์กับระเบียบวินัยของผู้เริ่มในการหยุดสูบบุหรี่ และผู้ที่กำลังลด ละ เลิกพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่ และการได้รับคำแนะนำอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสุขภาพทางจิตใจในผู้ลด ละ เลิกบุหรี่ของ ญัฐกานต์ จุลจันทน์โพธิ์ และคณะ (2563) ที่กล่าวว่า ควรอาศัยทุกภาคส่วนมาเป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิดแรงกระตุ้นภายในของตัวผู้สูบบุหรี่ เพื่อเสริมสร้างกำลังใจในการลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ให้ได้

แนวทางการส่งเสริมสภาพจิตใจหรือแรงจูงใจ โดย Thrash & Elliot (2003) วิเคราะห์ว่า สภาพจิตใจหรือแรงจูงใจมีลักษณะเป็นเหตุผล เป็นไปตามที่ผู้จูงใจหรือสิ่งจูงใจกำหนดมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ ซึ่งการส่งเสริมกำลังใจเกิดได้หลายวิธี อาทิเช่น การไม่หมกมุ่นอยู่กับอบายมุข การใช้เวลาวางให้เกิดประโยชน์ การเลือกกลายนิมิตร การอยู่ในสถานที่หรือสิ่งแวดล้อมที่ดี และพลังใจจากคนรอบข้างมีความสำคัญต่อการลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ เพราะผู้ที่สูบบุหรี่คือผู้ป่วยที่ต้องการพลังจิตและแรงใจ ดังนั้นการมีสุขภาพจิตที่ดีเป็นความสามารถในการกลับคืนสภาพเดิม สามารถฟื้นฟูพลัง เกิดความเข้มแข็งทางจิตใจ และสามารถเอาชนะปัญหาอุปสรรคของชีวิตได้ ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ นอกจากกำลังใจของตนเองแล้ว กำลังใจจากบุคคลรอบข้างและสังคมก็ถือว่าสำคัญเช่นกัน

ด้านปัญญาภาวนา การเข้าใจถึงสภาพปัญหาในพิสัยของการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ด้วยความรู้ความเข้าใจ และสติปัญญาสามารถทำให้ผู้สูบบุหรี่ลด ละ เลิกบุหรี่ได้ โดยพระครูวิสุทธรณดิตถ์ กนตธมโม (2564) ได้วิเคราะห์ว่า การพัฒนาด้านปัญญาเป็นการฝึกอบรมปัญญาเพื่อสร้างความรู้ ความคิด ความเข้าใจ แก้ปัญหา

ด้วยปัญญา ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดของพระครูสิริปัญญาโนค (ปัญญา ภูมาลา) (2561) ที่กล่าวว่า ปัญญาจะเอื้อให้ผู้คนมีความสงบ มีคุณธรรม มีปัญญารู้เท่าทันโลก ลดละความหลงใหลยึดติดในวัตถุ ดังนั้นจึงถือได้ว่าการส่งเสริมให้ผู้ที่ดีบุหรืเกิดความตระหนักรู้ด้วยสติปัญญาจะเป็นการจุดประกายพฤติกรรมการลด ละ กระทั่งเลิกสูบบุหรืทุกชนิดได้

แนวทางการลด ละ เลิกการสูบบุหรืด้วยปัญญาภาวนา ควรมีการพูดคุยเชิงลึก การมุ่งเน้นพุ่งเป้าไปที่กระบวนการต่าง ๆ ของการลด ละ เลิกพฤติกรรมกาสูบบุหรื ด้วยการสร้างจิตสำนึกที่ดีในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน และสอดคล้องกับแนวคิดของพระธรรมปิฎก (ประยุทธิ์ ปยุตฺโต) (2539) ที่ว่า การพัฒนาการรู้จักคิดจะนำไปสู่จุดหมายในการแก้ปัญหาโดยสร้างสรรค์ เป็นการดำเนินชีวิตด้วยการใช้สติปัญญาอย่างแท้จริง และพระไตรปิฎกฉบับมหาจุฬาฯ (2566) อธิบายถึงหลักการพุทธิปัญญา ไว้ว่า ปัญญาภาวนาจะทำให้เกิดเป็นความสุขในปัจจุบัน เกิดสติสัมปชัญญะ ทำให้จิตใจสงบสงัดจากกามและอกุศลธรรม สามารถระงับดับความตึงเครียดได้ทุกสถานการณ์ ดังนั้น ปัญญาภาวนา นอกจากจะเป็นหลักการในกระบวนการลด ละ เลิกการสูบบุหรืแล้วยังสามารถเป็นหลักที่นำไปประยุกต์ใช้กับการแก้ไขปัญหาระหว่างอื่น ๆ ในชีวิตได้อีกด้วย

ดังนั้นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพตามหลักพุทธธรรม (ภาวนา 4) ประกอบด้วยประเด็น ดังนี้

1. ด้านการส่งเสริมและดูแลสุขภาพร่างกาย (กายภาวนา) เป็นกิจกรรมสำคัญต้องได้รับการส่งเสริม และสนับสนุนจากบุคลากรของมหาวิทยาลัย โรงพยาบาล วัด คณะสงฆ์และชุมชน เพื่อร่วมมือกันขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพ ได้แก่ 1) การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านหรือสถานที่ทำงานให้เกิดความร่มรื่นและเอื้ออำนวยต่อการทำกิจกรรมหรือทำงานอย่างเป็นระเบียบเรียบร้อย เพื่อลดความอึดอัดและภาวะความเครียดจากสิ่งแวดล้อม 2) ส่งเสริมการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาที่เหมาะสมอยู่เป็นประจำทั้งในสถานที่ทำงานหรือในวัด เพื่อผ่อนคลาย และสร้างความสมดุลให้แก่ร่างกาย 3) ส่งเสริมและสนับสนุนให้นิสิตปรับอิริยาบถในการดำเนินชีวิตให้มีความสมดุล เพื่อลดภาวะความเครียดทางร่างกายและจิตใจ โดยอาจเปลี่ยนอิริยาบถการทำงานหรือการเรียน ทุก ๆ ชั่วโมง 4) ทำบันทึกความร่วมมือด้านการรักษาและบำบัดทางการแพทย์หรือแพทย์ทางเลือก โดยความร่วมมือของคณะสงฆ์บุคลากรทางการแพทย์และองค์กรชุมชน เช่น ทีมสมุณไพรบำรุงสุขภาพ การอบสมุณไพร การปรึกษาจิตแพทย์ 5) สนับสนุนโครงการและกิจกรรมสันตนาการหรือกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ภายในมหาวิทยาลัย บริเวณวัดหรือชุมชน

2. ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ศีลภาวนา) หรือการมีระเบียบวินัยในการดำเนินชีวิตที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเสริมสร้างองค์ความรู้เพื่อการมีสุขภาพที่ดี ได้แก่ 1) จัดกิจกรรมตั้งสัจจอธิษฐานโดยอาศัยหลักธรรมหรือกัลยาณมิตรเป็นแรงบันดาลใจเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การลด ละ เลิกบุหรื 2) ส่งเสริมการประชุมอบรม สัมมนา และ/หรือเสวนาด้านสุขภาพเพื่อการลด ละ เลิก การสูบบุหรืร่วมกับคณะ มหาวิทยาลัย วัด หรือชุมชนในวันพระ 3) การส่งเสริม ยกย่อง และ/หรือให้รางวัลแก่บุคคลผู้เป็นแบบอย่างที่ดีของการลด ละ เลิกการสูบบุหรื โดยความร่วมมือของมหาวิทยาลัย วัด หรือชุมชน

3. ด้านการพัฒนาจิตใจ (จิตตภาวนา) หรือฝึกฝนอบรมจิตใจให้มีความเข้มแข็งและมีความเข้าใจคุณค่าและความจริงของชีวิตที่ต้องอาศัยกระบวนการต่าง ๆ เช่น การสนทนา เสวนา สานเสวนาร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับผลกระทบจากบุหรืที่มีต่อสุขภาพและสังคมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง การเข้าร่วมกิจกรรมทางพระพุทธศาสนาเนื่องในวันสำคัญหรือกิจกรรมประเพณีวัฒนธรรมท้องถิ่น การให้คำปรึกษา และเยี่ยมให้กำลังใจโดยความร่วมมือของมหาวิทยาลัย คณะสงฆ์ ชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ และ/หรือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

4. ด้านการพัฒนาปัญญา (ปัญญาภาวนา) การเรียนรู้และทำความเข้าใจคุณค่าชีวิตและสุขภาพเพื่อส่งเสริมความตระหนักรู้และความเข้าใจผลกระทบของบุหรืที่มีต่อชีวิตและสังคมทั้งในระบบการศึกษาและการศึกษาตามอัธยาศัย โดยอาศัยข้อมูลทางการแพทย์และหลักพุทธธรรมที่เกี่ยวข้องมาบูรณาการเพื่อแก้ปัญหาการสูบบุหรืหรือสร้างความสมดุลให้แก่ชีวิตและสังคม ตลอดจนสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข และเป็นแบบอย่างที่ดีแก่สังคม

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

นักศึกษา มจร.และบุคคลทั่วไปสามารถนำไปปรับใช้ในการดำรงชีวิต โดยการประยุกต์หลักพุทธธรรมภาวนา 4 ได้แก่ การดูแลรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง การดำรงตนอยู่ในข้อวินัยแห่งศีลหรือการละเว้นอบายมุขหรือสิ่งที่ทำร้ายร่างกายและจิตใจ การรักษาสภาพจิตใจให้เข้มแข็งด้วยการมีสติรู้สึกตัวอยู่ตลอดเวลา และการใช้ปัญญาพิจารณาถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการสูบบุหรื

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมบำบัดรักษาการเลิกสูบบุหรืสำหรับพระสงฆ์ โดยความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัย คณะสงฆ์ กับบุคลากรทางการแพทย์

เอกสารอ้างอิง

- ณัฐกานต์ จุลจันทน์โพธิ์ และคณะ. (2563). การพัฒนารูปแบบ ลด ละ เลิก บุหรื ในชุมชน กรณีศึกษา หมู่ 7 บ้านแก่นเท่า ตำบลบ้านฝาง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2566 จาก <http://gishealth.moph.go.th/healthmap/work.php?maincode=15011>.
- พระครูวิรุฬสุวรรณดิษฐ์ กนตธมโม. (2564). พระพุทธศาสนากับการพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวม. รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ ๗ วิทยาลัยสงฆ์ลำพูน: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

- พระครูสิริปัญญาโยค (ปัญญา ภูมालา). (2561). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะทางสังคมของพระสงฆ์ฆาธิการในสังคมไทย. ปรินญาพุทธศาสตร์ฉบับบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- พระไตรปิฎกฉบับมหาจุฬาฯ. (2566). พระไตรปิฎกเล่มที่ 21 พระสุตตันตปิฎกเล่มที่ 13 [ฉบับมหาจุฬาฯ] อังคุตตรนิกาย จตุกกนิบาต. สืบค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2566 จาก https://84000.org/tipitaka/read/m_siri.php?B=21&siri=41.
- พระธรรมปิฎก (ประยุทธ์ ปยุตโต). (2539). การศึกษาเพื่ออารยธรรมที่ยั่งยืน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: มูลนิธิพุทธธรรม.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต). (2564). พุทธธรรม (ฉบับเดิม). พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: บริษัท เอส. อาร์. พรินเตอร์ แมส โปรดัคส์ จำกัด.
- พระมหาสุเทพ สุปณฺธิโต (ผิวเผือด). (2560). แนวทางการจัดการปัญหาบุหรี่ยาเสพติดในมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 20(20), 102.
- พระสุทิน จกกวโร (ราชวัฒน์). (2562). การประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาวะของชุมชนบ้านหนองบัวอำเภอบางบาล จังหวัดร้อยเอ็ด. ปรินญาพุทธศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- รัชตะ รอสุนเนิน และคณะ. (2564). แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่. วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา, 15(2), 365-366.
- ขมาพร รักจรรยาบรรณ. (2559). สรรสาระองค์การสุขภาวะ แนวคิดและกรณีตัวอย่าง: องค์การสุขภาพดี (Happy Body). กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ. ลีฟวิ่ง.
- Cortés-Rodríguez, M., Galindo-Villardón, P., Sánchez-Barba, M., Jarauta-Bragulat, E., & Urchaga-Litago, J. D. (2023). Analysis of psychological well-being from a compositional data analysis perspective: A new approach. *Behavioral Sciences (Basel, Switzerland)*, 13(11), 926. <https://doi.org/10.3390/bs13110926>
- Le Foll, B. et al., (2022). Tobacco and nicotine use. *Nature Reviews. Disease Primers*, 8(1), 19. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00346-w>
- Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10-28. <https://doi.org/10.1159/000353263>
- Thrash, T. M., & Elliot, A. J. (2003). Inspiration as a psychological construct. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 871-889. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.871>

การรับรู้ด้านสุขภาพและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

Health Perception and Medication Adherence of Older Adults with Uncontrolled Hypertension

อรรรัตน์ หวังประดิษฐ์^{1*}, ชลาลัย โชคดีศรีจันทร์², สมสมัย ทัพนันท์³, ศิริขวัญ โพธิ์แจ้ง³, จารุวรรณ สุรัสโม³
Orarat Wangpradit^{1*}, Chalalai Chokdeesrijun², Somsamai Tupnunt³, Sirikwan Pojeang³, Charuwan Surusmo³

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข^{1*},

วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข²,

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอนเกาะกา อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา³

Sirindhorn College of Public Health Chonburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok institute,

Ministry of Public Health^{1*}, Abhaibhubejhr College of Thai Traditional Medicine, Prachinburi,

Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok institute, Ministry of Public Health²,

Don Ko Ka Sub-district Health Promoting Hospital, Bang Nam Priao, Chachoengsao³

(Received: January 31, 2024; Revised: March 18, 2024; Accepted: June 13, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพ ความร่วมมือในการใช้ยา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลตอนเกาะกา อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 85 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้สูงอายุที่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาจำนวน 20 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง และแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างเกี่ยวกับการรับรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติไค-สแควร์ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา 3 อันดับแรก ได้แก่ การไม่มาพบแพทย์ตามนัด การลืมรับประทานยา และการรับประทานยาไม่ตรงเวลา ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.68, S.D. = 0.36) เพศมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนขนาดยาตามความต้องการของตนเอง (p -value < 0.05) อายุมีความสัมพันธ์กับการไม่มาพบแพทย์ตามนัด (p -value < 0.05) และระยะเวลาที่ป่วยมีความสัมพันธ์กับการไม่มาพบแพทย์ตามนัด (p -value < 0.05) และการขาดยาเนื่องจากไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัด (p -value < 0.05) ดังนั้นบุคลากรสุขภาพควรคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา และสถานบริการควรจัดระบบบริการที่มีเภสัชกรร่วมให้คำปรึกษาและให้ความรู้เรื่องยาในสถานพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ: ความร่วมมือในการใช้ยา, การรับรู้ด้านสุขภาพ, ความดันโลหิตสูง, ผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ อรรรัตน์ หวังประดิษฐ์ e-mail: orarat@scphc.ac.th

Abstract

The objectives of this mixe-method research were to explore health perception, medication adherence, and factors associated with medication adherence among uncontrolled hypertensive older adults in Don Ko Ka Subdistrict, Bang Nam Priao District, Chachoengsao Province. Quantitative data was collected from 85 older adults aged 60 years and over with uncontrolled hypertension, selected by purposive sampling. Qualitative data was collected through in-depth interviews with 20 older adults having medication non-adherence issues. Research instruments included a general information questionnaire, a health perception questionnaire, a medication adherence for hypertension questionnaire, and a semi-structured interview on health perception. Quantitative data was analyzed using descriptive statistics and the chi-square test, while qualitative data was analyzed using content analysis.

The results revealed that the top three medication non-adherence problems were missing doctor appointments, forgetting to take medicines, and not taking medicines on time. Older adults had an overall high level of health perception (Mean = 3.68, S.D. = 0.36). Gender was associated with self-adjusting medication doses ($p\text{-value} < 0.05$). Age was associated with missing doctor appointments ($p\text{-value} < 0.05$). The duration of illness was associated with missing doctor appointments ($p\text{-value} < 0.05$) and medication non-adherence due to missed appointments ($p\text{-value} < 0.05$). Therefore, healthcare personnel should consider personal factors associated with medication adherence. Also, healthcare facilities should provide a pharmacist counseling system and regular medication education at the hospital.

Keywords: Medication Adherence, Health Perception, Hypertension, Older Adults

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ มีสาเหตุมาจากการเสื่อมของหลอดเลือดแดง ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งและสูญเสียความยืดหยุ่นของหลอดเลือด (Musini, Tejani, Bassett, Puil,& Wright, 2019) ร่วมกับการขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมและไขมันสูง ความเครียด ความวิตกกังวล เป็นต้น ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น การมีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ไตวายเรื้อรัง จอประสาทตาเสื่อม สมองเสื่อม หลอดเลือดสมองตีบตันหรือเลือดออกในสมอง หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองหรืออาจเกิดการฉีกขาดของผนังหลอดเลือดจนทำให้เสียชีวิตได้ (ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์ และมัญชุมาส มัญจาวงษ์, 2564; โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2561)

การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมจึงมีความจำเป็น ทั้งในแง่ของการช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งการรักษาโรคความดันโลหิตสูงตามวิธีมาตรฐานมี 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการให้ยาลดความดันโลหิต โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ที่ควรให้ยาลดความดันโลหิตร่วมกับการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต หากยังควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

ความร่วมมือในการใช้ยา (Medical Adherence) หรือ พฤติกรรมการรับประทานยาที่สอดคล้องกับคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ (World Health Organization, 2003) จึงเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ เพื่อลดความเสี่ยงจากการเกิดโรคแทรกซ้อน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคเรื้อรังสูงที่สุด โดยมีสาเหตุจากการได้รับยาหลายขนานและการมีโรคร่วมตั้งแต่สามโรคขึ้นไป (Paisansirikul, Ketprayoon, Ittiwattanukul, & Petchlorlian, 2021) นอกจากนี้การศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดพัฒนา อำเภอมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 36.90 และปานกลางร้อยละ 23.80 โดยมีสาเหตุมาจากการลืมรับประทานยา ร้อยละ 55.40 กลัวไตวายหรืออันตรายจากยาร้อยละ 43.10 และลืมนำยาติดตัวเมื่อออกจากบ้านร้อยละ 33.80 ตามลำดับ (ชมพูนุท พัฒนจักร, 2560) ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ (ศศิธร รุ่งสว่าง, 2560) อาชีพ สถานภาพสมรสและการสนับสนุนทางสังคม (ดาไลมา สำแดงสาร, ทิพมาส ชินวงศ์ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, 2562) ทั้งนี้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ได้แก่ การกระตุ้นเตือนจากบุคคล ในครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ และการสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น และสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ (ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2560)

ในปี พ.ศ. 2566 องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ประชากรที่มีอายุระหว่าง 30-79 ปี ประมาณ 1.28 พันล้านคนป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพียงร้อยละ 21 ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (World Health Organization, 2023) สำหรับประเทศไทย ในปีงบประมาณ 2566 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 7,090,976 คน ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 4,615,969 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 65.10 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) และมีแนวโน้มควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดี คือ มีค่าความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้ายจากการตรวจที่สถานบริการสาธารณสุขในรอบปีงบประมาณ มากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

สำหรับพื้นที่อำเภอบางน้ำเปรี้ยว มีสถิติการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยเฉพาะในพื้นที่ตำบลดอนเกาะกา ที่พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ถึงร้อยละ 58.1 และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดตัวชี้วัดจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2564) นอกจากนี้จากรายงานประจำปีโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว พ.ศ. 2564 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ จำนวน 205 คน เป็นผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ถึงร้อยละ 37.83 ซึ่งมีสาเหตุมาจากการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ร้อยละ 25.9 และการขาดยา รวมถึงการขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 13.6 (โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว, 2564) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะสำรวจความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว ในพื้นที่ตำบลดอนเกาะกา อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman (1974) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ใช้อธิบายการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลหรือพฤติกรรม การปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์ ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการแก้ปัญหาและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

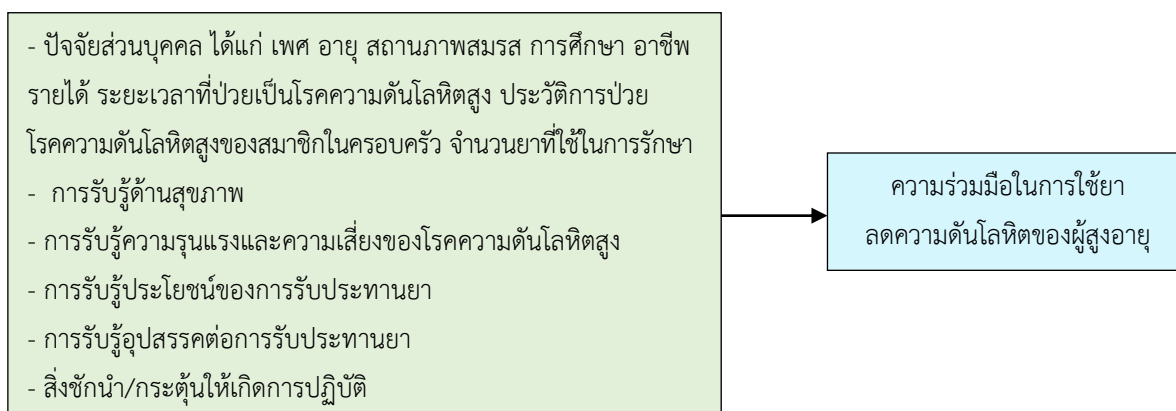
1. เพื่อศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในพื้นที่ตำบลดอนเกาะกา อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในพื้นที่ตำบลดอนเกาะกา อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการป่วยโรคความดันโลหิตสูงของสมาชิกในครอบครัว และจำนวนยาที่ใช้ในการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในพื้นที่ตำบลดอนเกาะกา อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. การรับรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้อุปสรรคต่อการรับประทานยา และสิ่งชักนำ/กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในพื้นที่ตำบลดอนเกาะกา อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ ความรุนแรงและความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้อุปสรรคต่อการรับประทานยา และสิ่งชักนำหรือกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคล ที่อาจส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้สูงอายุ ดังแสดงกรอบแนวคิดตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยผสมผสานวิธี (Mixed Method) แบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (Explanatory Sequential Design) โดยดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณก่อน แล้วใช้ผลวิจัยที่ได้คัดเลือกประเด็นปัญหาและ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ (Creswell & Plano Clark, 2018) เพื่ออธิบายสาเหตุที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่ง มีโครงสร้างสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม 2566 ถึง กุมภาพันธ์ 2567 ณ ตำบลดอนเกาะกา อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด (Essential Hypertension) และควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ คือ มีระดับความดันโลหิตขณะพัก ณ สถานพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกัน 2 ครั้ง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา โดยเข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนเกาะกา อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 108 ราย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณ คือ ประชากรทั้งหมดที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) สมรรถนะที่จะเข้าร่วมการวิจัย 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ โดยไม่มีปัญหาในการฟัง การพูด การมองเห็น 3) ไม่มีภาวะหลงลืมหรือสมองเสื่อม และ 4) สามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ มีค่า Barthel Activity of Daily Living Index (ADL) 12 คะแนนขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 85 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้สูงอายุที่ประสงค์ขอยกจากการวิจัย หรือ 2) มีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการวิจัยจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ กลุ่มตัวอย่างจากการวิจัยเชิงปริมาณที่ผ่านการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูลในแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาว่าเคยปฏิบัติอย่างน้อย 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 20 ราย เพื่อเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง เป็นเครื่องมือในการวิจัย ดังนี้

1. แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบเลือกตอบและเขียนตอบ ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการป่วยโรคความดันโลหิตสูงของสมาชิกในครอบครัว ค่าความดันโลหิต และจำนวนยาที่ใช้ในการรักษา

1.2 แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งประยุกต์จากเครื่องมือที่พัฒนาโดย วรารมย์ จิตอุทัย (2564) เป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 22 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงบวก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 4 คะแนน, เห็นด้วยปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน, เห็นด้วยน้อย เท่ากับ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วย เท่ากับ 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามเชิงลบ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน, เห็นด้วยปานกลาง เท่ากับ 2 คะแนน, เห็นด้วยน้อย เท่ากับ 3 คะแนน และไม่เห็นด้วย เท่ากับ 4 คะแนน โดยแปลผลระดับคะแนนการรับรู้ด้านสุขภาพจากค่าเฉลี่ยคะแนนแบบสอบถามแต่ละส่วน ใช้เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนน (บุญชม ศรีสะอาด, 2560) ดังนี้ 3.50-4.00 หมายถึง ระดับมาก 2.51-3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง 1.51-2.50 ระดับน้อย และ 1.00-1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

1.3 แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประยุกต์จากแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทยของ กมลชนก จงวิไลเกษม และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต (2562) เป็นคำถามปลายปิด จำนวน 11 ข้อ แบ่งระดับเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่เคยปฏิบัติ (ตั้งแต่ 1-2 ครั้งขึ้นไป) และกลุ่มที่ไม่เคยปฏิบัติ

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง โดยมีโครงสร้างคำถามที่นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ เพื่อสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในประเด็นดังต่อไปนี้ คือ การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา

สิ่งชักนำ/กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา และปัญหา/อุปสรรคในการใช้ยาลดความดันโลหิต

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง Item-Objective Congruence Index (IOC) เท่ากับ 0.89 และตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ได้เท่ากับ 0.88 และ 0.74 ตามลำดับ สำหรับแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมด้านเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน รวมถึงตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยวิธีการสามเส้าแบบต่างเวลา (Time Triangulation) โดยทวนคำถามประเด็นสำคัญซ้ำในครั้งที่สอง แล้วเลือกคำตอบที่เหมือนกัน และตรวจสอบข้อมูลสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigator Triangulation) โดยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ร่วมกัน แล้วแยกกันวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การบันทึกเสียง และการจดบันทึกในแต่ละประเด็น แล้วจึงทำการยืนยันข้อมูลที่มีความสอดคล้องกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้เวลาในการตอบประมาณ 10-15 นาที และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์รายบุคคลประมาณ 30-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการใช้ยาดัวยสถิติ Chi-Square โดยจัดกลุ่มผู้สูงอายุตามความร่วมมือในการใช้ยาเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่เคยปฏิบัติ และกลุ่มที่เคยปฏิบัติตั้งแต่ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ขึ้นไป
3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) การจัดหมวดหมู่ของข้อมูลตามประเด็นคำถาม หาความเชื่อมโยงขององค์ประกอบในแต่ละประเด็น รวมทั้งใช้แนวคิดจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนเพื่อให้เห็นภาพรวม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี เลขที่ COA.NO.2023/T06 เมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2566 ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารชี้แจง พร้อมทั้งอธิบายกระบวนการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ ก่อนลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยกลุ่มตัวอย่าง

มีอิสระในการยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อที่ต้องการ ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการศึกษาโดยไม่ระบุตัวบุคคล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลวิจัยข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จำนวน 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.18 และ เพศชาย 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.82 มีอายุเฉลี่ย 69.5 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 57.65 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 89.41 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 38.82 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 20 และอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 15.29 ตามลำดับ มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยเดือนละ 3,187.69 บาทป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ยนาน 9 ปี และส่วนใหญ่ดูแลเรื่องการใช้จ่ายด้วยตนเอง ร้อยละ 91.76

ผลวิจัยข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ประเด็นการประเมินความสามารถของตนเอง ในการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุจำนวน 20 ราย พบว่า ผู้สูงอายุ 16 ราย ให้สัมภาษณ์ว่าสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองได้ โดยเหตุผลที่ทำให้ประเมินตนเองว่าควบคุมได้ แบ่งออกเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ผู้สูงอายุจำนวน 10 ราย คิดว่าควบคุมความดันโลหิตได้เนื่องจากไม่มีอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หรือมีศีรษะเหมือนก่อนการรักษา ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีอาการดังกล่าวก่อนมาพบแพทย์ และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีเพียงส่วนน้อยที่ไม่มีอาการแต่ตรวจพบความดันโลหิตสูงเมื่อตรวจสุขภาพประจำปี หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไปตรวจวัดความดันโลหิตที่บ้านแล้วพบว่า ความดันโลหิตสูงจึงให้มาพบแพทย์

ประเด็นที่ 2 ผู้สูงอายุจำนวน 4 ราย คิดว่าควบคุมความดันโลหิตได้ เนื่องจากค่าความดันโลหิตที่ตรวจได้ดีขึ้นกว่าก่อนมารับการรักษา ทั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 2 ราย เข้าใจว่าค่าความดันโลหิตที่ควบคุมได้คือไม่เกิน 160 มิลลิเมตรปรอท และอีก 2 ราย เข้าใจว่าค่าความดันโลหิตที่ควบคุมได้คือไม่เกิน 200 มิลลิเมตรปรอท

ประเด็นที่ 3 ผู้สูงอายุจำนวน 2 ราย คิดว่าควบคุมได้เนื่องจากประเมินว่าปฏิบัติตนดีเลยไม่น่าจะมีปัญหาในการควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเอง

อย่างไรก็ดี ผู้สูงอายุทุกรายไม่สามารถบอกค่าความดันโลหิตปัจจุบันของตนเองได้ เนื่องจากจำตัวเลขไม่ได้ ในส่วนของผู้สูงอายุที่ประเมินว่าควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองไม่ได้มีจำนวน 2 ราย โดย 1 ราย ให้ข้อมูลว่าบางครั้งรู้สึกหัวใจเต้นแรง น่าจะเป็นเพราะความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น และอีก 1 ราย ให้ข้อมูลว่าคิดว่าคุมไม่ได้ เพราะเมื่อมาพบแพทย์ ต้องวัดความดันซ้ำทุกครั้ง ทั้งนี้มีผู้สูงอายุจำนวน 2 ราย ที่ไม่สามารถประเมินตนเองได้ว่าควบคุมความดันโลหิตของตนเองได้หรือไม่

2. ความร่วมมือในการใช้ยา

ผลวิจัยข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ที่พบบ่อย ได้แก่ การไม่มาพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 34.22 การลืมรับประทานยา

ร้อยละ 30.59 การรับประทานยาไม่ตรงเวลา ร้อยละ 24.71 การขาดยาเนื่องจากไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 11.76 และการหยุดรับประทานยาเอง ร้อยละ 10.59 ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละของข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

ข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยา	จำนวน (ร้อยละ)			
	ไม่เคยปฏิบัติ	เคยปฏิบัติ		
		1-2 ครั้ง/ สัปดาห์	3-4 ครั้ง/ สัปดาห์	5 ครั้งขึ้นไป/ สัปดาห์
ลืมรับประทานยา	59 (69.41)	24 (28.24)	0	2 (2.35)
หยุดรับประทานยาเอง	76 (89.41)	6 (7.06)	1 (1.18)	2 (2.35)
เปลี่ยนขนาดยาตามความต้องการของตนเอง	81 (95.29)	3 (3.53)	1 (1.18)	0
รับประทานยาไม่ตรงเวลา	64 (75.29)	21 (24.71)	0	0
รับประทานยาไม่ครบทุกชนิด	77 (90.59)	6 (7.06)	2 (2.35)	0
ลืมนำยาติดตัวไปด้วยเพื่อรับประทานระหว่างวัน	77 (90.59)	8 (9.41)	0	0
ไม่ได้รับประทานยา เพราะจำไม่ได้ว่าเก็บยาไว้ที่ใด	82 (96.47)	3 (3.53)	0	0
ซื้อยามารับประทานเอง	80 (94.12)	4 (4.71)	1 (1.18)	0
นำยาของผู้อื่นมารับประทาน	83 (97.65)	2 (2.35)	0	0
ไม่มาพบแพทย์ตามนัด (ขาดนัด หรือเลื่อนนัดแพทย์)	56 (65.88)	25 (29.41)	4 (4.71)	0
ขาดยา เนื่องจากไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัด	75 (88.24)	6 (7.06)	1 (1.18)	3 (3.53)

ผลวิจัยข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในส่วนประเด็นความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ราย สามารถวิเคราะห์ประเด็นเนื้อหาความร่วมมือในการใช้ยาได้ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การรับประทานยาตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด พบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 6 ราย ให้ข้อมูลว่าตนเองไม่เคยลืมรับประทานยา โดยให้เหตุผลว่ายาเป็นสิ่งจำเป็นหากไม่รับประทานอาจมีอันตรายต่อร่างกายได้ จึงรับประทานอย่างต่อเนื่องและจัดเตรียมยาไปด้วยทุกครั้งเมื่อต้องเดินทางไปทำธุระที่ใด

ประเด็นที่ 2 การลืมรับประทานยา พบว่า ผู้สูงอายุ จำนวน 14 ราย ให้ข้อมูลว่าตนเองลืมรับประทานยา โดยมีสาเหตุของการลืมรับประทานยา ดังนี้ สาเหตุที่ 1 ผู้สูงอายุ จำนวน 11 ราย ลืมรับประทานยา โดยเฉพาะช่วงเช้า เนื่องจากมีการกิจหลายอย่างจนทำให้เวลาล่วงเลยไปและลืมรับประทานยาในที่สุด ทั้งนี้ผู้สูงอายุจำนวน 5 ราย ระบุว่าตนเองลืมรับประทานยาเมื่อญาติเตือน จำนวน 2 ราย และอีก 3 ราย ระบุว่าเพราะมีอาการมึนศีรษะจึงนึกได้ว่าลืมรับประทานยาลดความดันโลหิต และเมื่อทราบว่าตนเองลืมรับประทานยาแล้วนั้น ผู้สูงอายุจำนวน 5 ราย จะรับประทานยาทันทีที่นึกได้ ส่วนที่เหลือจะไม่ได้รับประทานยาของมือนั้น สาเหตุที่ 2 คือ ผู้สูงอายุจำนวน 2 ราย ไม่ได้รับประทานยาเพราะไม่ได้รับประทานอาหารเช้า เนื่องด้วยยาที่ใช้เป็นยาที่ระบุ

ได้รับประทานตามมื้ออาหาร ดังนั้นหากผู้สูงอายุไม่ได้รับประทานอาหารในมื้อนั้นก็จะมีรับประทานยาไปด้วย และสาเหตุที่ 3 คือ ผู้สูงอายุจำนวน 1 ราย ให้เหตุผลว่าต้องเดินทางไปต่างพื้นที่และไม่นำยาติดตัวไปด้วย จึงทำให้ลืมรับประทานยา

ประเด็นที่ 3 การปรับขนาดยาด้วยตนเอง พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 10 ราย มีการปรับขนาดยาด้วยตนเอง โดยมีรูปแบบการปรับยา 3 ลักษณะ คือ การหยุดรับประทานยาในบางช่วง การปรับเพิ่มปริมาณยาที่ได้รับประทาน และการปรับเวลาในการรับประทานยา

3.1 การหยุดรับประทานยาในบางช่วงนั้น พบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 5 ราย หยุดรับประทานยาเนื่องจากกังวลว่าถ้ารับประทานยาต่อเนื่องนาน ๆ จะมีผลต่อไต จำนวน 2 ราย ให้ข้อมูลว่าหยุดเนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติอะไรเกิดขึ้น จึงไม่ได้รับประทานยา และจำนวน 1 ราย หยุดเนื่องจากยาหมด และยังไม่สะดวกมาพบแพทย์เพื่อรับยาต่อเนื่อง

3.2 การปรับเพิ่มปริมาณยาที่ได้รับประทาน พบว่า มีผู้สูงอายุ 1 ราย ปรับเพิ่มปริมาณยาเองเนื่องจากปริมาณยาที่แพทย์สั่งจ่าย ไม่สามารถแก้อาการมีน็ศีรษะของตนได้ จึงได้ปรับเพิ่มเป็นเท่าตัวจาก 2 เป็น 4 เม็ด ทำให้ยาหมดเร็วกว่ากำหนด ทำให้มีช่วงที่ขาดยา

3.3 การปรับเวลาในการรับประทานยา พบว่า มีผู้สูงอายุ 1 ราย ปรับเวลาการรับประทานยาลดความดันโลหิตของตนเอง โดยแพทย์ให้รับประทานในช่วงเช้า แต่ตนเองสังเกตว่าหลังรับประทานยามีอาการง่วงนอนจึงเปลี่ยนมารับประทานก่อนนอนแทน

ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูลสำคัญทุกรายให้ข้อมูลว่า ไม่ได้แจ้งการปรับขนาดยาของตนเองให้แพทย์ผู้รักษาทราบ เนื่องจากกลัวว่าจะถูกตำหนิ

ประเด็นที่ 4 การซื้อยาหรือผลิตภัณฑ์อื่นมารับประทานร่วมด้วย พบว่า มีผู้สูงอายุจำนวน 6 ราย ซื้อสมุนไพร และอาหารเสริมมารับประทานร่วมด้วย โดยจำนวน 4 ราย ลูกหลานเป็นผู้ซื้อมาให้ จึงรับประทานตามที่ลูกหลานแนะนำ และจำนวน 2 ราย จัดหาสมุนไพรหรืออาหารเสริมมารับประทานเองตามคำบอกเล่าของคนรู้จัก และการโฆษณา โดยทุกรายไม่ได้แจ้งข้อมูลดังกล่าวให้แพทย์ผู้รักษาทราบ

ประเด็นที่ 5 การมาพบแพทย์ตามนัด พบว่า มีผู้สูงอายุจำนวน 6 ราย ไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัดซึ่งเกิดจาก 3 สาเหตุ ดังนี้ สาเหตุที่ 1 ลืมวันนัด จำนวน 4 ราย ซึ่งผู้สูงอายุ 2 ราย ไม่ได้จดหรือจำวันที่แพทย์นัด แต่พิจารณาจากจำนวนยาที่ได้รับ เมื่อยาหมดจึงค่อยมาพบแพทย์ สาเหตุที่ 2 คือ ไม่สะดวกในการมาพบแพทย์ ซึ่งผู้สูงอายุจำนวน 1 ราย ไม่มีรถในการเดินทางมาพบแพทย์ได้ตามเวลา ต้องอาศัยญาติ เพื่อนบ้าน หรือ อสม. ในการเดินทาง ทำให้ขาดนัดบ่อยครั้ง และสาเหตุที่ 3 คือ ไม่พึงพอใจในการบริการของสถานพยาบาล จึงเลี่ยงไม่มาพบแพทย์ มีจำนวน 1 ราย

3. การรับรู้ด้านสุขภาพ

ผลวิจัยข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 3.68 คะแนน จัดอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน

พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา และแรงจูงใจ หรือสิ่งชักนำ/กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคต่อการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

หัวข้อ	Mean (S.D.)	แปลผล
การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง	3.91 (0.32)	มาก
การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา	3.86 (0.35)	มาก
การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา	3.33 (0.91)	ปานกลาง
สิ่งชักนำ/กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ	3.64 (0.48)	มาก
การรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	3.68 (0.36)	มาก

ผลวิจัยข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้สูงอายุจำนวน 20 ราย สามารถเรียบเรียงประเด็นจากการวิเคราะห์เนื้อหาได้ ดังนี้

1. การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคจำนวน 15 ราย โดยรับรู้ว่าการเป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย ดังนี้ รับรู้ว่าการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงนาน ๆ จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตได้ จำนวน 9 ราย รับรู้ว่าจะทำให้เกิดโรคหัวใจ จำนวน 2 ราย รับรู้ว่าจะทำให้ล้ม เป็นลม หรือหมดสติได้ จำนวน 2 ราย รับรู้ว่าจะทำให้เกิดโรคตับและโรคไต จำนวน 1 ราย และรับรู้ว่าจะทำให้ดวงตาฝ้าฟางจำนวน 1 ราย

2. การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา พบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 6 ราย มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาว่า การรับประทานยาจะช่วยป้องกันความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง ในขณะที่ผู้สูงอายุจำนวน 2 ราย รับรู้ว่าการรับประทานยาต่อเนื่องเป็นเวลานานอาจทำให้มีผลเสียต่อไต

3. การรับรู้อุปสรรคต่อการรับประทานยา พบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 11 ราย รับรู้ว่ตนเองไม่สะดวกที่จะต้องรับประทานยาในตอนเช้า เนื่องจากมีภารกิจเร่งรีบจึงมักลืมบ่อยครั้ง นอกจากนี้ผู้สูงอายุจำนวน 4 ราย ให้ข้อมูลว่าตนเองรู้สึกเบื่อหน่ายที่จะต้องรับประทานยาเป็นประจำทุกวัน

4. การรับรู้ถึงสิ่งชักนำและสิ่งกระตุ้นให้รับประทานยา พบว่า ผู้สูงอายุรับรู้ถึงสิ่งชักนำ และสิ่งกระตุ้นให้รับประทานยา จำนวน 7 ราย ดังนี้ พบเห็นผู้ใกล้ชิดที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเป็นโรคหลอดเลือดสมองจนกลายเป็นอัมพฤกษ์อัมพาต จำนวน 3 ราย มี อสม. คอยกระตุ้นเตือนให้ดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 2 ราย กังวลว่าจะเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตเพราะอาศัยอยู่คนเดียว จำนวน 1 ราย และ อยากให้ตนเองหายจากความเจ็บป่วยโดยเร็ว จำนวน 1 ราย

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ Chi-square พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ เพศมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนขนาดยาตามความต้องการของตนเอง ($\chi^2 = 7.884, p\text{-value} < 0.05$) อายุมีความสัมพันธ์กับการไม่มาพบแพทย์ตามนัด ($\chi^2 = 6.768, p\text{-value} < 0.05$) และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการไม่มาพบแพทย์ตามนัด ($\chi^2 = 9.268, p\text{-value} < 0.05$) และการขาดยาเนื่องจากไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัด ($\chi^2 = 9.220, p\text{-value} < 0.05$) ในขณะที่สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการป่วยโรคความดันโลหิตสูงของสมาชิกในครอบครัว จำนวนยาที่ใช้ในการรักษา การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้อุปสรรคต่อการรับประทานยา และสิ่งชักนำ/กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในพื้นที่ตำบลดอนเกาะกา อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

การอภิปรายผล

1. ความร่วมมือในการใช้ยา

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ แต่จากการประเมินตนเองของผู้สูงอายุผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าตนเองสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ซึ่งเกิดจากการที่ผู้สูงอายุใช้วิธีการประเมินอาการของตนเองเป็นหลัก เมื่อไม่พบอาการผิดปกติทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ หรือเวียนศีรษะ จึงเข้าใจว่าตนเองควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี และผู้สูงอายุบางรายยังขาดความเข้าใจว่าระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ หมายถึงระดับความดันโลหิตที่น้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งความเข้าใจผิดดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการรับประทานยา โดยเฉพาะการปรับขนาดยาหรือหยุดยาดด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang และคณะ (2018) ที่อธิบายว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่แสดงอาการ จึงมักส่งผลให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยน้อยลง เนื่องจากไม่มีอาการเตือนหากผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาตามปกติอย่างต่อเนื่อง และการศึกษาของ รุ่งทิพา ชันธมุล และสมจิต แดนสีแก้ว (2560) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้แต่ไม่มีอาการผิดปกติ มักประเมินตนเองว่าแข็งแรงดี จึงไม่รับประทานยาต่อเนื่อง

ทั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งหยุดยาดด้วยตนเองเป็นระยะ เนื่องจากเกรงว่าหากรับประทานยาลดความดันโลหิตต่อเนื่องนาน ๆ อาจทำให้ไตวายได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชมพูนุท พัฒนจักร (2560) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ ลืมรับประทานยา และหยุดยาเนื่องจากกลัวไตวายหรืออันตรายจากยาถึงร้อยละ 55.4 และ 43.1 ตามลำดับ นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางรายยังหยุดใช้ยาดด้วยตนเองเนื่องจากคิดว่าสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีแล้ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Punnapurath, Vijayakumar, Platty,

Krishna, & Thomas (2021) ที่พบว่าผู้สูงอายุมักมีแนวโน้มหยุดใช้ยาเองเมื่อพบว่าอาการของตนดีขึ้น ซึ่งส่งผลให้การรักษาแย่งได้

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ในพื้นที่ตำบลดอนเกาะกา อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา 3 อันดับแรก ได้แก่ การไม่มาพบแพทย์ตามนัด การลืมรับประทานยา และการรับประทานยาไม่ตรงเวลา ตามลำดับ ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกสามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ว่า เหตุผลของการลืมรับประทานยา เกิดจากการที่ผู้สูงอายุมีภารกิจอย่างอื่นที่ต้องทำในช่วงเวลานั้น จึงทำให้ลืมรับประทานยาหากไม่มีผู้อื่นคอยเตือน และการไม่ได้รับประทานอาหารในมื้อที่ต้องรับประทานยา เช่น ก่อนหรือหลังอาหารเช้า ก็เป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับประทานยาในมื้อนั้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล สบายสุข และลำพวรรณ แสนบั้ง (2566) ที่รายงานผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุดรธานีที่ขาดนัดพบแพทย์ร้อยละ 43.15 ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และการศึกษาของ ทรงวุฒิ สารจันทิก (2564) ที่รายงานผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และการลืมรับประทานยา ร้อยละ 45.98 ซึ่งมักเกิดจากการเร่งรีบออกไปทำงานในช่วงเช้า อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุบางรายให้ข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก ไม่สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามเกี่ยวกับการลืมรับประทานยา

2. การรับรู้ด้านสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ ตำบลดอนเกาะกา อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา มีการรับรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับมาก แต่เมื่อทำการสัมภาษณ์เชิงลึกเพิ่มเติม พบว่า ผู้สูงอายุมีความเข้าใจเรื่องหลักการใช้ยาลดความดันโลหิตที่คลาดเคลื่อน โดยผู้สูงอายุไม่เข้าใจว่ายาลดความดันโลหิตต้องมีการใช้อย่างต่อเนื่อง แม้จะไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ และการหยุดยาอาจทำให้ความดันโลหิตกลับสูงขึ้นไปอีก จนทำให้หลอดเลือดสมองแตก เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตตามมาได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ซึ่งการรับรู้ที่สะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการปรับขนาดยา หรือการหยุดยาดด้วยตนเอง โดยไม่ได้แจ้งให้แพทย์หรือสถานพยาบาลที่ตนไปรับบริการทราบ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้

ในส่วนของการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึกมีความสอดคล้องกัน คือผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในระดับมาก อย่างไรก็ตามจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้สูงอายุบางรายมีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในระดับต่ำ ซึ่งไม่ตรงกับข้อมูลที่ตอบในแบบสอบถาม เช่นเดียวกับการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาลดความดันโลหิต และสิ่งชักนำ/กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่พบว่าจากการสัมภาษณ์เชิงลึกมีผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่งที่มีการรับรู้ด้านนี้ค่อนข้างต่ำ ซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อมูลที่ตอบในแบบสอบถาม ด้วยเหตุนี้การใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพียงอย่างเดียวอาจทำให้ได้ข้อมูลบางส่วนที่ได้ไม่ตรงกับความเป็นจริง เนื่องจากข้อจำกัดในการตอบแบบสอบถาม และ

อคติในการรายงานผลที่โน้มเอียงของผู้ป่วย (ธราดล โพธิษา, น้ำเงิน จันทรมณี และทวิวรรณ ศรีสุขคำ, 2563) ผู้วิจัยจึงต้องอาศัยการสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมด้วยเพื่ออธิบายสภาพปัญหาที่แท้จริงได้

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชมพูนุท พัฒนจักร (2560) และพุทธรชاذ ฉันทภักทรางกูร (2566) ที่พบว่า เพศและอายุ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่ผลการศึกษารังนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ดาไลมา สำแดงสาร, ทิพนามาส ชินวงศ์ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ (2562) ที่พบว่า ระยะเวลาที่ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องจากระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ยของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลดอนเกาะกามีระยะเวลายาวนานกว่าหลายปี จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย และหยุดรับประทานยาได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

อย่างไรก็ดี จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ไม่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของการรับรู้ด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แต่ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาลดความดันโลหิต และรับรู้ว่าการรับประทานยาไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวัน จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และความเสี่ยงที่จะเกิดโรคแทรกซ้อน จึงเลือกที่จะแสวงหาวิธีการปฏิบัติเพื่อควบคุม หรือให้หายจากโรคความดันโลหิตสูง โดยเชื่อว่าการรับประทานยาเป็นการกระทำที่มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะควบคุมโรคนั้นได้ (Becker & Maiman, 1974) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Punnapurath, Vijayakumar, Platty, Krishna, & Thomas (2021) ที่พบว่าความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุจะแปรผกผันกับการขาดการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคและความเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ ธัญรดี ปราบริปู (2564) ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนของครอบครัว และแรงสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ในการรับประทานยา ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา

ดังนั้นการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะการสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรุนแรงและความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ประโยชน์ของการใช้ยาลดความดันโลหิตอย่างถูกต้อง การสร้างแรงจูงใจและการกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติด้วยการสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต และลดการเกิดโรคแทรกซ้อนที่อาจทำให้เกิดความพิการ หรืออันตรายถึงชีวิตได้ ทั้งนี้บุคลากรด้านสุขภาพจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องรับทราบและเข้าใจถึงปัญหาที่ทำให้

เกิดความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่ดี ช่วยสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วย รวมถึงการมีช่องทางให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารถึงปัญหาการใช้ยา และสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาอย่างถูกต้อง เพื่อปรับปรุงการให้บริการที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยในพื้นที่ได้

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ส่งผลกระทบต่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งต้องเฝ้าระวังพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องในการใช้ยา ดังนั้นสถานพยาบาลควรเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมในการทำให้ผู้สูงอายุตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง หลักการใช้ยาลดความดันโลหิตที่ถูกต้องและอันตรายที่เกิดจากการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง รวมถึงความปลอดภัยในการใช้ยาระยะยาว อีกทั้งยังต้องสร้างความเข้าใจถึงการควบคุมความดันโลหิต และการประเมินตนเองอย่างถูกวิธี ว่าสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้แล้วหรือไม่ นอกจากนี้สถานพยาบาลควรสร้างให้เกิดการบริการที่รับฟังปัญหาและสามารถให้คำแนะนำการใช้ยาของผู้สูงอายุได้อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อลดความกังวลของผู้สูงอายุในการแจ้งข้อมูลการใช้ยาของตนเองกับบุคลากรด้านสุขภาพ รวมถึงการจัดระบบบริการที่มีเภสัชกรร่วมให้คำปรึกษาและให้ความรู้เรื่องยาสำหรับผู้สูงอายุในสถานพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุ โดยเน้นการเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาลดความดันโลหิตอย่างถูกต้อง รวมถึงการสร้างนวัตกรรมเพื่อช่วยลดการลืมรับประทานยา และระบบกระตุ้นเตือนเพื่อลดการขาดนัดพบแพทย์
2. ควรมีการพัฒนาเครื่องมือที่เหมาะสมในการวัดความเข้าใจเรื่องโรค การใช้ยา และความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุ เพื่อให้สถานพยาบาลใช้ประเมินผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุใช้ประเมินตนเองได้
3. การพัฒนารูปแบบและแนวทางการให้บริการในสถานพยาบาลเพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ให้บริการสามารถสื่อสารเรื่องโรคและการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง และตรงไปตรงมา

เอกสารอ้างอิง

- กมลชนก จงวิไลเกษม และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต. (2562). การพัฒนาแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 13(1), 17-30.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *Dashboard Health KPI: ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้*. สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2566 จาก <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=168>.

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2564). รายละเอียดตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามคุณภาพบริการการดำเนินงาน
ด้านโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565. สืบค้นเมื่อ
20 ตุลาคม 2566 จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1186620211006043036.pdf>.
- ชมพู พัทธจักร. (2560). ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดพัฒนา อำเภอมือง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*,
16(3), 13-22.
- ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์ และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2560). ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยา
ในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารแพทยนาวิ*, 44(3), 67-83.
- ดาไลมา ลำแดงสาร, ทิพนาส ชินวงศ์ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือ
ในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(3), 51-66.
- ทรงวุฒิ สารจันทิก. (2564). ผลการประเมินปัญหาการใช้ยาและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
โดยการเยี่ยมบ้านแบบ INHOMESSS ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอม่วง จังหวัดสระบุรี.
วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 7(2), 233-247.
- ธราดล โพธิชา, น้ำเงิน จันทรมณี และทวิวรรณ ศรีสุขคำ. (2564). ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูงในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดพะเยา. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 13(2), 400-411.
- ธัญรดี ปราบริปู. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับ
บริการที่คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*,
32(2), 184-194.
- นฤมล สบายสุข และลำพรณ แสนบึง. (2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิด.
วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(2), 465-477.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2560). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์ และมัญญามาส มัญจาวงษ์. (2564). โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ. *วารสารอายุรศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 7(1), 17-23.
- พุทธชาติ ฉันทภัทรางกูร. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน
ชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารเภสัชกรรมคลินิก*,
29(1), 13-24.
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *กลุ่มรายงานมาตรฐาน: อัตราป่วย
ด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร*. สืบค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2566 จาก
https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=6b9af46d0cc1830d3bd34589c1081c68.

- รุ่งทิวา ชันธมุล และสมจิต แดนสีแก้ว. (2560). การจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(2), 89-97.
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2561). *ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง*. สืบค้นเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2566 จาก <https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความ/>.
- โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว. (2564). *การประชุมสรุปผลงานประจำปี 2564, สรุปโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2564*. ฉะเชิงเทรา: โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว.
- วรารมย์ จิตอุทัย. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศศิธร รุ่งสว่าง. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 18(35), 6-22.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562*. เชียงใหม่: ทริค อินค์.
- Becker, M. H. & Maiman, L. A. (1974). The health belief model and sick role behavior. In Becker M. H. Becker (Ed.), *The health belief model, and personal health behavior* (pp.82-92). New Jersey: Charles B. Slack, Inc.
- Creswell, J. W. & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3 ed.). Los Angeles: SAGE Publications, Inc.
- Musini, V. M., Tejani, A. M., Bassett, K., Puil, L. & Wright, J. M. (2019). Pharmacotherapy for hypertension in adults 60 years or older. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6), 1-99. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000028.pub3>
- Paisansirikul, A., Ketprayoon, A., Ittiwattanukul, W. & Petchlorlian, A. (2021). Prevalence and associated factors of drug-related problems among older people: A cross-sectional study at King Chulalongkorn Memorial Hospital in Bangkok. *Drugs Real World Outcomes*, 8(1), 73-84. <https://doi.org/10.1007/s40801-020-00219-2>
- Punnapurath, S., Vijayakumar, P., Platty, P. L., Krishna, S. & Thomas, T. (2021). A study of medication compliance in geriatric patients with chronic illness. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(4), 1644-1648. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1302_20
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Retrieved October 9, 2023 from http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en/.

World Health Organization. (2023). *Hypertension*. Retrieved November 9, 2023 from
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.

Zhang, Y., et al. (2018). Factors affecting medication adherence in community-managed patients with hypertension based on the principal component analysis: Evidence from Xinjiang, China. *Patient Prefer Adherence*, 12, 803-812. <https://doi.org/10.2147/PPA.S158662>

ผลของการพัฒนาโมบายแอปพลิเคชันสำหรับการประเมินและป้องกันภาวะสมองเสื่อมด้วยตนเอง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

The effectiveness of developing a mobile application for the self-assessment and prevention of dementia in at-risk elderly individuals

เรณู ขวัญยืน¹, ณัฐรพี ใจงาม^{1*}, อรณυχ ชูศรี¹, ดวงเนตร ธรรมกุล¹, ศรีสุดา วงษ์วิเศษกุล¹

Renu Kwanyuen¹, Natrapee Jaingama^{1*}, Orranuch Chusri¹, Doungnetre Thummakula¹,

Sresuda Wongwiseskula¹

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต¹

Faculty of Nursing, Suan Dusit University¹

(Received: December 17, 2023; Revised: March 8, 2024; Accepted: June 17, 2024)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการพัฒนาโมบายแอปพลิเคชันสำหรับการประเมิน และป้องกันภาวะสมองเสื่อมด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในเขตตำบลบางเลน อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม จำนวน 35 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย ได้แก่ โมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินประสิทธิภาพของโมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และแบบประเมินความพึงพอใจต่อโมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า โมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนการประเมินภาวะสมองด้วยตนเอง และส่วนการฟื้นฟูสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมด้วยตนเอง ได้แก่ การออกกำลังกายสมอง การฝึกสมาธิบริหารสมอง การเลือกอาหารบำรุงสมอง การพัฒนาสมองด้วยหลัก 4 ก้าว การจัดสิ่งแวดล้อมที่ดี และการฝึกสมองในรูปแบบเกมส์ ประสิทธิภาพของโมบายแอปพลิเคชันด้านความเป็นไปได้ ความถูกต้อง ความเหมาะสม และการใช้ประโยชน์ โดยรวมพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยระดับมากที่สุด (Mean = 4.75, S.D. = 0.30) และระดับความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันโดยรวม อยู่ระดับมากที่สุดเช่นกัน (Mean = 4.85, S.D. = 0.36) แสดงให้เห็นว่าโมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อมนี้มีประสิทธิภาพที่ดี ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขหรือผู้ดูแลสามารถนำโมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อมไปใช้ในการส่งเสริมผู้สูงอายุให้ฟื้นฟูสมอง ป้องกันภาวะสมองเสื่อมด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โมบาย, แอปพลิเคชัน, ภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ ณัฐรพี ใจงาม e-mail: natrapee_jai@dusit.ac.th

Abstract

The objectives of this research and innovation development were to develop and examine the effects of a mobile application for self-assessment and prevention of dementia in at-risk elderly individuals in Bang Len Subdistrict, Song Phi Nong District, Suphan Buri Province. Participants included 35 elderly individuals at risk of developing dementia. The research instrument was a mobile application for dementia prevention. Data collection tools included an effectiveness assessment form and a satisfaction assessment form for the mobile application. The data were analyzed using descriptive statistics, including mean and standard deviation.

The results showed that the mobile application for dementia prevention, which consisted of two parts: self-assessment of cognitive function and self-rehabilitation to prevent dementia, including brain exercises, concentration training, brain-boosting diets, brain development based on the 4-step principle, creating a good environment, and brain training games, showed high effectiveness. The overall effectiveness of the mobile application in terms of feasibility, accuracy, appropriateness, and utility had the highest average score (Mean = 4.75, S.D. = 0.30). The overall satisfaction level with the application was also at the highest level (Mean = 4.85, S.D. = 0.36). This shows that this mobile application for dementia prevention is highly effective. Therefore, healthcare professionals or caregivers can efficiently use this mobile application for dementia prevention to promote self-rehabilitation and dementia prevention among the elderly.

Keywords: Mobile, Application, Dementia, Older Adults

บทนำ

จากสถานการณ์ประชากรของประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 แล้วนั้น ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด (ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ, 2565) และในปี 2565 ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete Aged Society) โดยมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 20 จากประชากรทั้งหมด คาดว่าในปี พ.ศ. 2574 จะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 28 และมีการคาดการณ์ไว้ว่าในอีกไม่เกิน 15 ปี ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super Aged Society) โดยจะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) โดยจากการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุติดสังคม รองลงมาเป็นผู้สูงอายุติดบ้าน และมีผู้สูงอายุติดเตียงตามลำดับ ซึ่งจากข้อมูลสถิติเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า

มีจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม จำนวน 6.8 แสนคน โดยส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง และเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดเตียง จำนวน 46,779 คน (ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ, 2565)

ในปี พ.ศ. 2557 จากการสำรวจภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พบว่า มีจำนวน 229,100 คน และมีการคาดการณ์ว่าจะสูงเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 450,200 คน และ 1,233,200 คน ภายในปี พ.ศ. 2563 และปี พ.ศ. 2593 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) สำหรับการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีอัตราร้อยละ 18.6 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม คือ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถในการอ่านเขียน ดัชนีมวลกาย การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (อาทิตยา สุวรรณ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2559; ศุภานัน เหลาคำ และวารณี บุญช่วยเหลือ, 2565) ซึ่งพบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่สามารถจัดการได้ จำแนกออกเป็นปัจจัยทางจิตสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จำนวนปีของการได้รับการศึกษา การอาศัยอยู่คนเดียว การไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน รวมทั้งปัจจัยทางสุขภาพ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง รวมทั้งดัชนีมวลกาย เป็นต้น และเมื่อเกิดภาวะสมองเสื่อมการดูแลรักษาส่วนใหญ่เป็นแบบประคับประคอง และได้ผลจำกัด ยังไม่มีการรักษาที่หายขาด ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพสมองเพื่อป้องกัน/ชะลอภาวะสมองเสื่อม การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในสังคมเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพหรือมีภาวะพลุดพลัง (Active Ageing) ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ ลดการพึ่งพาผู้อื่น และลดการแยกตัวออกจากสังคม มีความผาสุกในชีวิตเพิ่มมากขึ้น ถึงแม้จะมีภาวะโรคเรื้อรัง ส่วนครอบครัวและชุมชนต้องมีระบบของการสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน (ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ, 2565) จึงเป็นสิ่งที่สำคัญ

จากผลกระทบสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า การติดเชื้อโควิด-19 ก่อให้เกิดภาวะสมองเสื่อมถอยลงในระยะยาว และจากมาตรการการรักษาระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) ทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะด้านจิตใจ เช่น ความเครียด ความรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยว และอัตราความรู้สึกหดหู่ของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งผลของความเหงา ความกังวลใจ และความรู้สึกหดหู่ และร่างกายของผู้สูงอายุ เนื่องจากถูกจำกัดให้อยู่แต่ในบ้านงดการพบปะสังสรรค์ผู้คน และสมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องออกไปทำงานนอกบ้าน การจำกัดในการพบปะ และเข้าใกล้ผู้สูงอายุเป็นต้น (ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ, 2565) ซึ่งการชะลอความเสื่อมถอยของอวัยวะร่างกายในการรับรู้และทำหน้าที่ต่าง ๆ ด้วยการจัดกิจกรรมกระตุ้นกิจกรรมทางกายจะช่วยลดความเสี่ยงในการล้ม ความพิการ และลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งภาวะเสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อม เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่สำคัญในปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ญาติ ผู้ดูแลระบบครอบครัว ชุมชน และสังคม ระบบเศรษฐกิจ ระบบสุขภาพ และระบบสาธารณสุขของประเทศไทย เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมทำให้สูญเสียบุคลากรที่มีคุณค่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และรายได้ของประชากรลดลง ประชาชนวัยทำงานต้องรับภาระเพิ่มมากขึ้น (ชัชวาล วงศ์สารี, 2560)

จังหวัดสุพรรณบุรีเป็นที่ตั้งของศูนย์การศึกษาของมหาวิทยาลัยสวนดุสิตซึ่งเหมาะต่อการผนวกภารกิจของคณะด้านการวิจัยและบริการวิชาการเพื่อรับใช้สังคมตามประเภทของการจัดกลุ่มมหาวิทยาลัย และตามอัตลักษณ์ด้านผู้สูงอายุของคณะพยาบาลศาสตร์ จึงเห็นว่าการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมีความสำคัญ แต่เนื่องจากโครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนานวัตกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คณะผู้วิจัยได้ทำการเลือกพื้นที่การวิจัยในพื้นที่อำเภอสองพี่น้องในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเลน เมื่อสืบค้นฐานข้อมูลประชากรปี 2564 ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดังกล่าวพบว่า มีจำนวนหลังคาเรือน 1,769 หลังคาเรือน มีประชากร 6,326 คน มีผู้สูงอายุ 1,220 คน (ร้อยละ 19.28 ของประชากร) ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 974 คนแบ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 645 คน โรคเบาหวาน จำนวน 313 คน โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 16 คน แต่ภาวะสมองเสื่อมไม่มีรายงาน หรือการสำรวจข้อมูลนอกจากนี้ยังมีผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้จำนวน 13 ราย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว ถึงแม้ว่าจะเป็นครอบครัวขนาดเล็ก และผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว ได้แก่ บุตร คู่สมรสที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกันเอง

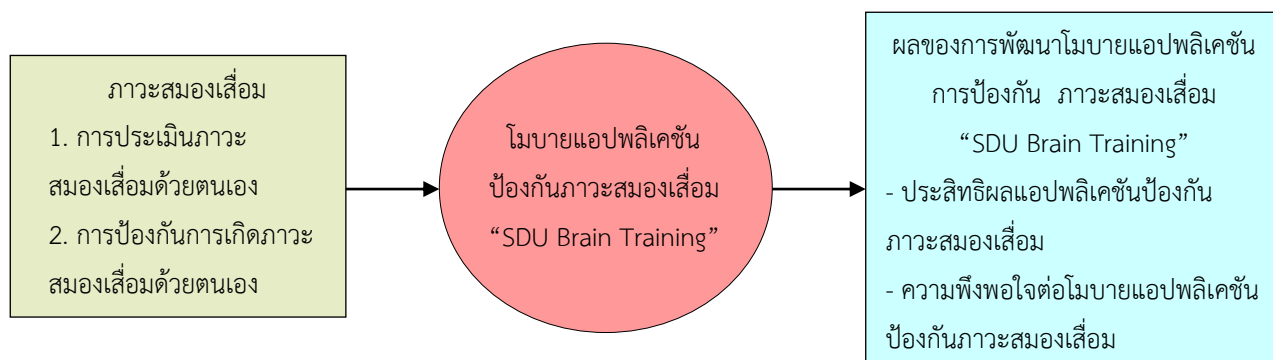
ในยุคที่เทคโนโลยีพัฒนาอย่างต่อเนื่องการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นทางเลือกที่สำคัญ ได้แก่ การใช้เทคโนโลยีเพื่อจัดการข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล แอปพลิเคชันเพื่อดูแลสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพแบบออนไลน์ (สุมิตรา โพธิ์ปาน และปัทมา สุพรรณกุล, 2562) และเริ่มมีการประเมินผล และถ่ายทอดเทคโนโลยีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผ่านแอปพลิเคชันในชุมชน แต่ยังมีข้อจำกัดเพียงบางกลุ่มยังไม่แพร่หลาย ซึ่งโมบายแอปพลิเคชันมีความรวดเร็ว สะดวก และง่ายต่อการใช้งาน ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ที่พัฒนาขึ้นของมหาวิทยาลัยสวนดุสิตจากโครงการวิจัยเรื่อง นวัตกรรมการดูแลและพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมาทดลองใช้ในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพื่อใช้สำหรับการประเมิน และป้องกันภาวะสมองเสื่อมด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และใช้เป็นเครื่องมืออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลในการกระตุ้นและพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมช่วยป้องกันชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม และคงศักยภาพสมองได้ ส่งผลดีต่อครอบครัวและผู้ดูแล และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง
2. เพื่อศึกษาผลของโมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาภาวะสมองเสื่อมในชุมชนตำบลบางเลน อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม และการพัฒนานวัตกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การประเมินภาวะสมองเสื่อมด้วยตนเอง แนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม การพัฒนากิจกรรมที่เป็นลักษณะ Cognitive Training การจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม การออกแบบและการพัฒนาโมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ โครงสร้างเนื้อหา โดยใช้แนวคิดการพัฒนามาบทเรียนของ ADDIE Model (Dick & Caray, 1996) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์ (Analysis) การออกแบบ (Design) การพัฒนา (Development) การนำไปใช้ (Implementation) และการประเมินผล (Evaluation) ดังแสดงกรอบแนวคิดการวิจัยในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา นวัตกรรม (Research and Innovation Development) ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึง เดือน กันยายน 2566 ณ เขตตำบลบางเลน อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ในเขตตำบลบางเลน อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ที่พักอาศัยในเขตตำบลบางเลน อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 คน คัดเลือกแบบเจาะจงจากประชากร สูงอายุกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม คือ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และโรคหลอดเลือดสมอง หรือมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วน
2. ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การมองเห็นและการพูด
3. มีอุปกรณ์สื่อสาร Smartphone รองรับระบบ Android version 8 หรือ IOS 12
4. มีคะแนนจากการทดสอบการตรวจ ประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมอง (Abbreviated Mental Test (AMT)) ใช้คัดกรองภาวะรู้คิดในผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 8 คะแนน ขึ้นไปจากแอปพลิเคชันของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต ไม่อยู่ในกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม
5. ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท
6. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมผิดปกติ เช่น อยู่ไม่นิ่ง ไม่มีสมาธิ ขณะดำเนินการทดลอง
2. มีภาวะความเจ็บป่วยรุนแรงไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้
3. มีความประสงค์ขอยกจากการเข้าร่วมการวิจัย
4. ไม่สามารถเข้าการวิจัยได้ครบทุกระยะ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 โมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ความหมายภาวะสมองเสื่อม และการประเมินภาวะสมองเสื่อมด้วยตนเอง โดยใช้ Brain Test ได้แก่ การจำแนก สี สัตว์ ผลไม้ และจังหวัด จำนวน 40 ข้อ 40 คะแนน การรายงานผลการประเมินภาวะสมองเสื่อมด้วยตนเองแยกตามหมวดหมู่ และผลรวม รวมทั้งแปลผลภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มสมองดี และคำแนะนำเบื้องต้นสำหรับการนำไปสู่การปฏิบัติของผู้ใช้เบื้องต้น ได้แก่ ข้อที่ทดสอบทำถูกต้องได้คะแนน เท่ากับ 1 คะแนน ข้อที่ทำผิดได้คะแนน เท่ากับ 0 คะแนน รวมคะแนนสูงสุด เท่ากับ 40 คะแนน และคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 0 คะแนน ค่าตัดคะแนนสมองดี กับกลุ่มเสี่ยงอยู่ที่ คะแนนมากกว่า หรือเท่ากับ 25 คะแนน หมายถึง สมองดี และคะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน หมายถึงกลุ่มเสี่ยง โดยผู้ใช้สามารถทำการทดสอบได้เองโดยไม่จำกัดจำนวนครั้งในการทำการทดสอบ และมีคำแนะนำเบื้องต้น

ส่วนที่ 2 การฟื้นฟูสมองป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้อย่างไร? ประกอบด้วย 1) วิดีโอการออกกำลังกายสมอง “ด้วยท่าบริหารปุมสมอง” 2) วิดีโอการฝึกสมาธิบริหารสมอง “ด้วยท่ายืน นิ่ง นอนสมาธิ”

3) สูตรการเลือกอาหารบำรุงสมอง 4) การพัฒนาสมองด้วยหลัก 4 ก้าว ได้แก่ ก้าวที่ 1 สร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ความฝัน ความหวัง และความอดทน ก้าวที่ 2 สร้างความคิดเชิงบวกลงในจิตใต้สำนึก ก้าวที่ 3 การปลูกฝัง ภาพลักษณ์ให้เกิดแก่นตน ก้าวที่ 4 ใช้สมองให้กลมกลืนกับธรรมชาติ 5) สูตรการดูแลสิ่งแวดล้อมที่ดี และ 6) การฝึกสมองในรูปแบบเกมส์ต่าง ๆ ได้แก่ เกมส์จับผิดภาพ เกมส์บวกเลขโดยใช้ไฟ และ เกมส์ Sudoku

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบประเมินประสิทธิผลนโยบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงด้วยตนเอง ประกอบด้วย 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ ตอนที่ 2 ข้อมูล ประเมินประสิทธิผลของนโยบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” มี 8 ด้าน ได้แก่ 1) ลักษณะของแอปพลิเคชัน จำนวน 9 ข้อ 2) การออกแบบแอปพลิเคชัน จำนวน 5 ข้อ 3) การรายงานผล จำนวน 4 ข้อ 4) ประสิทธิภาพของระบบ จำนวน 1 ข้อ และ 5) ภาพรวมของแอปพลิเคชัน จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม ด้านความถูกต้อง ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เกี่ยวกับนโยบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน ประเมินค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ดังนี้ 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วย, 3 คะแนน หมายถึง ไม่แน่ใจ, 2 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วย และ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบ่งระดับคะแนนเป็นคะแนนเฉลี่ย คือ 1-1.8 หมายถึง ไม่มีประสิทธิผลอย่างยิ่ง, 1.81-2.6 หมายถึง ไม่มีประสิทธิผล, 2.61-3.4 หมายถึง มีประสิทธิผลพอใช้, 3.41-4.2 หมายถึง มีประสิทธิผลมาก และ 4.21-5 หมายถึง มีประสิทธิผลมากที่สุด

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจต่อนโยบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงด้วยตนเอง ประกอบด้วย 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ ตอนที่ 2 ข้อมูลประเมินความพึงพอใจของนโยบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านเนื้อหาแอปพลิเคชัน จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการนำเสนอเนื้อหา จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านการใช้งานแอปพลิเคชัน จำนวน 5 ข้อ และ ความพึงพอใจโดยรวมของแอปพลิเคชัน ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับนโยบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ (rating scale) ดังนี้ 5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมาก, 3 คะแนน หมายถึง พอใช้, 2 คะแนน หมายถึง พึงพอใจเล็กน้อย และ 1 คะแนน หมายถึง ไม่พึงพอใจ แบ่งระดับคะแนนเป็นคะแนนเฉลี่ย คือ 1-1.8 ไม่พึงพอใจ หมายถึง 1.81-2.6 หมายถึง พึงพอใจน้อย 2.61-3.4 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง 3.41-4.2 หมายถึง พึงพอใจมาก และ 4.21-5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาและเกมส์ จำนวน 1 ท่าน ซึ่งพิจารณาความเหมาะสม และความสอดคล้องของโมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงด้วยตนเอง และหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อด้วยวิธี Index of Item-Objective Congruence พบว่า

1.1 โมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม SDU Brain Training สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีค่า Item Objective Congruence (IOC) เท่ากับ 0.67-1 แล้วนำข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ได้แก่ เนื้อหา การเลือกรูปภาพ วิดีโอ ก่อนนำไปพัฒนาในโมบายแอปพลิเคชัน

1.2 แบบประเมินประสิทธิผลของการใช้โมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” มีค่า Item Objective Congruence (IOC) เท่ากับ 0.67-1 นำข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

1.3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อโมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงด้วยตนเอง มีค่า Item Objective Congruence (IOC) เท่ากับ 1 นำข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

2. ตรวจสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังนี้

2.1 แบบประเมินประสิทธิผลของการใช้โมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงด้วยตนเอง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.92

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจต่อโมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงด้วยตนเอง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์สภาพ ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทฤษฎีผู้สูงอายุ กิจกรรมการดูแล ป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การประเมินภาวะสมองเสื่อมด้วยตนเอง แนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม การพัฒนากิจกรรมที่เป็นลักษณะ Cognitive Training การจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม การออกแบบและการพัฒนาโมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ โครงสร้างเนื้อหา โดยใช้แนวคิดการพัฒนาบทเรียนของ ADDIE Model ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์

(Analysis) การออกแบบ (Design) การพัฒนา (Development) การนำไปใช้ (Implementation) และการประเมินผล (Evaluation) ดำเนินการรายละเอียดดังนี้

1.1 จัดทำร่างเนื้อหา และร่างการจัดข้อมูลในทำแอปพลิเคชัน

1.2 จัดประชุมเพื่อจัดทำทบทวนในแอปพลิเคชัน ตามแนวคิดการพัฒนาทบทวนของ ADDIE Model ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์ (Analysis) การออกแบบ (Design) การพัฒนา (Development) การนำไปใช้ (Implementation) และการประเมินผล (Evaluation)

1.3 ร่างบทเรียนนโยบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม

1.4 จัดทำโครงสร้างของเนื้อหา รายละเอียดขององค์ประกอบในนโยบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ เครื่องมือการประเมิน และเนื้อหา สื่อ รูปภาพ การออกแบบ การป้องกันภาวะสมองเสื่อมด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ดังนี้

ระยะที่ 2 การพัฒนานโยบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) การประเมินด้วยตนเอง โดยใช้ “Set Test” 2) วิธีฟื้นฟูสมอง ประกอบด้วย การออกกำลังกายสมอง การฝึกสมาธิบริหารสมอง การเลือกอาหารบำรุงสมอง การพัฒนาสมองด้วยหลัก 4 ก้าว การจัดสิ่งแวดล้อมที่ดี และการฝึกสมองด้วยรูปแบบเกมส์ ได้ดำเนินการประเมินคุณภาพนโยบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” ดังนี้

2.1 นำร่างนโยบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” จัดทำในระบบโทรศัพท์มือถือ

2.2 ทดลองใช้นโยบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” โดยผู้ทีมงานทั้งระบบ Android Version หรือ IOS พบปัญหาการเปิดใช้งานปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

2.3 นำมาทดสอบกับผู้สูงอายุจำนวน 10 คน และหาค่า β Testing เท่ากับ 0.78 เมื่อทำการทดสอบ ∞ Testing พบว่าจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ที่มีระบบ IOS 12 และ Android Version 8

2.4 ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะที่ได้รับ

ระยะที่ 3 การประเมินผลของนโยบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” ดังนี้

3.1 ดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยสวนดุสิต และสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

3.2 ดำเนินการขออนุญาตเข้าดำเนินการวิจัยจากสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

3.3 ดำเนินการชี้แจงข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัย วิธีการใช้แอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” การเก็บรวบรวมข้อมูล และให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3.4 จัดอบรมผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อม จำนวน 35 คน เกี่ยวกับวิธีการใช้แอปพลิเคชัน การป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” และดำเนินการแนะนำในการติดตั้งแอปพลิเคชัน

3.5 ให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อม ในเขตตำบลบางเลน อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 35 คน ทดลองใช้โมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training”

3.6 ติดตามผลหลังการใช้โมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” หลังทดลองใช้ 1 สัปดาห์ โดยให้ตอบแบบประเมินประสิทธิผลโมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงด้วยตนเอง และแบบประเมินความพึงพอใจโมบายแอปพลิเคชัน การป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training”

3.7 นำผลมาบันทึก และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประสิทธิภาพ โมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” และระดับความพึงพอใจ โมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training”

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยได้รับการอนุมัติจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต เอกสารรับรองเลขที่โครงการ SDU-RDI-HS 2023-013 และของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี กระทรวงสาธารณสุข เอกสารรับรองเลขที่โครงการวิจัย 53/2566 ซึ่งพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจง รายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การรักษาความลับและทำลายข้อมูล และให้กลุ่มตัวอย่าง ตัดสินใจพร้อมลงนามยินยอมในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)

ผลการวิจัย

1. องค์ประกอบโมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม SDU Brain Training สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ในตำบลบางเลน อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

พบว่า โมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม SDU Brain Training สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ประเมินภาวะสมองเสื่อมด้วยตนเอง และ 2) วิธีฟื้นฟูสมองด้วยตนเอง รายละเอียด ดังนี้

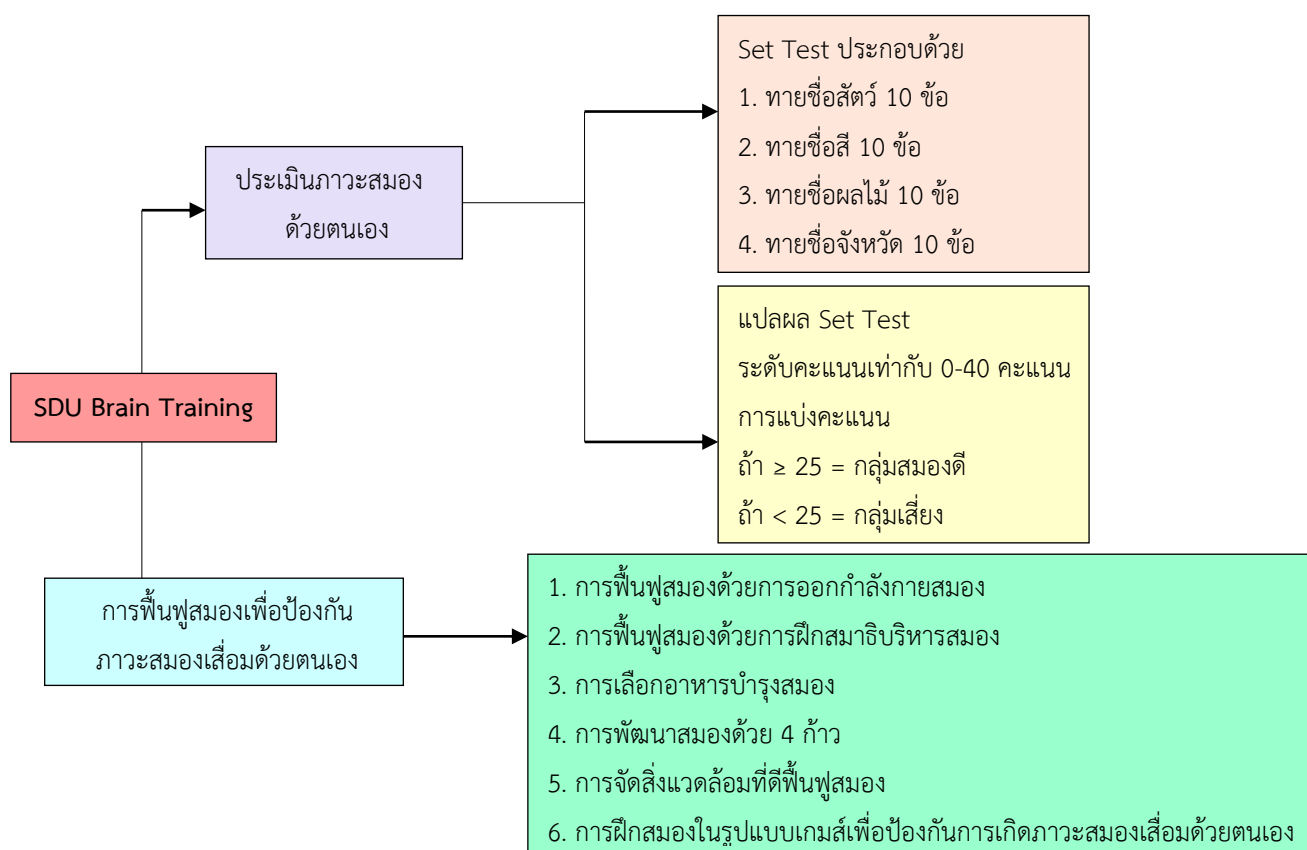
1.1 ประเมินภาวะสมองเสื่อมด้วยตนเอง ประกอบด้วย

1.1.1 เนื้อหาการประเมินภาวะสมองเสื่อมด้วยตนเอง และเกณฑ์การตัดคะแนน ประกอบด้วย การทายชื่อสัตว์ จำนวน 10 ข้อ การทายชื่อสี จำนวน 10 ข้อ การทายชื่อผลไม้ จำนวน 10 ข้อ และ

การทายชื่อจังหวัด จำนวน 10 ข้อ โดยองค์ประกอบแต่ละส่วนประกอบจะมีการบรรจุข้อมูลไว้มากกว่าจำนวนคำถามที่ต้องใช้เพื่อให้มีการสลับสับเปลี่ยนข้อมูลในแต่ละครั้งของการทดสอบจะไม่เหมือนกันเพื่อป้องกันการใช้ความจำระยะสั้น

1.1.2 การรายงานผลการประเมินภาวะสมองเสื่อมด้วยตนเองแยกตามหมวดหมู่ และผลรวม รวมทั้งแปลผลภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มสมองดี และคำแนะนำเบื้องต้นสำหรับการนำไปสู่การปฏิบัติของผู้ใช้เบื้องต้น ได้แก่ ข้อที่ทดสอบทำถูกได้คะแนน เท่ากับ 1 คะแนน ข้อที่ทำผิดได้คะแนน เท่ากับ 0 คะแนน รวมคะแนนสูงสุด เท่ากับ 40 คะแนน และคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 0 คะแนน ค่าตัดคะแนนสมองดี กับกลุ่มเสี่ยงอยู่ที่คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน หมายถึง สมองดี และคะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน หมายถึง กลุ่มเสี่ยง โดยผู้ใช้งานสามารถทำการทดสอบได้เองโดยไม่จำกัดจำนวนครั้งในการทำการทดสอบ

1.2 วิธีฟื้นฟูสมองด้วยตนเอง ประกอบด้วย เนื้อหาการฟื้นฟูสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมด้วยตนเอง ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ การออกกำลังกายสมอง การฝึกสมาธิบริหารสมอง การเลือกอาหารบำรุงสมอง การพัฒนาสมองด้วยหลัก 4 ก้าว การจัดสิ่งแวดล้อมที่ดี และการฝึกสมองในรูปแบบเกมส์ ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 องค์ประกอบของโมบายแอปพลิเคชัน SDU Brain Training

2. ผลการประเมินโมบายแอปพลิเคชัน “SDU Brain Training” ป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

จากการทดลองใช้โมบายแอปพลิเคชันได้มีการประเมินประสิทธิผลของโมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” ในการใช้งาน มีดังนี้

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.0) มีอายุเฉลี่ย 65.9 ปี (S.D. = 9.38) แต่งงาน สถานภาพคู่ (ร้อยละ 72.0) และสำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 52.0) ระดับคะแนนแบบทดสอบสภาพสมอง (AMT) เท่ากับ 10 คะแนน (ร้อยละ 85.71)

2.2 ประสิทธิภาพของโมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อมจากการประเมินผู้ใช้งานด้านความเป็นไปได้ (Feasibility) ความถูกต้อง (Accuracy) ความเหมาะสม (Propriety) และการใช้ประโยชน์ (Utility) ของแอปพลิเคชัน

พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นจากการใช้มีประสิทธิภาพโดยรวม ระดับมากที่สุด (Mean = 4.75, S.D. = 0.30) และเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ทุกหัวข้อการประเมินประสิทธิภาพของโมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.68-4.90 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.30-0.48 ส่วนข้อที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ ด้านความเหมาะสมของโมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” (Mean = 4.90, S.D. = 0.30) รองลงมา คือ ด้านความถูกต้องของโมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” (Mean = 4.88, S.D. = 0.33) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของประสิทธิภาพของโมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training”

หัวข้อการประเมิน	ระดับประสิทธิภาพ		
	Mean	S.D.	แปลผล
1. ลักษณะของแอปพลิเคชัน	4.68	0.33	มากที่สุด
2. การออกแบบของแอปพลิเคชัน	4.75	0.38	มากที่สุด
3. การรายงานผลของแอปพลิเคชัน	4.81	0.31	มากที่สุด
4. ประสิทธิภาพของระบบแอปพลิเคชัน	4.83	0.31	มากที่สุด
5. ด้านความเป็นประโยชน์ของแอปพลิเคชัน	4.80	0.41	มากที่สุด
6. ด้านความเป็นไปได้ของแอปพลิเคชัน	4.78	0.48	มากที่สุด
7. ด้านความเหมาะสมของแอปพลิเคชัน	4.90	0.30	มากที่สุด
8. ด้านความถูกต้องของแอปพลิเคชัน และการรายงานผลคะแนนถูกต้อง	4.88	0.33	มากที่สุด
รวม	4.75	0.30	มากที่สุด

2.3 ความพึงพอใจต่อโมบายแอปพลิเคชัน “SDU Brain Training” ป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

จากการประเมินความพึงพอใจต่อโมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” พบว่า มีระดับความพึงพอใจโดยรวม ค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับมากที่สุด (Mean = 4.85, S.D. = 0.36) และเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด คือ ด้านการนำเสนอเนื้อหาในโมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม มีระดับคะแนนเฉลี่ย ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.82, S.D. = 0.27) และรองลงมาคือ ด้านการใช้งานโมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม มีระดับคะแนนเฉลี่ย ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.77, S.D. = 0.32) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจมาตรฐาน และการแปลผลระดับความพึงพอใจของโมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” รายด้าน

ด้าน	ระดับความพึงพอใจ		
	Mean	S.D.	แปลผล
ด้านเนื้อหาแอปพลิเคชัน	4.74	0.36	มากที่สุด
ด้านการนำเสนอเนื้อหาในแอปพลิเคชัน	4.82	0.27	มากที่สุด
ด้านการใช้งานแอปพลิเคชัน	4.77	0.32	มากที่สุด
รวม	4.85	0.36	มากที่สุด

การอภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาโมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อหาคุณภาพของโมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการกำหนดองค์ประกอบโมบายแอปพลิเคชัน การพัฒนาบทเรียนในโมบายแอปพลิเคชัน ตามแนวคิดการพัฒนาบทเรียนของ ADDIE Model (Dick & Carey, 1996) คือ การวิเคราะห์ (Analysis) ต้องคำนึงถึงความต้องการที่ชัดเจน เหมาะสมสำหรับโมบายแอปพลิเคชัน การออกแบบ (Design) ต้องมีการกำหนดองค์ประกอบในโมบายแอปพลิเคชันว่ามีโครงสร้างอย่างไร มีความเชื่อมโยงต่อกัน และต้องกำหนดองค์ประกอบกิจกรรมที่เป็นลักษณะ Cognitive Training ที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง การวางแผนพัฒนา (Development) การนำไปใช้ (Implementation) โดยมีการทดสอบและรวบรวมข้อมูลหากพบข้อผิดพลาดให้ตรวจสอบ และปรับปรุงจนแอปพลิเคชันทำงานได้ดี และการประเมินผล (Evaluation) ซึ่งจากการพัฒนาโมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อมนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนการประเมิน เป็นส่วนที่ประเมินเกี่ยวกับความรู้ความจำอย่างง่ายโดยให้สามารถประเมินได้ด้วยตนเอง พร้อมแปลผล ซึ่งเป็นข้อที่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจเนื่องจากเป็นสิ่งที่ง่ายสามารถทำได้ด้วยตนเอง และส่วนการฟื้นฟูสมอง ได้แก่ การออกกำลังกายสมอง

การฝึกสมาธิบริหารสมองการเลือกอาหารบำรุงสมอง การพัฒนาสมองด้วยหลัก 4 ก้าว การจัดสิ่งแวดล้อมที่ดี และการฝึกสมองด้วยรูปแบบเกมส์ เป็นกิจกรรม ความรู้ที่ช่วยกระตุ้นด้านการรับรู้ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ฝึกการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม พบว่า ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองดีขึ้น สมาร์ทโฟนแอปพลิเคชันจึงเป็นนวัตกรรมที่ใช้งานง่ายไม่เพียงแต่ช่วยประเมินภาวะของโรคสมองเสื่อมได้แต่ยังช่วยกระตุ้น การรับรู้ได้ (Bahar-Fuchs, Martyr, Goh, Sabates, & Clare, 2020; Coppola, Kowtko, Yamagata, & Joyee, 2013; Davis, Nies, Shehab, & Shenk, 2014; Gately, Tickle-Degnen, Trudeau, Ward, Ladin, & Moo, 2020) ส่วนการพัฒนาโมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อมเป็นสิ่งที่ง่ายที่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด เนื่องจากง่ายและสะดวกในการใช้งานสอดคล้องกับการศึกษาของ Ye, How, Chu, & Mihailidis (2021) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและสมาชิกครอบครัวมีความต้องการโมบายแอปพลิเคชันซึ่งจะช่วยให้การสนับสนุนการดูแลภาวะสมองเสื่อม ซึ่งการทำความเข้าใจความต้องการของผู้ใช้และการออกแบบแอปพลิเคชันที่ใช้งานได้ง่ายจะช่วยเพิ่มการยอมรับการใช้โมบายแอปพลิเคชัน ดังนั้นการใช้สมาร์ทโฟนแอปพลิเคชันจึงเป็นนวัตกรรมที่ใช้งานง่ายไม่เพียงแต่ช่วยประเมินภาวะของโรคสมองเสื่อมได้แต่ยังช่วยกระตุ้นการรับรู้ และใช้แอปพลิเคชันเพื่อลดอาการและปรับปรุงการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม (วันเฉลิม พรหมศร, บุญชู บุญลิขิตศิริ และปรัชญา แก้วแก่น, 2563; Bahar-Fuchs, Martyr, Goh, Sabates, & Clare, 2020; Coppola, Kowtko, Yamagata, & Joyee, 2013; Tahmassebi, 2018)

นอกจากนี้ยังพบว่าประสิทธิผลของโมบายแอปพลิเคชันป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมากที่สุด และเมื่อประเมินตามมาตรฐานการประเมิน 4 ด้าน คือ ด้านความเป็นไปได้ (Feasibility) ความถูกต้อง (Accuracy) ความเหมาะสม (Propriety) และการใช้ประโยชน์ (Utility) ของโมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ฝึกการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม พบว่า ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองดีขึ้น สมาร์ทโฟนแอปพลิเคชันจึงเป็นนวัตกรรมที่ใช้งานง่ายไม่เพียงแต่ช่วยประเมินภาวะของโรคสมองเสื่อมได้แต่ยังช่วยกระตุ้นการรับรู้ได้ (Coppola, Kowtko, Yamagata, & Joyee, 2013; Bahar-Fuchs, Martyr, Goh, Sabates, & Clare, 2020; Davis, Nies, Shehab, & Shenk, 2014; Gately, Tickle-Degnen, Trudeau, Ward, Ladin, & Moo, 2020)

สำหรับความพึงพอใจต่อโมบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” พบว่า มีระดับความพึงพอใจ มีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีแอปพลิเคชัน สมาร์ทโฟนแอปพลิเคชัน ช่วยส่งเสริมการดูแล การฟื้นฟู การกระตุ้นการรับรู้ ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และช่วยจัดการกับความวิตกกังวลและปัจจัยที่นำไปสู่การแยกตัวทางสังคมในผู้สูงอายุ การใช้ฝึกการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมให้มีการจัดการตนเองดีขึ้นดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงมีความพึงพอใจสูง (วันเฉลิม พรหมศร, บุญชู บุญลิขิตศิริ และปรัชญา แก้วแก่น, 2563; Bahar-Fuchs, Martyr,

Goh, Sabates, & Clare, 2020; Coppola, Kowtko, Yamagata, & Joyee, 2013; Davis, Nies, Shehab, & Shenk, 2014; Gately, Tickle-Degnen, Trudeau, Ward, Ladin, & Moo, 2020; Lin, Brostrom, Griffiths, & Pakpour, 2020; Tahmassebi, 2018; Ye, How, Chu, & Mihailidis, 2021)

ข้อสรุปการวิจัยนโยบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” ในครั้งนี้เป็นการพัฒนานวัตกรรมในนโยบายซึ่งทำให้สะดวกในการใช้งานสามารถใช้ได้ทุกที่ ทุกเวลา และกิจกรรมที่อยู่ในนโยบายแอปพลิเคชันสามารถนำไปใช้ได้กับผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น ๆ ได้ เพียงแต่ต้องมีข้อจำกัดกลุ่มผู้ใช้ได้ จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ที่มีระบบ IOS 12 และ Android Version 8 เนื่องจากอุปกรณ์ที่มีระบบต่ำกว่านี้จะไม่รองรับกับการติดตั้งแอปพลิเคชันนี้ได้ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการใช้เป็นเครื่องมือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อกระตุ้นการรู้คิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. บุคลากรสาธารณสุข และผู้ดูแลผู้สูงอายุควรนำนโยบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงด้วยตนเองนี้ ไปเผยแพร่ใช้ในชุมชนเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2. บุคลากรสาธารณสุขควรส่งเสริม สนับสนุนให้ อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ นำนโยบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม “SDU Brain Training” ไปใช้เป็นเครื่องมือในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับระยะเวลา ความถี่ ความสม่ำเสมอ และจำนวนครั้งต่ออาทิตย์ในการใช้นโยบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม SDU Brain Training สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

2. ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ใช้นโยบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม SDU Brain Training สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงกับผู้ที่ไม่ได้ใช้นโยบายแอปพลิเคชันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม SDU Brain Training สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

เอกสารอ้างอิง

ชัชวาล วงศ์สารี. (2560). ผลกระทบการเกิดภาวะสมองเสื่อมต่อผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 23(4), 680-689.

ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ. (2565). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วันเฉลิม พรหมสาร, บุญชู บุญลิขิตศิริ และปรัชญา แก้วแก่น. (2563). การออกแบบแอปพลิเคชันเกมสื่อกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยใช้ป้องกันภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์. *วารสารสารสนเทศศาสตร์*, 38(4), 21-41.
- ศุภานัน เหลาคำ และวารณี บุญช่วยเหลือ. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงคราม. *วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร*.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย 2559. สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565 จาก https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/cj.
- สมิตรา โพธิ์ปาน และปัทมา สุพรรณกุล. (2562). การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล. *พุทธชินราชเวชสาร*, 36(1), 128-136.
- อาทิตยา สุวรรณ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2559). ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*, 5(2), 21-32.
- Bahar-Fuchs, A., Martyr, A., Goh, A. M. Y., Sabates, J. M., & Clare, L. (2020). Cognitive training for people with dementia: A cochrane review. *Alzheimer's & Dementia*, 16(S7), 1-2. <https://doi.org/10.1002/alz.044133>
- Coppola, J. F., Kowtko, M. A., Yamagata, C., & Joyee, S. (2013). *Applying mobile application development to help dementia and alzheimer patients. Wilson Center for Social Entrepreneurship*. Retrieved July 10, 2023 from <https://digitalcommons.pace.edu/wilson/16>.
- Davis, B., Nies, M., Shehab, M., & Shenk, D. (2014). Developing a pilot e-mobile app for dementia caregiver support: Lessons learned. *Journal of Nursing Informatics*, 18(1), 1-10.
- Dick, W. & Carey, L. (1996). *The Systematic Design of Instruction*. 4th Ed. New York: Haper Collins College Publishers.
- Gately, M. E., Tickle-Degnen, L., Trudeau, S. A., Ward, N., Ladin, K., & Moo, L. R. (2020). Caregiver satisfaction with a video telehealth home safety evaluation for dementia. *International Journal of Telerehabilitation*, 12(2), 35-42. <https://doi.org/10.5195/ijt.2020.6337>

- Lin, C. Y., Brostrom, A., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). Investigating mediated effects of fear of COVID-19 and COVID-19 misunderstanding in the association between problematic social media use, psychological distress, and insomnia. *Internet Interview*, 21, 100345. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100345>
- Tahmassebi, S. (2018). *Digital game design for elderly people*. Retrieved July 10, 2023. from <https://mau.diva-portal.org/smash/get/diva2:1480001/FULLTEXT01.pdf>.
- Ye, B., How, T. V., Chu C. H., & Mihailidis, A. (2021). Dementia Care apps for people with dementia and informal caregivers: A systematic review protocol. *Gerontology*, 67(5), 633-638. <https://doi.org/10.1159/000514838>

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเอง
จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

The Relationship between Health Literacy and Coronavirus Disease 2019
Prevention Behaviors among Nursing Students,
Borommarajonani College of Nursing Chiang Mai

ปริศนา ยิ่งราษฎร์สุข¹, ภัทรานิษฐ์ จองแก^{1*}, สายฝน สฤชติกุล¹

Prissana Yingratsook¹, Patthanit Jongkae^{1*}, Saifon Saritdikul¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข¹

Borommarajonani College of Nursing Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health¹

(Received: August 16, 2023; Revised: February 9, 2024; Accepted: July 2, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2) เปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คัดเลือกแบบเจาะจง ในปีการศึกษา 2563 จำนวน 613 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Kruskal-Wallis test สถิติ Wilcoxon Signed-Rank test และสถิติสหสัมพันธ์ Spearman Rank Correlation

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean= 77.45, S.D. = 15.42) เมื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามชั้นปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพ แตกต่างกับชั้นปีที่ 3 และ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$, $p\text{-value} < 0.001$ ตามลำดับ) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (Mean= 89.89, S.D. = 13.17) เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกตามชั้นปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกับชั้นปีที่ 1, 2 และ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) นอกจากนี้ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r = 0.54$, $p\text{-value} < 0.001$) ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลเพื่อใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล โดยเน้นด้านความรู้ความเข้าใจแก่นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันตนเอง, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, นักศึกษาพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ ภัทรานิษฐ์ จองแก e-mail patthanit@bcnc.ac.th

Abstract

This cross-sectional study aimed to 1) study the level of health literacy and self-protection behaviors against the coronavirus disease 2019 (COVID-19), 2) compare the levels of health literacy and self-protection behaviors against COVID-19, and 3) study the relationship between health literacy and self-protection behaviors against COVID-19. Participants consisted of 613 students in Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai from the first to the fourth year, specifically selected in the academic year 2020. The research tools included a health literacy assessment and a self-protection behavior assessment against COVID-19. The data were analyzed using descriptive statistics, Kruskal-Wallis test, Wilcoxon Signed-Rank test, and Spearman rank correlation.

The results of the study showed that the overall mean score of health literacy was at a good level (Mean= 77.45, S.D. = 15.42). When comparing health literacy levels by year, first-year students had significantly different health literacy levels compared to third and fourth-year students ($p\text{-value} < 0.05$, $p\text{-value} < 0.001$, respectively). The overall mean score of self-protection behaviors against COVID-19 was at a very good level (Mean= 89.89, S.D. = 13.17). When comparing self-protection behaviors against COVID-19 by year, fourth-year students had significantly different self-protection behaviors against COVID-19 compared to first, second, and third-year students ($p\text{-value} < 0.01$). Health literacy was positively correlated with self-protection behaviors against COVID-19 ($r = 0.54$, $p\text{-value} < 0.001$). The results of this study could be used to promote health literacy among nursing students, focusing on first-year students' knowledge and understanding to encourage self-protection behaviors against COVID-19.

Keywords: Health Literacy, Prevention Behaviors, Coronavirus Disease 2019, Nursing Students

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ถือเป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (Emerging Infectious Diseases) และเป็นสถานการณ์ที่รุนแรงของโลก ซึ่งมีการตรวจพบผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นทุกวัน ทั้งนี้ได้พบการแพร่กระจายของโรคเมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ซึ่งคาดการณ์ว่าแหล่งแพร่กระจายของเชื้อโรคมาจากสัตว์ป่า จากนั้นเชื้อไวรัสดังกล่าวได้แพร่กระจายไปอย่างรวดเร็วไปในหลายพื้นที่ของสาธารณรัฐประชาชนจีนและอีกหลายประเทศทั่วโลก โดยวันที่ 11 มีนาคม 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการระบาดใหญ่ (Pandemic) มีจำนวนผู้ป่วย และผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากอย่างรวดเร็ว อาการที่เกิดขึ้นขึ้นอยู่กับไวรัสแต่ละสายพันธุ์ และอาการที่พบบ่อย คือ

อาการทางระบบหายใจ มีไข้ ไอ หายใจถี่ และหายใจลำบาก ในรายที่รุนแรงอาจทำให้เกิดโรคปอดบวม โรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง ไตวาย และรุนแรงมากถึงขั้นเสียชีวิต (กรมควบคุมโรค, 2563; Cascella, Rajnik, Aleem, Dulebohn, & Di Napoli, 2023) การแพร่กระจายเชื้อ สามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้โดยติดต่อผ่านทางละอองฝอยซึ่งมีเชื้ออยู่จากการไอหรือจามรดกันแล้วหายใจ รวมถึงการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ โดยที่มือนั้นไปสัมผัสกับน้ำมูก น้ำลายหรือสัมผัสสิ่งของที่ปนเปื้อนเชื้อเอาเชื้อเข้าสู่ปอด หากประชาชนไม่ตระหนักต่อการป้องกันตนเอง และรู้ไม่เท่าทันโรค การแพร่ระบาดจะนำไปสู่การขยายในวงกว้างส่งผลให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงมากขึ้น (Dong & Bouey, 2020) ดังนั้นประชาชนควรให้ความสำคัญในการดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดความปลอดภัย จากการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าว โดยต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Hange et al., 2022; Tao et al., 2023)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) คือ ระดับความสามารถและทักษะของแต่ละบุคคลในการรับรู้ วิเคราะห์ข้อมูล และการปรับใช้ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องให้เหมาะสมกับตนเอง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตนให้อยู่ในภาวะสุขภาพที่ดี (ชินตา เตชะวิจิตรจาร, 2561) ตามแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะทางปัญญาและสังคม ที่ทำให้เกิดแรงจูงใจ และเกิดความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง รวมถึงเปลี่ยนแปลงทัศนคติของตน เพื่อเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจ 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) ทักษะการจัดการตนเอง และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ มักขาดโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลหรือบริการทางสุขภาพ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ หรือขาดการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย จึงทำให้มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ หรือมีภาวะเจ็บป่วยได้โดยง่าย ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเพียงพอ ก็จะสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทำความเข้าใจข้อมูล วิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูลสุขภาพที่ได้รับหรือเข้าถึงได้จนสามารถตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง ให้มีสุขภาพดีตามมาได้ (จิระภา ขำพิสุทธิ, 2561) ดังนั้น การเสริมสร้างให้บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ในการปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพให้มีสุขภาพที่ดี (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

การดูแลประชาชนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนั้น เป็นบทบาทที่สำคัญของบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งนักศึกษาพยาบาลถือว่าเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่สำคัญในอนาคต นักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องมีองค์ความรู้การบริการทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้รับบริการ หากนักศึกษาพยาบาลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี จะทำให้สามารถนำเสนอข้อมูลและสื่อสารให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามข้อมูลที่ได้รับได้ดี นอกจากนี้การศึกษาวิชาชีพพยาบาลตามหลักสูตร มีการเรียนในภาคปฏิบัติ โดยนักศึกษาจำเป็นต้องฝึกปฏิบัติงานจากสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วยหรือชุมชน ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หากนักศึกษาพยาบาลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะทำให้สามารถ

ตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ และสามารถดูแลผู้รับบริการให้ได้รับข้อมูลสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้ในการวางแผนส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

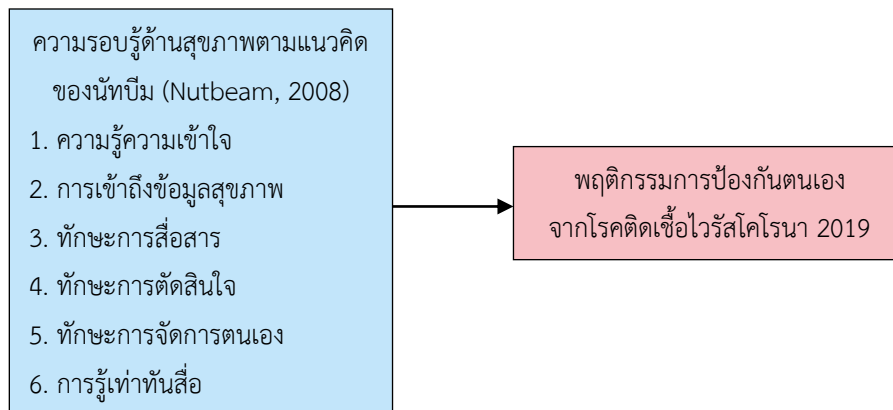
1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ จำแนกตามชั้นปี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี
2. กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปี มีระดับความรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน
3. กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปี มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกัน
4. ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ประกอบด้วย 1) ความรู้ ความเข้าใจ 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) ทักษะการจัดการตนเอง 6) การรู้เท่าทันสื่อ หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเพียงพอ จะทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีความเข้าใจข้อมูล วิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูลสุขภาพที่ได้รับหรือเข้าถึงได้ และจะสามารถตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพดีตามมาได้ ดังนั้นการเสริมสร้างให้บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี จะส่งผลให้บุคคลสามารถปฏิบัติตัวและจัดการพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน 2563 ถึง เดือนมีนาคม 2564 ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 613 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 ที่ลงทะเบียนเรียนในภาคเรียนที่1 ปีการศึกษา 2563

เกณฑ์การคัดออก คือ นักศึกษาที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้น ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว
2. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองตามแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน รวมทั้งสิ้น 30 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 0-30 คะแนน แบ่งเป็นด้านความรู้ความเข้าใจ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก ให้เลือกตอบข้อที่ถูกที่สุดเพียงข้อเดียว คะแนนเต็ม 10 คะแนน ถ้าตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน และถ้าตอบไม่ถูกต้องได้ 0 คะแนน ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ ด้านทักษะการสื่อสาร จำนวน 4 ข้อ ด้านทักษะการตัดสินใจจำนวน 3 ข้อ ด้านทักษะการจัดการตนเองจำนวน 7 ข้อ และด้านการรู้เท่าทันสื่อจำนวน 3 ข้อ เป็นแบบประเมินลักษณะตรวจสอบรายการ (Checklist) ถ้ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ 1 คะแนน

ถ้าไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ได้ 0 คะแนน การคิดคะแนน ผู้วิจัยจัดกลุ่มคะแนนโดยวิธีอิงเกณฑ์ โดยคิดคะแนนที่ได้เปรียบเทียบกับร้อยละ แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ คะแนนร้อยละ 80.00 ขึ้นไป หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก, คะแนนระหว่างร้อยละ 70.00-79.99 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี, คะแนนระหว่างร้อยละ 60.00-69.99 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ และคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

3. แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 20 ข้อ ลักษณะของการประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 อันดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้ 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน และมีเกณฑ์การคิดคะแนน เป็น 4 ระดับ ได้แก่ คะแนนระหว่าง ร้อยละ 80.00-100 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดีมาก, คะแนนระหว่าง ร้อยละ 70.00-79.99 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี, คะแนนระหว่าง ร้อยละ 60-69.99 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับพอใช้ และ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ 1 ท่าน และพยาบาลผู้มีประสบการณ์เชี่ยวชาญด้านงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อ 1 ท่าน แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index (CVI)) ได้เท่ากับ 0.95 และ 0.90 ตามลำดับ และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้น นำแบบประเมินทั้งสองไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยวิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ 0.89 และได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพโดยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

2. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยอธิบายแบบสอบถาม เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-Reported Questionnaire) โดยใช้เวลา 30 นาที

3. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล แล้วนำข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ
2. คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นำมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกตามชั้นปี ด้วยสถิติการทดสอบของครัสคาล-วัลลิส (Kruskal-Wallis test) และทดสอบรายคู่ด้วยสถิติวิลคอกสัน (Wilcoxon Signed-Rank test) ภายหลังทดสอบการกระจายของข้อมูล (Kolmogorov-Smirnov test) พบว่า การแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ
4. หาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เชิงอันดับ (Spearman rank correlation) ภายหลังทดสอบการกระจายของข้อมูล (Kolmogorov-Smirnov test) พบว่า เป็นการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ เลขที่ BCNCT 13/2563 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนของการวิจัย คือ พบกลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และวิธีการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมในการทำวิจัยเองโดยไม่มีข้อบังคับใด ๆ และสามารถยุติการร่วมวิจัยในช่วงใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลกับผู้วิจัย การตอบรับหรือการปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย ไม่มีผลต่อการศึกษา และคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ซึ่งไม่มีการระบุชื่อของผู้ร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 94.62 มีอายุอยู่ในช่วง 20-22 ปี ร้อยละ 82.54 มีรายได้ 3,000-5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 45.2

2. ระดับความรอบรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง 4 ชั้นปีอยู่ในระดับดี (Mean = 77.45, S.D. = 15.42) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตัวเอง และการรู้เท่าทันสื่อมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก (Mean = 83.20, S.D. = 25.89; Mean = 82.68, S.D. = 21.89; Mean = 82.66, S.D. = 21.87 และ Mean = 86.68, S.D. = 28.17 ตามลำดับ) ด้านทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับดี (Mean = 73.25, S.D. = 30.75) และด้านความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับพอใช้ (Mean = 67.03, S.D. = 17.98) ส่วนพฤติกรรมการป้องกันตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (Mean = 89.89, S.D. = 13.17) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของความรอบรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมและรายชั้นปี (n=613)

ตัวแปร	ชั้นปี								รวม		
	1		2		3		4		ชั้นปีที่ 1-4		
	(n=161)		(n=152)		(n=145)		(n=155)				
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	ระดับ
ความรอบรู้สุขภาพโดยรวม	70.95	15.81	74.42	13.65	74.28	15.00	90.15	8.20	77.45	15.42	ดี
ด้านความรู้ความเข้าใจ	62.30	16.25	67.11	17.78	67.58	14.02	71.42	21.76	67.03	17.98	พอใช้
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	75.98	28.92	80.04	26.92	77.70	26.66	98.92	8.85	83.20	25.89	ดีมาก
ด้านทักษะการสื่อสาร	68.17	28.78	64.31	31.07	63.62	34.36	96.29	10.96	73.25	30.75	ดี
ด้านทักษะการตัดสินใจ	73.40	24.93	79.55	20.59	79.83	22.21	98.07	5.95	82.68	21.89	ดีมาก
ด้านทักษะการจัดการตนเอง	73.52	24.97	79.31	20.56	79.87	22.14	98.06	5.95	82.66	21.87	ดีมาก
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	83.44	30.54	81.58	30.88	83.22	31.34	98.28	10.60	86.68	28.17	ดีมาก
พฤติกรรมการป้องกันตนเองโดยรวม	89.23	12.01	89.86	11.45	89.81	13.18	90.69	15.72	89.89	13.17	ดีมาก

3. เปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างแต่ละชั้นปี มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 0.05 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชั้นปี (n=613)

ตัวแปร	ชั้นปี	n	Mean rank	χ^2	P-value
ความรู้ด้านสุขภาพ	1	161	230.12	182.79	< 0.001**
	2	152	259.11		
	3	145	267.07		
	4	155	471.17		
พฤติกรรมการป้องกันตนเอง	1	161	288.51	11.288	0.01*
	2	152	294.06		
	3	145	298.64		
	4	155	346.72		

*p-value < 0.05, **p-value < 0.001

เมื่อเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายคู่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างชั้นปีที่ 1 กับชั้นปีที่ 3 ชั้นปีที่ 1 กับชั้นปีที่ 4 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.001 ส่วนกลุ่มตัวอย่างชั้นปีที่ 2 กับชั้นปีที่ 4 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และกลุ่มตัวอย่างชั้นปีที่ 3 กับชั้นปีที่ 4 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายคู่ (n=613)

ชั้นปี	n	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	P-value
1	161	147.79	23493.50	-1.86	0.06
2	152	166.76	25347.50		
1	161	143.61	23122.00	-2.06	0.04*
3	145	164.48	23849.00		
1	161	100.72	16215.50	-11.50	<0.001**
4	155	218.52	33870.50		
2	152	145.34	22091.50	-0.75	0.45
3	145	152.84	22161.50		
2	152	100.01	15202.00	-10.59	<0.001**

ชั้นปี	n	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	P-value
4	155	206.94	32076.00		
3	145	95.76	13885.00	-10.61	<0.001**
4	155	201.71	31265.00		

*p-value < 0.05, **p-value < 0.001

เมื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายคู่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างชั้นปีที่ 1 กับชั้นปีที่ 4 มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนกลุ่มตัวอย่างชั้นปีที่ 2 กับชั้นปีที่ 4 มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และกลุ่มตัวอย่างชั้นปีที่ 3 กับชั้นปีที่ 4 มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายคู่ (n=613)

ชั้นปี	n	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	P-value
1	161	155.07	24966.50	-0.40	0.69
2	152	159.04	24174.50		
1	161	150.80	24279.50	-0.57	0.57
3	145	156.49	22691.50		
1	161	144.63	23285.50	-2.86	0.004**
4	155	172.91	26800.50		
2	152	147.03	22348.00	-0.41	0.68
3	145	151.07	21905.00		
2	152	140.99	21430.00	-2.65	0.008**
4	155	166.76	25848.00		
3	145	137.08	19876.50	-2.69	0.007**
4	155	163.05	25273.50		

**p-value < 0.01

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r = 0.54$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า การเข้าถึง

ข้อมูลสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการจัดการตัวเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.30, 0.39, 0.33, 0.42, 0.62, p\text{-value} < 0.001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ความรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ด้านความรู้ความเข้าใจ	0.07	0.11	ไม่มีความสัมพันธ์
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	0.30	$< 0.001^{**}$	ปานกลาง
ด้านทักษะการสื่อสาร	0.39	$< 0.001^{**}$	ปานกลาง
ด้านทักษะการตัดสินใจ	0.33	$< 0.001^{**}$	ปานกลาง
ด้านทักษะการจัดการตัวเอง	0.62	$< 0.001^{**}$	สูง
รวม	0.54	$< 0.001^{**}$	สูง

$^{**}p\text{-value} < 0.001$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์วิจัยและการทดสอบสมมติฐาน ดังนี้

ผลการศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้สุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง 4 ชั้นปีอยู่ในระดับดี (Mean = 77.45, S.D. = 15.42) สอดคล้องกับการศึกษาของจิระภา ขำพิสุทธิ์ (2564) ที่พบว่า นักศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น ชั้นปีที่ 1-4 มีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.99, SD = 0.70) เช่นกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ หยาตพิรุณ ศิริอิวัต, อาจหาญ และนิรชร ชูติพัฒนะ (2565) เรื่อง ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ร้อยละ 84.60 นอกจากนี้จากการศึกษาของณัฐริกา พร้อมพูน, กฤชณี เหลือง, วรางคณา คงสวัสดิ์, กฤติญา เสงนา และภุชณิศา มีนาเขตร (2565) พบว่า นักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี มีระดับความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวม อยู่ในระดับมาก เช่นกัน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตัวเอง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก (Mean = 83.20, S.D. = 25.89, Mean = 82.68, S.D. = 21.89 และ Mean = 82.66, S.D. = 21.87 ตามลำดับ) ทั้งนี้เนื่องจากนักศึกษาเป็นนักศึกษาด้านสุขภาพ มีโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพทั้งจากสถาบันการศึกษาที่นักศึกษาศึกษาอยู่แหล่งที่นักศึกษาฝึกปฏิบัติงาน มีการประชาสัมพันธ์ความรู้ผ่านทางสื่อออนไลน์ต่าง ๆ เสียงตามสาย และ

การแจ้งให้ปฏิบัติตามมาตรการเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโคโรนา 2019 ของสถาบันและแหล่งฝึกปฏิบัติงาน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ สามารถตัดสินใจและจัดการตนเองได้จากโรคติดเชื้อ โคโรนา 2019

เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีเชียงใหม่จำแนกตามชั้นปี ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาแต่ละชั้นปีมีความรู้ด้านสุขภาพโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยชั้นปีที่ 1 มีความรู้ด้านสุขภาพโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกับชั้นปีที่ 3 และ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.001 ตามลำดับ ซึ่งคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 (Mean = 90.15, S.D. = 8.20) และ ชั้นปีที่ 3 (Mean = 74.28, S.D. = 15.00) มากกว่าชั้นปีที่ 1 (Mean = 70.95, S.D. = 15.81) ทั้งนี้อาจเนื่องจากนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 มีประสบการณ์ การดูแลตนเองด้านสุขภาพได้รับความรู้ และฝึกทักษะทางด้านสุขภาพ ในการเรียนรายวิชาทางการพยาบาล ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติจากอาจารย์และบุคลากรทางสุขภาพ จึงทำให้มีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีได้ ซึ่งความรู้ และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สุขภาพ (อลงกรณ์ สุขเรืองกุล, จักรพันธ์ โพธิภาพ, วสันต์ชาย สุรมาตย์, มณฑิรา ชนะกาญจน์, กัลยา ปังประเสริฐ และเพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ, 2565)

นอกจากนี้ ผลการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีเชียงใหม่ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเองโดยรวม อยู่ในระดับดีมาก (Mean = 89.89, S.D. = 13.17) เช่นเดียวกับการศึกษาของของจิระภา ขำพิสุทธิ์ (2564) ที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.34, S.D.=0.60) และสอดคล้องกับวิจัยของ หยาตพิรุณ ศิริ, อธิวัต อาจหาญ, และนิรชร ชูดีพัฒนา (2565) ที่พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้ อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 63.90 ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีเชียงใหม่ จำแนกตามชั้นปี พบว่า นักศึกษาแต่ละชั้นปี มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยชั้นปีที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกับชั้นปีที่ 1, 2 และ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของชั้นปีที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 90.69, S.D. = 15.72) และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจในความรอบรู้ด้านสุขภาพของทุกชั้นปี พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 71.42, S.D. = 21.76) ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของรัศมี สุขนรินทร์ และคณะ (2565) พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 มีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจในความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด จึงสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ดีกว่าชั้นปีอื่น ๆ ที่มีความรู้เข้าใจ

ในความรอบรู้ด้านสุขภาบน้อยกว่า (รัศมี สุขนรินทร์, กฤษณัญ ศรีใจ, จินดา ม่วงแก่น และวรัญญูศิษา ทรัพย์ประเสริฐ, 2565)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสายบุรีใหม่ ผลการวิจัย พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r = 0.54$) สอดคล้องกับงานวิจัยอื่น ๆ ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จิระภา ขำพิสุทธิ์, 2564; หยาดพิรุณ ศิริ, อธิวัต อจหาญ และนิรชร ชูดีพัฒนา, 2565) สอดคล้องกับจิระภา ขำพิสุทธิ์ (2561) ได้กล่าวว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ มักเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้ไม่ดี ทำให้มีความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองน้อย จึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพได้

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสายบุรีใหม่ เป็นรายด้าน พบว่า การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการจัดการตัวเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r = 0.30, 0.39, 0.33, 0.42$ และ 0.62 ตามลำดับ) สอดคล้องกับงานวิจัยของวิชัย เทียนถาวร และณรงค์ ใจเที่ยง (2564) ที่ศึกษาในกลุ่มวัยเรียนมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการบอกต่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เช่นเดียวกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่ม Generation Z ซึ่งมีความสามารถในการใช้เครื่องมือทางเทคโนโลยีต่าง ๆ และเรียนรู้ได้รวดเร็ว (อภิชา อินสุวรรณ, ณัฐรินทร์ แพทยานนท์, จิตติพร จิตติจำเริญพร และปนัดดา เดชวงศ์ญา, 2561) จึงทำให้สามารถค้นหาเลือกข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องผ่านสื่อต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว และสามารถจัดการตนเองเพื่อปฏิบัติตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการเรียนการสอน เป็นแนวทางในการสอน เรื่องการส่งเสริมความรู้สุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับนักศึกษาพยาบาล
2. ด้านนโยบาย เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานศึกษา โดยเน้นด้านความรู้ความเข้าใจในนักศึกษาชั้นปีที่ 1

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาวิจัยเชิงพัฒนาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มนักศึกษา หรือบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2563). *กรมควบคุมโรค แนะนำประชาชนเพิ่มระยะห่างทางสังคม “Social Distancing” กับ 8 วิธี ป้องกันโรคโควิด-19*. สืบค้นเมื่อ 7 เมษายน 2563 จาก <https://shorturl.asia/Y59Mk>.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *การเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน*. สืบค้นเมื่อ 7 เมษายน 2563 จาก <http://www.hed.go.th/uploads/file/Health%20Literacy/studywork.pdf>.
- จิระภา ขำพิสุทธิ์. (2561). ความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร. *วารสารการวัดผลการศึกษา*, 24(1), 67-78.
- จิระภา ขำพิสุทธิ์. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของนักศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 7(4), 17-28.
- ซินตา เตชะวิจิตรจาร. (2561). ความรอบรู้ทางสุขภาพ: กุญแจสำคัญสู่พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่ดี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(ฉบับพิเศษ), 1-11.
- ณัฐริกา พร้อมพูน, กฤชณี เหลือง, วรางคณา คงสวัสดิ์, กฤติญา เสงี่ยม และภูษณิศรา มีนาเขตร. (2565). ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคโควิด-19 และพฤติกรรมสุขภาพแบบชีวิตวิถีใหม่ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. *วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 1(1), 16-27.
- รัศมี สุขนรินทร์, กฤษณัญ ศรีใจ, จินดา ม่วงแก่น และวรัญญูศิลา ทรัพย์ประเสริฐ. (2565). พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารควบคุมโรค*, 48(3), 484-492.
- วิชัย เทียนถาวร และณรงค์ ใจเที่ยง. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ในกลุ่มวัยเรียนมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(2), 126-137.
- หยาดพิรุณ ศิริ, อธิวัต อาจหาญ และนิรชร ชูดีพัฒนะ. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้. *วารสารควบคุมโรค*, 48(3), 493-504.
- อภิชา อินสุวรรณ, ณัฐนรินทร์ แพทยานนท์, จิตติพร จิตติจำเริญพร และปณิดดา เดชวงศ์ญา. (2561). การจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในแต่ละช่วงวัยบนพื้นฐานของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และไทยแลนด์ 4.0 โมเดล. *วารสารมหาวิทยาลัยพายัพ*, 28(2), 21-39.

- อลงกรณ์ สุขเรืองกุล, จักรพันธ์ โพธิภาพ, วสันต์ชาย สุรมาตย์, มณฑิรา ชนะกาญจน์, กัลยา ปังประเสริฐ และเพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย จังหวัดขอนแก่น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(1), 156-171.
- Cascella, M., Rajnik, M., Aleem, A., Dulebohn, S. C., & Di Napoli, R. (2023). *Features, Evaluation, and Treatment of Coronavirus (COVID-19)*. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- Dong, L., & Bouey, J. (2020). Public mental health crisis during COVID-19 pandemic, China. *Emerging Infectious Diseases*, 26(7), 1616-1618. <https://doi.org/10.3201/eid2607.200407>
- Hange, N., et al. (2022). Impact of COVID-19 response on public health literacy and communication. *Health Promotion Perspectives*, 12(1), 1-9. <https://doi.org/10.34172/hpp.2022.01>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Tao, Z., et al. (2023). Relationship between health literacy and COVID-19 knowledge: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 11, 1058029. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1058029>

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพเขตบริการสุขภาพที่ 8 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

Factors Affecting of Professional Burnout among Registered Nurses in Health Region 8 During the COVID-19 Pandemic

สุตาพร วงษาเนา¹, อัจฉรา คำมะทิติย์^{2*}, กิตติพร เนาว์สุวรรณ³, นภชา สิงห์วีรธรรม⁴

Sudaporn Wongsanao¹, Adchara Khammathit^{2*}, Kittiporn Nawsuwan³, Noppcha Singweratham⁴

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย¹,

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข²,

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข³,

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่⁴

Thabo Hospital, Nongkhai Province¹,

Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health²,

Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health³,

Faculty of Public Health, Chiang Mai University⁴

(Received: September 15, 2023; Revised: January 22, 2024; Accepted: May 8, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเหนื่อยล้าในการทำงานและปัจจัยที่ส่งผลต่อความเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตบริการสุขภาพที่ 8 จำนวน 247 คน เครื่องมือวิจัยที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 แบบประเมินความกลัวต่อโรคโควิด-19 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความเครียด และแบบประเมินความเหนื่อยล้าในการทำงาน มีค่าเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91, 0.90, 0.90, 0.92 และ 0.98 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณโลจิสติก

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ ลักษณะงาน ความกลัว และภาวะซึมเศร้า ($p\text{-value} < 0.05$) โดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความเหนื่อยล้าในการทำงานเป็น 5.41 เท่า (AOR = 5.41, 95%CI: 1.44-20.28) ของพยาบาลในแผนกผู้ป่วย ในส่วนพยาบาลวิชาชีพที่มีความกลัวต่อโรคโควิด-19 ระดับสูงมีความเหนื่อยล้าในการทำงาน 2.25 เท่า (AOR = 2.25, 95%CI: 1.20-4.21) เปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีความกลัวระดับต่ำ และพยาบาลวิชาชีพที่มีภาวะซึมเศร้าระดับสูงมีความเหนื่อยล้าในการทำงานเป็น 4 เท่า (AOR = 4.00, 95%CI: 1.85-8.67) เปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ ดังนั้นจึงควรจัดอัตรากำลังเสริมรวมถึงจัดกิจกรรมเสริมสร้างกำลังใจเพื่อเสริมแรงทางบวกสำหรับพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่มที่ปฏิบัติงานในด้านหน้าเพื่อลดความกลัวและภาวะซึมเศร้าที่เป็นสาเหตุของภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน

คำสำคัญ: โควิด-19, พยาบาลวิชาชีพ, ความกลัว, ภาวะซึมเศร้า, ความเหนื่อยล้า

*ผู้ให้การติดต่อ อัจฉรา คำมะทิติย์ e-mail: adcharakham@bcnu.ac.th

Abstract

This cross-sectional study aimed to examine professional burnout and the factors that affected burnout among professional nurses in Health Region 8 during the COVID-19 pandemic. Participants were 247 nurses who worked in public hospitals under the Ministry of Public Health in Health Region 8. The research tools used included questionnaires on demographic data questionnaire, COVID-19 Anxiety Scale (CAS), Fear of COVID-19 (FCV-19S), Stress Test-5 (ST-5), The Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and Thai version Copenhagen burnout inventory (T-CBI scale). The Cronbach's alpha coefficients for these scales were 0.91, 0.90, 0.90, 0.92 and 0.98, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression.

The research results found that factors associated with burnout among professional nurses included job characteristics, fear, and depression ($p\text{-value} < 0.05$). Professional nurses working in sub-district health-promoting hospitals experienced burnout 5.41 times higher (AOR = 5.41, 95% CI: 1.44-20.28) compared to inpatient department nurses. Professional nurses with high levels of fear of COVID-19 experienced burnout 2.25 times higher (AOR = 2.25, 95% CI: 1.20-4.21) compared to those with low levels of fear. Meanwhile, professional nurses with high levels of depression experienced burnout 4 times higher (AOR = 4.00, 95% CI: 1.85-8.67) compared to those with low levels of depression. Therefore, it is recommended to provide additional staffing and morale-boosting activities to support nurses, particularly those on the front lines, to reduce fear and depression, which are causes of burnout.

Keywords: Coronavirus 19, Professional Nurses, Fear, Depression, Burnout

บทนำ

สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อมนุษย์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจความรุนแรงของโรคทางด้านร่างกาย ส่งผลให้เกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ เช่น ความกลัว ภาวะเครียด และภาวะซึมเศร้า ปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้นได้กับทุกคน รวมทั้งบุคลากรทางสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง กลุ่มติดเชื้อในโรงพยาบาลและผู้ป่วยในสถานที่กักตัวต่าง ๆ การศึกษาที่ผ่านมาพบหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เนื่องจากบุคคลกลุ่มดังกล่าวได้รับผลกระทบต่อตัวบุคคลในฐานะการเป็นผู้เผชิญสถานการณ์แพร่ระบาดในพื้นที่ของตนเองและเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัวการติดเชื้อ

ภาวะเครียดจากการเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ และภาวะซึมเศร้าที่คุกคามทางจิตใจ (Ahorsu, Lin, Marznaki, & Pakpour, 2022; Ching et al., 2021; Leo et al., 2021)

ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคทำให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อพยาบาลโดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพจิตและปัญหาการปรับตัวต่อการทำงาน (New Normal) พยาบาลเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบเช่นเดียวกับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ โดยมีงานวิจัยจากต่างประเทศที่สนับสนุนข้อค้นพบว่าพยาบาลที่เผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จะมีปัญหาทางสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระดับสูง (Jihn, Kim, & Kim, 2021; Sagaltici, Saydam, Cetinkaya, Şahin, Küçük, & Müslümanoğlu, 2022) ซึ่งภาวะดังกล่าวส่งผลต่อปัญหาสุขภาพและต่อความเหนื่อยล้าในการทำงาน และประสิทธิภาพการทำงาน (Bellanti, et al., 2021; Raja, Jahanzeb, Malik, & Baig, 2022)

ปัจจุบันพบว่าในต่างประเทศให้ความสนใจเกี่ยวกับประเด็นภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานเพิ่มมากขึ้น ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าม้งงานวิจัยที่ถูกตีพิมพ์เกี่ยวกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลที่กำลังปฏิบัติงาน โดยพบผลการศึกษาที่มีแนวโน้มคล้ายคลึงกัน คือ มีอัตราการเกิดปัญหาความเหนื่อยล้าในพยาบาลในระดับสูง (Jihn, Kim & Kim, 2021; Sagaltici, Saydam, Cetinkaya, Şahin, Küçük, & Müslümanoğlu, 2022) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hu และคณะ (2020) ที่ทำการศึกษาขนาดใหญ่ในกลุ่มพยาบาลที่กำลังปฏิบัติงานด้านหน้า จำนวน 2,014 คน จาก 2 โรงพยาบาลในเมืองฮูอัน ประเทศจีน ผลการศึกษาร้อยละ 14.30 ของพยาบาลมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง พยาบาลร้อยละ 10.70 มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง และร้อยละ 91.20 ของพยาบาลมีความกลัวอยู่ในระดับสูง ส่วนความเหนื่อยล้าในภาพรวมของพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างระบุว่าส่วนใหญ่เกิดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ในขณะที่ปฏิบัติงานในระดับสูง (n=1,218, 60.5%)

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่กล่าวถึงข้างต้น พบว่า การศึกษาส่วนมาก เป็นการศึกษาเกี่ยวกับภาวะทางสุขภาพจิตที่เป็นปัจจัยทางจิตสังคมและภาวะความเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด-19 ในต่างประเทศ แต่การศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับประเด็นนี้ยังมีค่อนข้างน้อยและมีจำกัดในบางพื้นที่ ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลในสถานการณ์โควิด-19 ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ของโรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลประจำจังหวัด เพื่อศึกษาความวิตกกังวลต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความกลัวต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความเครียด และภาวะซึมเศร้าในการทำงานต่อภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้งเพื่อศึกษาอิทธิพลด้านจิตสังคมของปัจจัยดังกล่าวที่ส่งผลต่อภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานพยาบาล ทั้งนี้ทีมวิจัยคาดหวังว่าผลการศึกษาที่ได้จะสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานของสภาพการณ์การปัจจุบันของพยาบาลสังกัดสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาพรวม

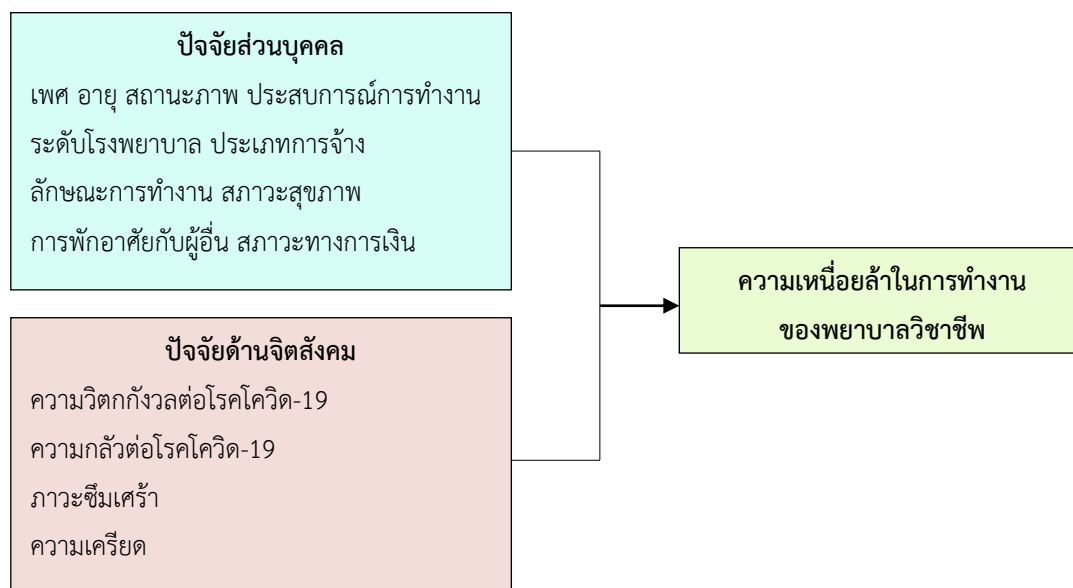
ของพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 8 เพื่อนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้เสนอต่อผู้บริหารสถาบันและใช้ในการวางแผนงานเพื่อช่วยเหลือแก้ปัญหาให้พยาบาลมีภาวะสุขภาพจิตที่ปกติสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ เขตบริการสุขภาพที่ 8 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ เขตบริการสุขภาพที่ 8 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

กรอบแนวคิดการวิจัย

ความเหนื่อยล้าในการทำงานและประสิทธิภาพการทำงานเกิดขึ้นจากปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิตสังคมจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ผู้ปฏิบัติงานต้องเผชิญและรับมือกับโรคอุบัติใหม่ ในสถานการณ์วิกฤติต่าง ๆ ทำให้ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ปฏิบัติงาน ปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว และภาวะซึมเศร้าในระดับสูง (Jihn, Kim & Kim, 2021; Sagaltici, Saydam, Cetinkaya, Şahin, Küçük, & Müslümanoğlu, 2022) ซึ่งภาวะดังกล่าวส่งผลต่อปัญหาสุขภาพและต่อความเหนื่อยล้าในการทำงานและประสิทธิภาพการทำงาน (Bellanti et al., 2021; Raja, Jahanzeb, Malik, & Baig, 2022) ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Analytic Cross-Sectional Study) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2565 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ เขตบริการสุขภาพที่ 8

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตบริการสุขภาพที่ 8 จำนวน 10,008 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตบริการสุขภาพที่ 8 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (1987) โดย $n = 10k + 50$ k แทนตัวแปรอิสระ 17 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยจำนวน 220 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่าง 10% เพื่อป้องกันข้อมูลตอบกลับไม่สมบูรณ์ ได้ตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 272 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบชั้นภูมิ โดยคำนวณสัดส่วนตามระดับสถานบริการ จากนั้นสุ่มอย่างมีระบบในแต่ละสถานบริการ โดยกำหนดให้ปัดรับจำนวนแบบสอบถามในระบบตามจำนวนที่กำหนด ภายหลังส่งแบบสอบถามทางออนไลน์ พบว่า ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา 247 ชุด ซึ่งได้มากกว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามการคำนวณแต่ไม่ถึงจำนวนที่กำหนด เพื่อป้องกันการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงพิจารณาใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 247 คน ตามยอดผู้ตอบแบบสอบถามที่สมบูรณ์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีการกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ เขตบริการสุขภาพที่ 8 ในช่วงปีงบประมาณ 2565
2. สนใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

เป็นพยาบาลที่มีประวัติการรักษาโรคติดกั้วงวล โรคซึมเศร้า จิตเภท เพื่อป้องกันการสูญหายจึงขอเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงาน ระดับโรงพยาบาล สภาวะสุขภาพ สิทธิการรักษา การพักอาศัย สภาวะทางการเงิน ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ประวัติการรับวัคซีน ระยะเวลาในการทำงาน ลักษณะงาน การปฏิบัติงานเพิ่มเติมในช่วงการแพร่ระบาด โดยลักษณะคำตอบให้เลือกตอบ

2. แบบประเมินความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 (Covid Anxiety Scale (CAS)) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 ที่สร้างและพัฒนาโดย Lee (2020) แปลเป็นภาษาไทยโดย อัจฉรา คำมะทิตย์ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ (2565) แบบสอบถามเป็นการสอบถามภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้นภายใน

ระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ จาก 4 คะแนน หมายถึง มีอาการเกือบทุกวันใน 2 สัปดาห์ ถึง 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการเลย การคิดคะแนนคิดเป็นคะแนนรวมทั้งแบบสอบถาม 0-20 คะแนน คะแนนที่มากหมายถึงความวิตกกังวลในระดับที่สูง ความรุนแรงของความวิตกกังวลขึ้นกับระดับคะแนนที่มากขึ้น

3. แบบประเมินความกลัวต่อโรคโควิด-19 (Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S)) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความกลัวต่อโรคโควิด-19 ที่สร้างและพัฒนาโดย Ahorsu, Lin, Imani, Saffari, Griffiths, & Pakpour (2022) แปลเป็นภาษาไทยโดย ภัทราภรณ์ พงษ์ปันคำ และคณะ (2021 cite in Rahman et al., 2021) จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ให้คะแนนจาก 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด ถึง 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด การคิดคะแนน คิดเป็นคะแนนรวมทั้งแบบสอบถาม 7-35 คะแนน การแปลค่าคะแนนคะแนนที่มาก หมายถึง ความกลัวในระดับที่สูง ความรุนแรงของความกลัวขึ้นกับระดับคะแนนที่มากขึ้น

4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ (PHQ-9) เป็นแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แปลเป็นภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (Lotrakul, Sumrithe, & Saipanish, 2008) จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ ให้คะแนนจาก 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีเลย 1 คะแนน หมายถึง มีบางวัน 2 คะแนน หมายถึง มีมากกว่า 7 วัน และ 3 คะแนน หมายถึง มีแทบทุกวัน การแปลผลคะแนน 0-4 หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 5-9 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนน 10-14 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง คะแนน 15-19 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าค่อนข้างรุนแรง และ คะแนน 20-27 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

5. แบบประเมินความเครียด (ST-5) เป็นแบบวัดความเครียดสร้างโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ โดยเป็นการสอบถามความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ตอบแบบสอบถามภายในระยะเวลา 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ จาก 3 คะแนน หมายถึง เป็นประจำ ถึง 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีเลย การแปลผลคะแนน 0-4 หมายถึง ความเครียดน้อย คะแนน 5-7 หมายถึง ความเครียดปานกลาง คะแนน 8-9 หมายถึง ความเครียดมาก และ คะแนน 10-15 หมายถึง ความเครียดมากที่สุด

6. แบบประเมินความเหนื่อยล้าในการทำงาน (Thai Version Copenhagen Burnout Inventory (T-CBI Scale)) แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุง โดย ภัทรา เผือกพันธุ์ และคณะ (Phuekphan, Aungsueroch, Yunibhand, & Chan, 2016) จำนวน 19 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ให้คะแนนจาก 1 หมายถึง ไม่เคย ถึง 5 คะแนน หมายถึง เป็นประจำ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้น ได้แก่ 0 หมายถึง ไม่เคย/แทบไม่เคย 1 หมายถึง รู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 2-3 ครั้ง 2 หมายถึง รู้สึกเช่นนั้น 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ 3 หมายถึง รู้สึกเช่นนั้น 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ และ 4 หมายถึง รู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกวัน การแปลค่าคะแนนในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยดัดแปลงการจัดกลุ่มของภาวะเหนื่อยล้าเป็น 2 กลุ่มใหญ่ แยกตามคะแนนเฉลี่ยคือ คะแนนเฉลี่ย 0.00-1.99 หมายถึง ภาวะเหนื่อยล้าอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.00-4.00 หมายถึง ภาวะเหนื่อยล้าอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองกับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามความวิตกกังวลเท่ากับ 0.91 แบบสอบถามความกลัวเท่ากับ 0.90 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.90 แบบสอบถามความเครียดเท่ากับ 0.92 และแบบสอบถามความเหนื่อยล้าเท่ากับ 0.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ดำเนินการสร้างแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ชนิดตอบเอง ผ่านการใช้ Google Form แล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลแบบ Online Survey โดยการประสานงานผ่านผู้รับผิดชอบของเขตบริการสุขภาพที่ 8 ในการส่งต่อแบบสอบถามออนไลน์ด้วย QR Code โดยใช้ Application Line ส่งไปยังกลุ่มตัวอย่าง ใช้ระยะเวลาในการเก็บ 2 เดือน ผู้วิจัยจึงจะยุติการรับแบบสอบถามและดำเนินการตรวจสอบข้อมูล พบว่า ข้อมูลได้รับกลับคืนมา 247 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและความชุกของความเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านจิตสังคมที่ส่งผลต่อความเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ละตัวแปร (Bivariate Analysis) ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple Logistic Regression Analysis) และพิจารณาตัวแปรที่มีค่า p -value ของ Wald's test น้อยกว่า 0.25 เข้าสมการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple Logistic Regression Analysis) และคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p -value มากกว่า 0.05 ออกจากสมการด้วยวิธี Backward Elimination นำเสนอด้วยค่า Crude Odds Ratios (OR), Adjusted Odds Ratio และ p -value และค่าช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confidence Interval (95%CI)) การแปลผลพิจารณาจากค่า Odds Ratios กรณีที่ค่า OR มีค่ามากกว่า 1 แสดงว่าเป็นปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความเหนื่อยล้า และกรณีที่ค่า OR มีค่าน้อยกว่า 1 แสดงว่าปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยในเชิงป้องกันต่อการเกิดความเหนื่อยในการทำงาน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาประเด็นจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ 8/2565 ลงวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2565 นักวิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงข้อมูลในการเข้าร่วมวิจัยในคำชี้แจงการวิจัยที่ระบุรายละเอียดเกี่ยวกับการศึกษา

ได้แก่ ชื่อผู้วิจัย รายละเอียดการติดต่อทีมวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยไม่มีการบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม การรักษาความลับของข้อมูลได้ถูกดำเนินการอย่างเข้มงวด และผู้เข้าร่วมมีสิทธิ์ที่จะยอมรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วม รวมถึงสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายในหนึ่งปีหลังจากการเผยแพร่ผลการวิจัย ภายหลังจากคำชี้แจง ผู้ร่วมวิจัยต้องกดยอมรับการเข้าร่วมวิจัยจึงจะสามารถทำแบบสอบถามได้ และทีมวิจัยจะสามารถใช้ข้อมูลได้เมื่อผู้เข้าร่วมงานวิจัยยอมรับในการให้ข้อมูลเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 95 อายุเฉลี่ย 26-40 ปี และร้อยละ 71.50 ไม่อยู่ในสถานการณ์กลุ่มเสี่ยงของการสัมผัสเชื้อโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 เคยมีประสบการณ์ฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย โดยร้อยละ 37.70 มีประสบการณ์ฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยในช่วงสถานการณ์โควิด-19 นอกจากนั้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ครบ 2 เข็ม ถึงร้อยละ 61.50 และบางส่วนได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น เข็มที่ 3 ร้อยละ 34 และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 94 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยที่รุนแรง

2. ความวิตกกังวลต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความกลัวต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 95.63 มีความวิตกกังวลในภาวะปกติต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 85 มีความกลัวในระดับต่ำต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับการประเมินระดับความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.67 มีระดับความเครียดน้อย ร้อยละ 20 มีระดับความเครียดปานกลาง และมีความเครียดระดับรุนแรงถึงร้อยละ 11.04 ส่วนการประเมินภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 48.96 อย่างไรก็ตาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 เริ่มมีภาวะซึมเศร้า โดยพบว่ามีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางคิดเป็นร้อยละ 39.37 และมีกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับมากถึงรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 11.66

3. ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

พบว่า ความเหนื่อยล้าในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 60.70 และมีความเหนื่อยล้าในการทำงานระดับสูง ร้อยละ 39.30 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละระดับความเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ความเหนื่อยล้าในการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0.00-1.99)	150	60.7
ระดับสูง (2.00-4.00)	97	39.3

[8/18]

นอกจากนี้ พบว่าค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าโดยรวมเท่ากับ 2.14 (S.D. = 0.82) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 8 คุณรู้สึกอ่อนล้าเพราะงานบ่อยแค่ไหน (Mean = 2.45, S.D. = 1.07) รองลงมาคือ ข้อ 7 งานของคุณทำให้หมดแรงใจบ่อยแค่ไหน (Mean = 2.41, S.D. = 1.08) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 6 คุณรู้สึกอ่อนแอและเจ็บป่วยง่ายบ่อยแค่ไหน (Mean = 1.88, S.D. = 0.87) และคุณรู้สึกหงุดหงิดที่ต้องทำงานกับผู้รับบริการ/ผู้ป่วยบ่อยแค่ไหน (Mean = 1.88, S.D. = 0.86) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเหนื่อยล้าในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จำแนกรายข้อ

ความเหนื่อยล้าในการทำงาน	Mean	S.D.	ระดับ
ความเหนื่อยล้าส่วนบุคคล			
1. คุณรู้สึกเหนื่อยบ่อยแค่ไหน	2.34	0.90	สูง
2. คุณรู้สึกหมดแรงกายบ่อยแค่ไหน	2.16	0.94	สูง
3. คุณรู้สึกหมดแรงใจบ่อยแค่ไหน	2.19	0.99	สูง
4. คุณคิดว่า "ฉันทนต่อไปไม่ไหวแล้ว" บ่อยแค่ไหน	1.94	0.95	ต่ำ
5. คุณรู้สึกหมดเรี่ยวแรงบ่อยแค่ไหน	2.03	0.94	ต่ำ
6. คุณรู้สึกอ่อนแอและเจ็บป่วยง่ายบ่อยแค่ไหน	1.88	0.87	ต่ำ
ความเหนื่อยล้าจากงาน			
7. งานของคุณทำให้หมดแรงใจบ่อยแค่ไหน	2.41	1.08	สูง
8. คุณรู้สึกอ่อนล้าเพราะงานบ่อยแค่ไหน	2.45	1.07	สูง
9. งานของคุณทำให้คุณหงุดหงิดบ่อยแค่ไหน	2.29	1.05	สูง
10. คุณรู้สึกอ่อนล้าเมื่อสิ้นสุดวันทำงานบ่อยแค่ไหน	2.30	1.02	สูง
11. คุณรู้สึกอ่อนล้าในตอนเช้าเมื่อนึกถึงว่าจะต้องไปทำงานอีกวันหนึ่งแล้วบ่อยแค่ไหน	2.26	1.05	สูง
12. คุณรู้สึกวุ่นวายทุก ๆ ชั่วโมงการทำงานน่าเหนื่อยหน่ายสำหรับคุณบ่อยแค่ไหน	2.11	1.00	ต่ำ
13. คุณรู้สึกว่าไม่มีแรงพอสำหรับครอบครัวและเพื่อนฝูงในช่วงวันหยุดพักผ่อนบ่อยแค่ไหน	2.07	1.01	ต่ำ
ความเหนื่อยล้าจากผู้รับบริการ			
14. คุณรู้สึกว่าเป็นเรื่องยากที่ต้องทำงานกับผู้รับบริการ/ผู้ป่วยบ่อยแค่ไหน	1.98	0.91	ต่ำ
15. คุณรู้สึกหงุดหงิดที่ต้องทำงานกับผู้รับบริการ/ผู้ป่วยบ่อยแค่ไหน	1.88	0.86	ต่ำ
16. คุณรู้สึกว่าการทำงานกับผู้รับบริการทำให้คุณหมดพลังงานบ่อยแค่ไหน	1.95	0.93	ต่ำ
17. คุณรู้สึกว่าเป็นผู้ให้มากกว่าจะเป็นผู้รับเมื่อทำงานกับผู้รับบริการ/ผู้ป่วยบ่อยแค่ไหน	2.33	1.17	สูง
18. คุณรู้สึกเหนื่อยที่ต้องทำงานกับผู้รับบริการ/ผู้ป่วยบ่อยแค่ไหน	2.02	0.93	ต่ำ
19. คุณสงสัยบ่อย ๆ ว่าฉันจะทำงานกับผู้รับบริการ/ผู้ป่วยไปได้อีกนานแค่ไหน	2.09	1.04	ต่ำ
รวม	2.14	0.82	ต่ำ

4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเหนื่อยล้าในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ผลการวิเคราะห์แบบทีละปัจจัย พบว่า ตัวแปรเพศ สถานภาพ ความวิตกกังวล ความกลัว ภาวะซึมเศร้า และความเครียด มีผลกับความเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ตัวแปรอิทธิพลด้านจิตสังคมที่ส่งผลต่อความเหนื่อยล้าในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 แบบทีละปัจจัยด้วยสถิติ Simple Logistic Regression Analysis

ตัวแปร	รวม		ความเหนื่อยล้าต่ำ		ความเหนื่อยล้าสูง		Simple Logistic Regression Analysis			P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	COR	95% CI		
								Lower	Upper	
เพศ										0.01*
ชาย	23	9.3	8	34.8	15	65.2		1		
หญิง	224	90.7	142	63.4	82	36.6	3.25	1.32	7.99	
อายุ (ปี)										0.24
18-25 ปี	21	8.5	10	47.6	11	52.4		1		
26-40 ปี	71	28.7	40	56.3	31	43.7	0.70	0.26	1.87	
41-60 ปี	155	62.8	99	64.3	56	35.7	0.50	0.20	1.26	
สถานภาพ										0.02*
โสด/หม้าย	160	64.8	106	66.3	54	33.8		1		
คู่	87	35.2	44	50.6	43	49.4	1.92	1.13	3.27	
ประสบการณ์การทำงาน										0.50
1-5 ปี	42	17.0	22	52.4	20	47.6		1		
6-10 ปี	22	8.9	13	59.1	9	40.9	0.76	0.27	2.16	
11-15 ปี	17	6.9	9	52.9	8	47.1	0.98	0.32	3.02	
15 ปีขึ้นไป	166	67.2	106	63.9	60	36.1	0.62	0.31	1.23	
ประเภทการจ้าง										0.90
ข้าราชการ	213	86.2	129	60.6	84	39.4		1		
พนักงาน/ลูกจ้าง	44	17.8	21	61.8	13	38.2	0.95	0.45	2.00	
ระดับโรงพยาบาล										0.57
A/S	146	59.1	90	61.6	56	38.4		1		
M1/M2	70	28.3	44	62.9	26	37.1	0.95	0.53	1.71	

ตัวแปร	รวม		ความเห็น้อยลำต่ำ		ความเห็น้อยลำสูง		Simple Logistic Regression Analysis			P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	COR	95% CI		
								Lower	Upper	
F1/F2 /F3	17	6.9	10	58.8	7	41.2	1.12	0.40	3.13	0.23
รพ.สต.	14	5.7	6	42.9	8	57.1	2.14	0.71	6.50	
ลักษณะการปฏิบัติงาน										
รพ.สต.	14	5.6	6	42.9	8	57.1			1	0.50
แผนก	119	48.2	69	58.5	50	41.5	0.53	0.17	1.63	
OPD/ER/คลินิกพิเศษ										
แผนกผู้ป่วยใน	114	46.2	74	64.9	40	35.1	0.40	0.13	1.25	0.13
สภาวะสุขภาพ										
มีโรคประจำตัวเรื้อรัง/สุขภาพไม่แข็งแรง	73	29.6	42	57.5	31	42.5			1	
ไม่มีโรคประจำตัว/สุขภาพแข็งแรง	174	70.4	108	62.1	66	37.9	0.83	0.48	1.44	0.61
การพักอาศัยกับผู้อื่น										
อยู่คนเดียว	36	14.6	18	50.0	18	50.0			1	
อยู่กับเพื่อน	19	7.7	11	57.9	8	42.1	0.73	0.24	2.23	0.44
อยู่กับครอบครัวมีเด็กหรือผู้สูงอายุ	127	51.4	74	58.3	53	41.7	0.72	0.34	1.50	
อยู่กับครอบครัวไม่มีเด็กหรือผู้สูงอายุ	65	26.3	47	72.3	18	27.7	0.38	0.16	0.90	
สภาวะทางการเงิน										0.44
เงินรายได้มากกว่ารายจ่าย	84	34.0	54	64.3	30	35.7			1	
เงินรายได้เท่ากับรายจ่าย	99	40.1	60	60.6	39	39.4	0.32	0.37	1.39	
เงินรายได้น้อยกว่ารายจ่าย	64	25.9	36	56.3	28	43.8	0.58	0.44	1.58	
ประสบการณ์ทั่วไปเกี่ยวกับโรคโควิด										
ไม่เป็นกลุ่มเสี่ยงจากการสัมผัสเชื้อ	16	6.4	10	62.5	6	37.5			1	
เป็นกลุ่มเสี่ยงจากการสัมผัสเชื้อ	156	63.2	99	63.5	57	36.5	0.96	0.33	2.78	
เคยกักตัว/ติดเชื้อ/คนใกล้ชิดติดเชื้อ	75	30.4	41	54.7	34	45.3	1.38	0.46	4.19	

ตัวแปร	รวม		ความเห็น้อยลำต่ำ		ความเห็น้อยลำสูง		Simple Logistic Regression Analysis			P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	COR	95% CI		
								Lower	Upper	
ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโควิด										0.34
ได้รับไม่ครบ 3 เข็ม	8	3.3	7	87.5	1	12.5			1	
ครบ 3 เข็มขึ้นไป	47	19.0	29	61.7	18	38.3	0.21	0.25	1.73	
ครบ 4 เข็ม	192	77.7	114	59.4	78	40.6	0.91	0.47	1.75	
ความวิตกกังวล										<0.001*
ระดับต่ำ (0-3 คะแนน)	160	64.8	115	71.9	45	28.1			1	
ระดับสูง (4-20 คะแนน)	87	35.2	35	40.2	52	59.8	3.80	2.19	6.58	
ความกลัว										<0.001*
ระดับต่ำ (7-14 คะแนน)	152	61.5	110	72.4	42	27.6			1	
ระดับสูง (15-35 คะแนน)	95	38.5	40	42.1	55	57.9	3.60	2.10	6.18	
ภาวะซึมเศร้า										<0.001*
ระดับต่ำ (0-5 คะแนน)	159	64.4	122	76.7	37	23.3			1	
ระดับสูง (6-27 คะแนน)	88	35.6	28	31.8	60	68.2	7.07	3.96	12.62	
ความเครียด										<0.001*
ระดับต่ำ (0-3 คะแนน)	152	61.5	115	75.7	37	24.3			1	
ระดับสูง (4-15 คะแนน)	95	38.5	35	36.8	60	63.2	5.33	3.05	9.31	

*p-value < 0.05

Abbreviation: COR: Crude Odds Ratio; CI: Confidence Interval

หลังจากนำตัวแปรที่มีค่า *p-value* น้อยกว่า 0.25 ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ลักษณะการปฏิบัติงาน การพักอาศัยกับผู้อื่น ความวิตกกังวล ความกลัว ภาวะซึมเศร้าและความเครียด เข้าสมการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple Logistic Regression Analysis) โดยใช้วิธีนำเข้าตัวแปรแบบ Backward Elimination พบว่า ปัจจัยลักษณะงาน ความกลัว และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ต่อความเห็น้อยลำในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.001 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความเห็น้อยลำในการทำงานเป็น 5.41 เท่า (AOR = 5.41, 95%CI: 1.44-20.28) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความกลัวต่อโรคโควิด-19 ระดับสูง มีความเห็น้อยลำในการทำงาน 2.25 เท่า (AOR = 2.25, 95%CI: 1.20-4.21) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความกลัวระดับต่ำ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าระดับสูง

มีความเหนื่อยล้าในการทำงาน เป็น 4 เท่า (AOR = 4.00, 95%CI: 1.85-8.67) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิตสังคมส่งผลต่อความเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ด้วยสถิติ Multiple Logistic Regression

ปัจจัย	Univariate analysis			Multiple Logistic Regression			P-value
	COR	(95%CI)		AOR	(95%CI)		
		Lower	Upper		Lower	Upper	
ลักษณะการปฏิบัติงาน							
แผนกผู้ป่วยใน (Reference)		1			1		
รพ.สต.	2.47	0.08	7.61	5.41	1.44	20.28	0.01*
แผนก OPD/ER/คลินิกพิเศษ	1.31	0.77	2.23	1.68	0.89	3.17	0.11
ความกลัว							
ระดับต่ำ (7-14 คะแนน) (Reference)		1			1		
ระดับสูง (15-35 คะแนน)	3.60	2.10	6.18	2.25	1.20	4.21	0.01
ภาวะซึมเศร้า							
ระดับต่ำ (0-5 คะแนน) (Reference)		1			1		
ระดับสูง (6-27 คะแนน)	7.07	3.96	12.62	4.00	1.85	8.67	<0.001*
เพศ							
ชาย (Reference)		1			1		
หญิง	3.25	1.32	7.99	0.40	0.14	1.13	0.08
สถานภาพ							
โสด/หม้าย (Reference)		1			1		
คู่	1.92	1.13	3.27	0.56	0.29	1.09	0.09

*p-value < 0.05

Abbreviation: COR: Crude Odds Ratio; AOR: Adjusted Odds Ratio; CI: Confidence Interval

การอภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ: กรณีศึกษาในเขตบริการสุขภาพที่ 8 พบว่า ปัจจัยลักษณะงาน ความกลัว และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ต่อความเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.001 โดยพบว่า ปัจจัยลักษณะการปฏิบัติงานสัมพันธ์ต่อความเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีความเหนื่อยล้าในการทำงานเป็น 5.41 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับ

[13/18]

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงเวลาของการเก็บข้อมูลวิจัย การรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เปลี่ยนเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบการกักตัวและรักษาตัวที่บ้าน (Home Isolation) ทำให้บุคลากรด่านหน้าที่ปฏิบัติงาน ใน รพ.สต. มีภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย ในชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัย นิตยา เพ็ญศิริธนา (2566) ที่ทำการศึกษาเรื่อง ภาวะเหนื่อยล้าจากงาน ของบุคลากรด้านสุขภาพ รพ.สต. จังหวัดนนทบุรี ในช่วงโรคโควิด-19 ระบาด โดยทำการศึกษาในบุคลากร ด้านสุขภาพ 132 คน ทำงานใน รพ.สต. ในจังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรมีความเหนื่อยล้าจากงาน ในภาพรวมเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 17 และปัจจัยด้านภาระงานที่มากขึ้นมีอิทธิพลต่อ คะแนนรวมภาวะเหนื่อยล้าจากงาน ผลการศึกษาเป็นไปในทิศทางเดียวกับงานวิจัยจากต่างประเทศอื่น ๆ ที่พบว่า บุคลากรด่านหน้าที่ต้องรับมือกับสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและเกิดความ เหนื่อยล้าในการทำงาน (Allen & Cug, 2020; Hu et al, 2020)

นอกจากนั้นยังพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติในแกผู้ป่วย OPD/ER/คลินิกพิเศษ มีความเหนื่อยล้า ในการทำงานเป็น 1.68 เท่า (AOR = 1.68, 95%CI: 0.89-3.17) เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงาน ในแผนกผู้ป่วยใน ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลในแผนกคลินิกพิเศษ เช่น แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เป็นกลุ่มบุคลากรด่านหน้าที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในบทบาทของการคัดกรองผู้ป่วย ซึ่งมีจำนวน ผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นจำนวนมาก ทำให้เกิดความกลัวการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน เกิดเป็นความเครียด ในการทำงานเพราะต้องรับมือกับโรคอุบัติใหม่ที่ไม่สามารถคาดเดาได้ ประกอบกับภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นจึงส่งผลต่อ ความเหนื่อยล้าในการทำงานที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Ahorsu, Lin, Marznaki, & Pakpour (2022) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวต่อสถานการณ์โควิด-19 กับความเครียดจากการทำงาน และ ความเหนื่อยล้าในการทำงาน โดยทำการศึกษาในพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินจำนวน 516 ในแผนกฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลในประเทศอิรัก พบว่า สถานการณ์โควิด-19 ทำให้พยาบาลในแผนกฉุกเฉินเกิดปัญหา ทางสุขภาพจิต ได้แก่ ความกลัว ความเครียดจากการทำงานเนื่องจากเป็นบุคลากรด่านหน้าที่ต้องรับมือกับผู้ป่วย ทำให้มีภาระงานที่มาก ซึ่งทั้งหมดส่งผลกระทบต่อความเหนื่อยล้าในการทำงานและอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพ การทำงานของพยาบาล

ส่วนพยาบาลวิชาชีพที่มีความกลัวต่อโรคโควิด-19 ระดับสูง มีความเหนื่อยล้าในการทำงาน 2.25 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลวิชาชีพที่มีความกลัวระดับต่ำ สอดคล้องกับบทความวิชาการในการทบทวน วรรณกรรมของ Leo et al. (2021) ที่พบว่า ปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น ความเครียด ความกังวล ความกลัว มีผลต่อความเหนื่อยล้าในการทำงาน และการศึกษาของ Raja, Jahanzeb, Malik, & Baig (2022) ที่ทำการ ทดสอบสมมุติฐานเกี่ยวกับความกลัวในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ต่อความเหนื่อยล้า ในการทำงาน ผลการศึกษานักศึกษาที่มีบุคลิกภาพแบบขี้กลัว และมีความกลัวต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด ของโรคโควิด-19 ในระดับสูงส่งผลต่อเหนื่อยล้าในการทำงานในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบ ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวต่อโรคโควิด-19 และ ความเหนื่อยล้าในการทำงาน (Abdelghani, El-Gohary,

Fouad, & Hassan, 2020; Çağış & Yildirim, 2023; Ching et al., 2021) และส่วนมากพบว่า ความกลัวเป็นปัจจัยสำคัญในการพยากรณ์ภาวะความเหนื่อยล้า (อัจฉรา คำมะทิตย และกิตติพร เนาว์สุวรรณ, 2565; Jihn, Kim, & Kim, 2021) การศึกษานี้ยังพบปรากฏการณ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและความเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในเขตบริการสุขภาพที่ 8 โดยผลการศึกษาพบว่าพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้าระดับสูง มีความเหนื่อยล้าในการทำงานเป็น 4 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลวิชาชีพที่มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ สอดคล้องกับงานของกับผลงานวิจัยในต่างประเทศที่พบความเชื่อมโยงและความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและความเหนื่อยล้าในการทำงาน โดยพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน Bellanti et al. (2020) นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยทำนายหลักของการเกิดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน โดยการศึกษาของ Sagaltici และคณะ (2022) ทำการศึกษาภาวะเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และภาวะผิดปกติทางจิตสังคม และปัจจัยทำนายภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของบุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานด้านหน้าในช่วงสถานการณ์โควิด ในประเทศตุรกีจำนวน 259 คน ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยหลักที่สามารถพยากรณ์ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน โดยพบว่า บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าสูง ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าในการทำงานสูงด้วยเช่นกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรนำข้อมูลที่ได้นำเสนอต่อผู้มีส่วนได้เสียและผู้กำหนดนโยบายของเขตบริการสุขภาพที่ 8 เพื่อให้ทราบสถานการณ์ปัญหาที่พบร่วมกัน และจัดเวทีเสวนาแลกเปลี่ยนทัศนะในการแก้ไขปัญหาเชิงระบบร่วมกัน เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาการทำงานในพื้นที่ที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับบริบทการทำงานของพยาบาลในพื้นที่ เกิดการแก้ปัญหาที่ยั่งยืนและสร้างขวัญกำลังใจให้กับบุคลากรพยาบาล
2. สำนักงานเขตบริการสุขภาพที่ 8 ควรมีนโยบายในการติดตามและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตของบุคลากรพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อย่างเป็นระบบ และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง
3. ควรนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนแก้ปัญหาสุขภาพจิตในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในเขตบริการสุขภาพที่ 8 โดยออกแบบโปรแกรมการจัดการกับปัญหาความเหนื่อยล้าในการทำงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการทำวิจัยเชิงลึกในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงตามข้อมูลวิจัยคือกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านหน้าในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อค้นหาปรากฏการณ์ในแต่ละบริบทและวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป
2. ควรมีการติดตามการเปลี่ยนแปลงภาวะซึมเศร้าความเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลเป็นประจำทุกปีโดยการศึกษาแบบศึกษาไปข้างหน้า (Prospective Study) ในระยะเวลาที่ยาวขึ้น และได้ทราบถึงปัจจัยที่มี

ผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะความเหนื่อยล้าของพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพอื่น ๆ ในลำดับต่อไป

3. ควรทำวิจัยเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการกับปัญหาความเหนื่อยล้าในการทำงาน โดยออกแบบการวิจัยแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อให้ได้โปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ และนำไปใช้ในหน่วยงานต่าง ๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- นิตยา เพ็ญศิริภา. (2566). ภาวะเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรด้านสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนนทบุรีในช่วงโรคโควิด-19 ระบาด. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 9(1), 84-84.
- อัจฉรา คำมะทิตย และกิตติพร เนาว์สุวรรณ. (2565). อิทธิพลด้านจิตสังคมที่ส่งผลต่อความเหนื่อยล้าในการเรียน ของนักศึกษาพยาบาล สถาบันพระบรมราชชนก ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โควโรนา 19. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 14(2), 56-76.
- Abdelghani, M., El-Gohary, H. M., Fouad, E., & Hassan, M. S. (2020). Addressing the relationship between perceived fear of COVID-19 virus infection and emergence of burnout symptoms in a sample of Egyptian physicians during COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Middle East Current Psychiatry*, 27(1), 70. <https://doi.org/10.1186/s43045-020-00079-0>
- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2022). The Fear of COVID-19 Scale: Development and initial validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20(3), 1537-1545. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Marznaki, Z. H., & H Pakpour, A. (2022). The association between fear of COVID-19 and mental health: The mediating roles of burnout and job stress among emergency nursing staff. *Nursing Open*, 9(2), 1147-1154. <https://doi.org/10.1002/nop2.1154>
- Allen, M. & Cug, J. (2020). Demoralization, fear, and burnout associated with being a COVID-19 frontline healthcare worker. *Psychosociological Issues in Human Resource Managment*, 8(1), 43-48. <https://doi.org/10.22381/pihrm8120207>
- Bellanti, F., et al. (2021). Factors related to nurses' burnout during the first wave of coronavirus disease-19 in a university hospital in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5051. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105051>

- Çağış, Z. G. & Yıldırım, M. (2023). Understanding the effect of fear of COVID-19 on COVID-19 burnout and job satisfaction: A mediation model of psychological capital. *Psychology, Health & Medicine*, 28(1), 279-289. <https://doi.org/10.1080/13548506.2022.2077970>
- Ching, S. M., et al. (2021). Psychological distress among healthcare providers during COVID-19 in Asia: Systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 16(10), e0257983. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257983>
- Hu, D., et al. (2020). Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *EClinicalMedicine*, 24, 100424. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100424>
- Jihn, C. H., Kim, B., & Kim, K. S. (2021). Predictors of burnout in hospital health workers during the COVID-19 outbreak in South Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11720. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111720>
- Lee, S. A. (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*, 44(7), 393-401. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481>
- Leo, C. G., et al. (2021). Burnout among healthcare workers in the COVID 19 era: A review of the existing literature. *Frontiers in Public Health*, 9, 750529. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.750529>
- Lotrakul, M., Sumrithe, S., & Saipanish, R. (2008). Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*, 8, 46. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-8-46>
- Phuekphan, P., Aungsuroch, Y., Yunibhand, J., & Chan, S. W. C. (2016). Psychometric properties of the Thai version of Copenhagen Burnout Inventory (T-CBI) in Thai nurses. *Journal of Health Research*, 30(2), 135-142. <https://doi.org/10.14456/JHR.2016.19>
- Rahman, M. A., et al. (2021). COVID-19: Factors associated with psychological distress, fear and coping strategies among community members across 17 countries. *Globalization and Health*, 17(1), 117. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00768-3>
- Raja, U., Jahanzeb, S., Malik, M. A. R., & Baig, M. U. A. (2022). Dispositional causes of burnout, satisfaction and performance through the fear of COVID-19 during times of pandemic. *Applied Psychology*. <https://doi.org/10.1111/apps.12417>

- Sagaltici, E., Saydam, R. B., Cetinkaya, M., Şahin, Ş. K., Küçük, S. H., & Müslümanoğlu, A. Y. (2022). Burnout and psychological symptoms in healthcare workers during the COVID-19 pandemic: Comparisons of different medical professions in a regional hospital in Turkey. *Work (Reading, Mass.)*, 72(3), 1077-1085. <https://doi.org/10.3233/WOR-210517>
- Thorndike, R. M. (1978). *Correlational procedures for research*. New York: Garner Press.

การให้ความหมายของผู้ให้บริการสุขภาพต่อการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ
สำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์

The Meaning of Healthcare Providers on Promoting Health Literacy
for Women with Gestational Diabetes

บุญสืบ โลโสม¹, บำเพ็ญ คำดี^{2*}, กมลรัตน์ เทอร์เนอร์³, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ⁴, ศรีชนา ปุ่นสำเร็จ⁵, พรทิพา ศุภราศรี⁶, สุปิยา โภคทิพย์⁷
Boonsurb Sosome¹, Bumpen Kamdee^{2*}, Kamolrat Turner³, Chularat Howharn⁴, Treechada Punsomreung⁵,
Porntipa Suparasri⁶, Supian Pokathip⁷

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข¹,
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี^{2*}, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข³,
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข⁴,
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข⁵,
โรงพยาบาลชลบุรี⁶, โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์⁷

Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health¹,
Institute of Nursing, Suranaree University of Technology^{2*}, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health³,
Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health⁴,
Boromarajonani College of Nursing Praputhabat Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health⁵,
Chonburi Hospital⁶, Sappasitthiprasong Hospital⁷

(Received: August 16, 2023; Revised: February 9, 2024; Accepted: July 2, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาการให้ความหมายของผู้ให้บริการสุขภาพต่อการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ พื้นที่ดำเนินการศึกษา คือ โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 4 ของไทย จำนวน 9 แห่ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูล คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพ 15 คน เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไป 2) แนวคำถามการรับรู้ประสบการณ์ของการให้บริการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ความหมายของการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในมุมมองของผู้ให้บริการ คือ การสอนเพื่อการส่งเสริมความรู้ทางด้านสุขภาพให้รับรู้ถึงความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ การสอนจะทำตามแนวปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงของแต่ละโรงพยาบาล และรูปแบบการสอนที่ดีที่สุด คือ การสอนแบบรายบุคคล นอกจากนี้ลักษณะของผู้เรียนที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเป็นผู้ที่มีความรู้สนใจ ใส่ใจ ชักถาม สำหรับอุปสรรคในการสอนเพื่อส่งเสริมความรู้ทางด้านสุขภาพ พบว่า จำนวนผู้ให้บริการมีไม่เพียงพอ และรูปแบบการสอนที่ไม่ต่อเนื่อง ดังนั้นจึงควรมีโปรแกรมช่วยสอน และขั้นตอนการสอนย้อนกลับทุกครั้งของการตรวจตามนัดเพื่อติดตามผลการควบคุมระดับน้ำตาลของสตรีที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์

คำสำคัญ: เบาหวานในระยะตั้งครรภ์, ความรู้ทางสุขภาพ, สหสาขาวิชาชีพสุขภาพ, การศึกษาเชิงคุณภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ บำเพ็ญ คำดี e-mail: bumpen@sut.ac.th

Abstract

This qualitative study aimed to explore the meaning of healthcare providers on promoting health literacy for women with gestational diabetes. The study was conducted in nine hospitals within the Fourth Health Region of Thailand. Data were collected through in-depth interviews with 15 participants from a multidisciplinary team. The research instruments used were: 1) a general information collection form and 2) a set of questions on the perception of experiences in providing health literacy promotion services. Data were analyzed using content analysis.

The study found that the meaning of promoting health literacy from the perspective of healthcare providers was teaching to enhance health literacy, making pregnant women aware of the risks that affected their health and the health of their unborn babies. The teaching followed the guidelines of each hospital to reduce risks, and the best teaching method was individual instruction. Additionally, the characteristics of learners who were able to control their blood sugar levels well were those who were knowledgeable, interested, attentive, and inquisitive. The obstacles to teaching to promote health literacy included insufficient healthcare providers and inconsistent teaching methods. Therefore, supplementary teaching programs and a step-by-step review process during each appointment to monitor blood sugar control in pregnant women with diabetes were recommended.

Keywords: Gestational Diabetes, Health Literacy, Multidisciplinary Health Team, Qualitative Study

บทนำ

เบาหวานในระยะตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก จากข้อมูลสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation (IDF)) พบว่า ในปี ค.ศ. 2021 จากอัตราการเกิดมีชีพประมาณ 21.1 ล้านคน พบทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ร้อยละ 16.7 มักพบในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง และมีการเข้าถึงบริการสุขภาพน้อย อีกทั้งในสตรีที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์อีก 5-10 ปี ต่อมาจะมีโอกาสเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้สูง ทารกจะมีโอกาสเป็นเด็กอ้วนและพัฒนาไปเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ (International Diabetes Federation, 2023) ทั้งนี้เบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ Glucose Intolerance หรือ GDMA1 พบร้อยละ 90 รักษาด้วยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และ GDMA2 คือ มีระดับน้ำตาลในเลือดจากการอดอาหารมากกว่า 105 มก./ดล. ต้องทำการรักษาด้วยอินซูลิน (ชนิกา ตูจินดา และคณะ, 2560) ดังนั้นการศึกษามุมมองของผู้ให้บริการสุขภาพที่มีต่อการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มนี้จึงเป็นที่น่าสนใจ เนื่องจากแนวโน้ม

จะมีจำนวนสูงมากขึ้นในอนาคต นอกจากนี้มีหลักฐาน พบว่า ถ้าหากหญิงที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีจะช่วยลดการเป็นเบาหวานจาก GDMA1 ไม่ให้เป็น GDMA2 ได้ (Karavasileiadou, Almegwely, Alanazi, Alyami, & Chatzimichailidou, 2022; Meldgaard, Mads, & Helle, 2022) ดังนั้น ผู้ให้บริการสุขภาพ จึงมีบทบาทสำคัญต่อการปรับพฤติกรรมสตรีที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านมา พบว่า สตรีที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ หากผู้ให้บริการสุขภาพมีการส่งเสริมสตรีที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพ (Gharachourlo, Mahmoodi, Kamrani, Tehranizadeh, & Kabir, 2018; Nielsen et al., 2020) รวมทั้งยังพบว่า การสื่อสารเพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพนั้นควรเน้นด้านการจัดการเงื่อนไขที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ (Breuing et al., 2021) อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้ให้บริการสุขภาพยังขาดความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการจัดทำสื่อ เนื่องจากไม่มีโปรแกรมการสอนหรือนำให้สตรีตั้งครรภ์ได้เรียนรู้เพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพด้วยตนเอง (Nesari, Olson, Nasrabadi, & Norris, 2019) นอกจากนี้ยังการขาดเครื่องมือคัดกรองความรู้ทางสุขภาพ ขาดเทคนิคการสอนกลับเพื่อทบทวนความเข้าใจของผู้รับบริการหลังจากที่ให้ความรู้แล้ว ขาดการประเมินการเขียนข้อมูลทางสุขภาพ และขาดการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถนำไปประยุกต์ใช้ตามบริบทของตนเอง (Nesari, Olson, Nasrabadi, & Norris, 2019) อีกทั้งยังต้องมีความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรม ประสานงานการทำงานเป็นทีม ทำงานต่อเนื่อง และเชื่อมต่อกัน สร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้รับบริการ และจัดสิ่งแวดล้อมของการให้บริการอย่างเหมาะสม (North, Crofts, & Caryn, 2022) ดังนั้นงานวิจัยที่กล่าวมาทั้งหมดยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ให้บริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้ความหมายต่อการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์

การให้ความหมาย คือ ความรู้สึกนึกคิด การตีความ การให้คุณค่า ของผู้ให้บริการทางสุขภาพในการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งการให้ความหมาย และประสบการณ์ของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ทำงานร่วมกันในการส่งเสริมความรู้ทางด้านสุขภาพในสตรีที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ จะนำไปสู่การออกแบบและดำเนินการในการส่งเสริมความรู้ทางด้านสุขภาพในบริบทสังคมวัฒนธรรมในแหล่งบริการทางสุขภาพนั้น ๆ ดังนั้นการศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการให้ความหมายของผู้ให้บริการสุขภาพต่อการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย ได้กำหนดกรอบการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ การให้ความรู้ในเรื่องของโรค การดำเนินโรค สาเหตุ อันตรายที่เกิดจากโรคนี้ และให้ความรู้ด้านโภชนาการเพื่อปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (Blood Sugar Self-Monitoring) หรือการเจาะตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย, 2565) รวมทั้งประเทศไทยกำหนดนโยบายการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพให้กับประชาชน โดยกำหนดแนวทางการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพให้กับผู้ให้บริการสุขภาพ (วนรินตา ไชยพาน, สุจิตรา บุญกล้า, กฤษกร คนหาญ

และเนตรชนก ไชยพาน, 2564) แต่เมื่อพิจารณาการให้บริการสตรีที่เป็นเบาหวานระยะตั้งครรภ์ พบว่า ยังไม่มีองค์ความรู้ที่เป็นประสบการณ์ของการให้บริการเพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพที่เป็นมุมมองของผู้ให้บริการ โดยการศึกษานี้เป็นเป็นส่วนหนึ่งของโครงการการศึกษาการให้บริการเพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพสำหรับสตรีไทยที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์โดยใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาร่วมกับความรอบรู้ทางสุขภาพตามกรอบแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2000) เพื่อผลการศึกษาการให้ความหมายของผู้ให้บริการสุขภาพต่อการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ที่ได้จากการศึกษานี้ไปพัฒนาการให้บริการ เพื่อส่งเสริมให้สตรีที่เป็นเบาหวานระยะตั้งครรภ์มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการให้ความหมายของผู้ให้บริการสุขภาพต่อการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยา (Tuffour, 2017; Qutoshi, 2018; Peat, Rodriguez, & Joanna, 2019) ศึกษาการให้ความหมายของผู้ให้บริการที่มีต่อการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ เป็นการให้ความสำคัญกับการให้ความหมายและการตีความสถานการณ์จากทีมสุขภาพที่ให้บริการกับสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานโดยตรง และโดยอ้อมในคลินิกฝากครรภ์ ภายใต้บริบทด้านนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่เสนอว่าควรสนับสนุนการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพให้กับประชาชน โดยการศึกษาใช้แนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2000) โดยความรู้ทางสุขภาพประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่เน้นการศึกษาด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน - กันยายน 2566 ณ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 4 รวมทั้งหมด 9 แห่ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ให้บริการสุขภาพในคลินิกฝากครรภ์ ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นทีมบุคลากรทางสุขภาพที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ 2) มีประสบการณ์ในการให้บริการเพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพให้กับสตรีที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์

อย่างน้อย 1 ปี โดยได้รับการเสนอรายชื่อโรงพยาบาล และชื่อผู้ให้ข้อมูลหลักจากผู้กำหนดนโยบายของเขตสุขภาพที่ 4 ว่าเป็นผู้มีประสบการณ์ในการสอนเพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ และได้จากการบอกต่อของผู้ให้ข้อมูลว่าเป็นผู้ที่มีประสบการณ์สอนแบบตามรูปแบบของส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ ได้แก่ สูติแพทย์จากโรงพยาบาลศูนย์ 1 คน โภชนากรจากโรงพยาบาลศูนย์ 1 คน และจากโรงพยาบาลชุมชน 1 คน พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลศูนย์ 3 คน พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ 2 คน พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลทั่วไปขนาดกลาง (M1) 1 คน พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลทั่วไปขนาดกลาง (M2) 3 คน และพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลชุมชน 2 คน และพยาบาลที่ทำงานในองค์การบริหารส่วนจังหวัดซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพเพื่อยืนยันความถูกต้องของการให้ข้อมูล รวมทั้งหมดจำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัย โดยการศึกษาผู้วิจัยหลักเป็นนักวิจัยเชิงคุณภาพ 4 คน และ อีก 3 คน เป็นนักวิจัยเชิงปริมาณที่ทุกคนมีประสบการณ์ในการเรียนการวิจัยเชิงคุณภาพในหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มีประสบการณ์ร่วมวิจัยกับนักวิจัยเชิงคุณภาพมาก่อน ผู้วิจัยหลักเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการสอนนักศึกษาในคลินิกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลศูนย์ขนาด S และ M1 มาก่อน

2. แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ตำแหน่ง ประสบการณ์ทำงาน และวุฒิการศึกษา

3. แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับความหมายที่มีต่อการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในการให้บริการสตรีที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ที่ใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยา (Tuffour, 2017; Qutoshi, 2018; Peat, Rodriguez, & Joanna, 2019) และแนวคิดการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ (Nutbeam, 2000) เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ เช่น กรุณาเล่าให้ฟังว่าท่านคิดอย่างไรเกี่ยวกับสตรีที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ เพราะเหตุใด ท่านส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์อย่างไร เพราะเหตุใด อะไรที่ทำให้ส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ได้ดี เพราะเหตุใด อะไรที่คิดว่าต้องพัฒนาให้ดีขึ้นกว่าเดิม เพราะเหตุใด เป็นต้น

4. แบบบันทึกข้อมูลจากการสังเกตที่ได้จากการสัมภาษณ์ การลงพื้นที่ขอข้อมูลจากบันทึกในสมุดอนามัย แม่และเด็ก เอกสารประกอบการสอนต่าง ๆ ที่พยาบาลและนักโภชนาการใช้สอน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับความหมายที่มีต่อการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในการให้บริการสตรีที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ที่ใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยา แนวคำถามนี้ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และได้ทดลองนำไปสอบถามกับพยาบาลวิชาชีพที่คลินิกฝากครรภ์ 2 คน กลุ่มผู้ทดลองสามารถตอบคำถามได้และข้อคำถามสัมภาษณ์มีความเหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งโครงการวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลเพื่อขอรับรองจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ เมื่อได้รับอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการของโรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล จากนั้นดำเนินการประสานกับผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงาน ณ คลินิกฝากครรภ์ ดำเนินการขอคำยินยอมให้ข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตจึงดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีพยาบาลที่ให้สัมภาษณ์โดยตรง 2 คน ส่วนที่เหลือไม่สามารถให้สัมภาษณ์ในเวลาปฏิบัติงานได้จึงขอสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ เนื่องจากในเวลาราชการมีผู้รับบริการในคลินิกฝากครรภ์จำนวนมาก ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ให้บริการสุขภาพไม่มีเวลาให้สัมภาษณ์ในเวลาราชการ จึงขอคำยินยอมโดยการมอบเอกสารขอคำยินยอมไว้ก่อน จากนั้นจึงนัดเวลาเพื่อขออนุญาตสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ซึ่งเป็นนอกเวลาราชการใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที นอกจากนี้ยังได้ขอข้อมูลเอกสารเพิ่มเติมเพื่อยืนยันความถูกต้องของการวิเคราะห์ เช่น ตัวอย่างเอกสารที่ใช้สอนเพื่อส่งเสริมความรู้สุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผู้วิจัยหลักเป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลเอง การวิเคราะห์ดำเนินไปพร้อม ๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูล และยืนยันความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างการสัมภาษณ์ ตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ของข้อมูลจากแหล่งที่มาของข้อมูล เอกสาร เช่น ผลการวิเคราะห์ที่แสดงว่าผู้ให้บริการให้บริการตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล และคณะผู้วิจัยจะวิเคราะห์สามเส้า (Investigator Triangulation) โดยผู้วิจัยหลัก (ชื่อที่ 1 และ 2) นำแก่นสาระที่พบซ้ำ ๆ เสนอต่อผู้วิจัยคนอื่น ๆ ยืนยันว่าเป็นการให้ความหมายจากประสบการณ์ รวมทั้งนำไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลหลักคนต่อ ๆ มา ที่สัมภาษณ์เพื่อยืนยันความถูกต้องของการวิเคราะห์ เช่น กรณีพบแก่นสาระที่ซ้ำ ๆ กันว่า “เป็นความเสี่ยง มีคนไข้จำนวนมาก ทำงานไม่ทัน” นอกจากนั้นยังมีการนำแก่นสารนั้น ไปตรวจสอบความถูกต้องเชิงทฤษฎี (Theoretical triangulation) เช่น แก่นสาระที่พบว่า “คนที่คุม น้ำตาล ได้มักเป็นคนมีความรู้ สนใจ ใส่ใจ ชักถาม” ซึ่งพบว่า มีความตรงเชิงทฤษฎีที่เป็นความหมายของความรอบรู้ทางสุขภาพของ Nutbeam (2000) ที่ให้ความหมายของความรอบรู้ทางสุขภาพว่า จำความรู้ที่เป็นข้อมูลทางสุขภาพของตนเองได้ สนใจ ใส่ใจ ชักถาม และตัดสินใจนำไปใช้เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท เลขที่ IRB No.002/2565 มีการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดย 1) ชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยแก่ผู้ให้ข้อมูลอย่างละเอียดทุกขั้นตอน 2) ให้ผู้ให้ข้อมูลลงลายมือชื่อ

ในแบบยินยอมให้ทำการวิจัยก่อนเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ 3) ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลบันทึกเทปในการสัมภาษณ์ โดยไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละบุคคล และ 4) เสนอผลการวิจัยเป็นข้อมูลภาพรวมในเชิงวิชาการ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 อายุระหว่าง 40-59 ปี ประกอบด้วย สูติแพทย์จากโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 คน โภชนากรจากโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 1 คน และจากโรงพยาบาลขนาด M2 จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 3 คน พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลขนาด S จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลขนาด M1 จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลขนาด M2 จำนวน 2 คน และพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลชุมชน F1 จำนวน 2 คน รวมทั้งหมด 14 คน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นผู้ให้บริการสุขภาพ

รหัส	เพศ	อายุ (ปี)	โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน	ทิมสหวิชาชีพ	ประสบการณ์ทำงาน (ปี)	วุฒิการศึกษา
HC15	หญิง	41	โรงพยาบาลศูนย์	สูติแพทย์	13	ปริญญาเอก
HC01	หญิง	58	โรงพยาบาลศูนย์	โภชนากร	29	ปริญญาโท
HC13	หญิง	42	โรงพยาบาล M2	โภชนากร	19	ปริญญาตรี
HC04	หญิง	46	โรงพยาบาลศูนย์	พยาบาลวิชาชีพ	26	ปริญญาตรี
HC12	หญิง	59	โรงพยาบาลศูนย์	พยาบาลวิชาชีพ	39	ปริญญาตรี
HC14	หญิง	46	โรงพยาบาลศูนย์	พยาบาลวิชาชีพ	29	ปริญญาตรี
HC07	หญิง	48	โรงพยาบาล S	พยาบาลวิชาชีพ	26	ปริญญาตรี
HC08	หญิง	52	โรงพยาบาล S	พยาบาลวิชาชีพ	30	ปริญญาโท
HC09	หญิง	57	โรงพยาบาล M1	พยาบาลวิชาชีพ	35	ปริญญาโท
HC06	หญิง	47	โรงพยาบาล M2	พยาบาลวิชาชีพ	22	ปริญญาตรี
						เฉพาะทางสาขาการผดุงครรภ์
HC16	หญิง	40	โรงพยาบาล M2	พยาบาลวิชาชีพ	13	ปริญญาตรี
						เฉพาะทางสาขาการผดุงครรภ์
HC17	หญิง	42	โรงพยาบาล M2	โภชนากร	17	ปริญญาตรี
HC10	หญิง	47	โรงพยาบาล F1	พยาบาลวิชาชีพ	27	ปริญญาตรี
ดูแลประชาชนในเขต กึ่งเมือง/ชนบท						

รหัส	เพศ	อายุ (ปี)	โรงพยาบาลที่ ปฏิบัติงาน	ทีมสหวิชาชีพ	ประสบการณ์ ทำงาน (ปี)	วุฒิการศึกษา
HC11	หญิง	50	โรงพยาบาล F1 ดูแลประชาชน ในเขตเมือง	พยาบาลวิชาชีพ	30	ปริญญาตรี

หมายเหตุ โรงพยาบาล ขนาด S หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก, M1 หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป, M2 หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียงขึ้นไป หรือโรงพยาบาลทุติยภูมิระดับสูง, และ F1 หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ รพช. ขนาด 60-120 เตียง

2. ข้อค้นพบจากการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อค้นพบที่สำคัญเกี่ยวกับการรับรู้ หรือการให้ความหมายของผู้ให้บริการสุขภาพต่อการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ ดังนี้

2.1 ความหมายของการสอนเพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลได้มองว่าการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ คือ การสอนเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดา และความผาสุกของทารก โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1.1 การสอนให้รู้เรื่องความเสี่ยง เป็นการให้ความหมายที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ของ ทีมสหวิชาชีพที่ทำงานร่วมกัน โดยสูติแพทย์จะให้ความหมายที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของ สตรีตั้งครรภ์ที่เป็น เบาหวานแล้วส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดา และทารก ส่วนพยาบาลให้ความหมายเกี่ยวกับการคัดกรอง และ ให้ความรู้เพื่อปรับพฤติกรรม การออกกำลังกาย และการนอนหลับ ส่วนนักโภชนาการก็ให้ความหมาย เช่นเดียวกับที่เกี่ยวข้องกับการประเมินภาวะโภชนาการ และแนะนำการรับประทานอาหารให้เหมาะสมเพื่อให้ ระดับน้ำตาลอยู่ในภาวะปกติ รวมทั้งเภสัชกรให้ความหมายเพิ่มเติมว่า ถ้าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ หรือ ได้รับวินิจฉัยว่าเป็น GDM A2 หรือ Overt DM ต้องได้รับการรักษาด้วย การฉีด Insulin ซึ่งบทบาทของเภสัชกร จะให้คำแนะนำในการฉีด Insulin ดังตัวอย่างการให้ความหมายต่อไปนี้

“เป็นภาวะเสี่ยงที่สำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของแม่และลูก ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงมากตั้งแต่ ไตรมาสแรก ก็จะส่งผลให้ทารกเสียชีวิตได้ เนื่องจากจะมีความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด มีโอกาสเกิด การแท้ง Preeclampsia, Gestational Hypertension, Polyhydramnios, Thromboembolism ติดเชื้อ ทางเดินปัสสาวะเจ็บท้องคลอดก่อนกำหนด การบาดเจ็บระหว่างการคลอด คลอดติดไหล่ คลอดทางหน้าท้องและ ความเสี่ยงของการเสียชีวิตระหว่างคลอด ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ได้แก่ ตกเลือดหลังคลอด และติดเชื้อหลัง คลอดเกิดเป็นโรคเบาหวานในอนาคตอีก ส่วนแม่ก็มีโอกาสเกิดความดันโลหิตสูง และเป็นโรคเบาหวานในอนาคตด้วย”

HC03

สำหรับการคัดกรองครั้งแรกที่สตรีตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลบางแห่ง สตรีตั้งครรภ์บางกลุ่มเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง เสี่ยงปานกลาง บางแห่งเจาะเลือดเฉพาะกลุ่มเสี่ยงสูง บางแห่งกำหนดนโยบายเจาะคัดกรองน้ำตาลกลุ่มเสี่ยงต่ำด้วย ดังนั้นจึงมีโอกาสดพบจำนวนสตรีที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์จำนวนมากขึ้น

“เกณฑ์ใหม่มาให้เจาะกลุ่มเสี่ยงต่ำด้วยค่ะ ดังนั้นคัดกรองทุกคนเลยคะ เจอมากขึ้นกว่าเดิม การดูแลถ้าคนไข้มีความรู้ อธิบายเล็กน้อยก็จะเข้าใจ จะควบคุมได้ดี คนที่ท้องด้วย คุมอาหารด้วย ใช้อินซูลินด้วยจะยากลำบากในการดูแล ไม่มีโอกาสสอนตัวต่อตัว (สอนรายบุคคล) คนไข้มีมาก 70-80 คนต่อวัน เรามีให้บริการฝากครรภ์แค่ 2 วัน ทำไม่ทันค่ะ”

HC06

2.1.2 สอนเพื่อลดความเสี่ยงตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล ทุกโรงพยาบาลสะท้อนการให้ความหมายตามโรงพยาบาลของตนเองที่ทำแนวปฏิบัติไว้เพื่อลดภาวะเสี่ยงที่มีต่อมารดา และทารกในครรภ์ ตัวอย่างที่สะท้อนว่าเป็นการให้ความหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำแนวปฏิบัติ ดังคำพูดที่ว่า

“เราจะมี Guideline ในการคัดกรอง เมื่อผลเลือด 100 gms OGTT ผิดปกติ 1 ค่า หรือ 2 ค่าขึ้นไป โรงพยาบาลก็จะส่งให้มาพบสูติแพทย์ ซึ่งสูติแพทย์ ก็จะวินิจฉัยว่ามีภาวะเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ชนิดใด แล้วก็จะอธิบายให้ทราบว่าโรคนี้เป็นอย่างไร ส่งผลกระทบต่อแม่ ต่อลูกอย่างไร ให้ไปควบคุมอาหารประมาณ 2 สัปดาห์ แล้วนัดมารพ. ครบ.. จะส่งมาพบนักโภชนาการทุกราย กลุ่ม GDM A1 เมื่อครบ 2 สัปดาห์ จะเจาะ FBS และ 2 hr ... การนัดมาฝากครรภ์ทุก 2 wks พบสูติแพทย์ทุกครั้งเพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด U/S เพื่อประเมินสภาพทารกในครรภ์เป็นระยะ รวมทั้งส่งพบแพทย์ MFM เพื่อประเมินทารกในครรภ์ และพิจารณาให้คลอดเมื่อ 38-39 สัปดาห์ไม่เกิน 40 สัปดาห์”

HC03

2.2 รูปแบบการสอนที่เหมาะสมต่อการส่งเสริมความรอบรู้

ผู้ให้ข้อมูลได้ถ่ายทอดประสบการณ์เกี่ยวกับรูปแบบการสอนที่เหมาะสมที่สุดต่อการส่งเสริมความรอบรู้ คือ การสอนแบบรายบุคคล แต่พบว่า ผู้ให้บริการมีไม่เพียงพอ และการสอนไม่ต่อเนื่อง

2.2.1 การสอนรายบุคคล ข้อมูลทุกโรงพยาบาลไม่มีการแยกคลินิกเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ ออกมาตรวจจากการตั้งครรภ์ปกติ เนื่องจากผู้ให้บริการมีจำนวนน้อยแต่จำนวนผู้รับบริการมีจำนวนมาก ระยะเวลาในการสอนเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพได้อย่างเต็มรูปแบบจึงใช้เวลานาน และหากต้องการได้ผลดีต้องเป็นการสอนรายบุคคล มีเวลาสอนอย่างเต็มรูปแบบอย่างแท้จริง ดังนั้นจึงเพียงการนับลูกดิ้นและอาการผิดปกติที่ควรมาตรวจก่อนวันนัด ถึงแม้เป็นการส่งต่อให้โภชนาการสอน โภชนาการก็ไม่สามารถสอนแบบส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพได้ เพราะต่างคนต่างไม่มีเวลา ไม่สามารถทำได้ทัน ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“ยากมากค่ะ ทำไม่ทัน คนไข้เยอะมาก เวลาที่ให้เคา (หมายถึงหญิงที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์) โภชนาการก็มีเวลาน้อย ต่างคนต่างไม่ทันค่ะ”

HC06

“เราต้องเร่งความเร็วในการทำงานค่ะ สอนตัวต่อตัวดีที่สุดค่ะ คนไข้กลัวพูด กล้าถาม มีเวลาทบทวน ทำไม่ได้ค่ะ ยากจริง ๆ สอนแบบ health literacy ใช้เวลามากจริง ๆ ค่ะ เพราะต้องมีกระบวนการค้นหาว่าผลของการตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานจะมีผลกระทบต่อแม่อย่างไร มีผลต่อลูกในท้องอย่างไร จะป้องกันอย่างไร กว่าคนไข้จะค้นหาเจอว่าข้อความสำคัญที่เขาจะต้องนำไปใช้อยู่ตรงไหน จะแก้ปัญหา หรือตัดสินใจทางสุขภาพของตนเองอย่างไร มันไม่ได้จริง ก็วันหนึ่งมีคนไข้ 70-80 คน เราเปิดคลินิก 2 วันต่อสัปดาห์เท่านั้นเอง วันอื่น ๆ ก็ไปทำหน้าที่อื่น ๆ อีก ไม่ได้ทำเรื่องฝากครรภ์อย่างเดียว”

HC16

2.2.2 ลักษณะของผู้เรียน พยาบาลวิชาชีพให้ความหมายต่อการควบคุมระดับน้ำตาลเกี่ยวกับลักษณะของผู้รับบริการสตรีที่ให้บริการสุขภาพ มีทั้งควบคุมได้ และควบคุมไม่ได้ โดยมีความหมายของการสอนที่สอดคล้องกับความหมายของการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ ดังนี้

2.2.2.1 ผู้เรียนที่ได้ผล คือ คนที่มีลักษณะตามทฤษฎี คือ คนที่คุมน้ำตาลได้เป็นคนมีความรู้ สนใจ ใส่ใจ ชักถาม จากการสังเกตพบว่าสตรีที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์พยาบาลวิชาชีพให้ข้อเสนอแนะว่า ผู้ที่ควบคุมน้ำตาลได้สำเร็จ คือ คนที่สนใจ ใส่ใจ ดังคำพูดที่ว่า

“คนไข้ที่คุมน้ำหนักรู้ได้ส่วนใหญ่จะเป็น GDMA1 เป็นคนที่ตั้งใจ สนใจซักถาม คนที่ Save คือ คนที่ให้ความสำคัญ ให้ความตระหนักค่ะ เวลาซักถามตอบได้”

HC16

“ถ้าคนไข้มีความรู้ระคะ เราอธิบายเพียงเล็กน้อยก็เข้าใจแล้วค่ะ เขาจะคุมได้ดีค่ะ”

HC06

2.2.2.2 คนที่คุมน้ำตาลไม่ได้ ไม่รับฟัง ไม่ใส่ใจ ไม่ถาม ขาดนัด ได้นอนโรงพยาบาลแล้วจึงจะคุมน้ำตาลได้ จากประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล คุมน้ำตาลไม่ได้นั้นมีจำนวนมากกว่าคนที่ควบคุมได้ โดยคาดว่าสตรีตั้งครรภ์ที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ส่วนใหญ่เป็น GDMA1 คนที่เป็น GDMA2 เป็นคนที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มักจะไม่สนใจรับฟัง หรือถ้าซักถามแล้วตอบไม่ได้ ห่วงทำงาน ห่วงกลับบ้าน ไม่อยู่ฟังการให้ความรู้ และขาดการมาตรวจตามนัด โทรตามก็ไม่ได้ ไม่รับโทรศัพท์ สตรีตั้งครรภ์เหล่านี้ ถ้าหากได้นอนโรงพยาบาลได้รับความรู้เกี่ยวกับคุมอาหารให้เหมาะสมกับยาอินซูลินที่ฉีดแล้วจะสามารถคุมน้ำตาลได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เวลาเราสอนนะ พอเราถามกลับว่า น้ำหนักของเราต้องขึ้นเท่าไรนะ คนไข้ก็ตอบไม่ได้ลืมทั้ง ๆ ที่เราสอนไปแล้ว แบบเนี่ย เรื่องอาหารเนี่ย หรือคนที่ถามคำตอบคำนี้ก็ยังไม่บอกได้เลย ถามหมอก็ไม่ถาม

มีน้อยมากไม่ค่อยถาม คำไม่ค่อยใช้ทักษะนี้เท่าไร ตรงนี้ไม่ได้เลย พ่อซะอีกนะที่จะถาม แทบไม่ได้เลย
ไม่ค่อยเจอเลยนะที่ตอบได้บอกได้ เจียบกัน พูดคำสองคำอ้อมอ้อม”

HC09

2.3 ปัญหาและอุปสรรคต่อการสอนเพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้ถ่ายทอดประสบการณ์ต่ออุปสรรคด้านการสอน ได้แก่ ลักษณะการสอน
ไม่ต่อเนื่อง เพื่อติดตามผลการควบคุมระดับน้ำตาล ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.3.1 ลักษณะการสอนไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ให้บริการมีจำนวนน้อยแต่จำนวนผู้ป่วยมีมาก
จึงไม่เพียงพอต่อการให้บริการดูแลสุขภาพแบบรายบุคคลหรือ การดูแลแบบเจ้าของไข้ ดังนั้น สิ่งที่ยาบาล
พยายามดำเนินการให้เป็นการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง ได้แก่ การทำสัญลักษณ์ต่าง ๆ
เพื่อให้พยาบาลที่ให้บริการที่คลินิกฝากครรภ์ด้วยกัน สื่อสารกันให้เข้าใจว่าได้สอนหัวข้อต่าง ๆ ไปแล้ว ดังตัวอย่าง
คำพูดที่ว่า

“ไม่ได้ดูแลต่อเนื่องค่ะ เราก็ใช้ติดสติ๊กเกอร์ว่าคนนี้สอนเรื่องนี้ไปแล้ว รอบต่อไปเราก็รู้ได้ค่ะ ว่าจะ
ดูแลอะไรต่อ ไม่ได้ดูคนเดียวค่ะ คนที่ตรวจด้วยกันก็จะรู้ว่าต้องดูแลอะไรต่อ”

HC07

2.4 ข้อเสนอแนะต่อการสอนเพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ

2.4.1 โปรแกรมช่วยสอน จากประสบการณ์พยาบาลวิชาชีพไม่สามารถทำได้ ต้องการตัวช่วย
หรือกรอบการสอนสำเร็จรูป หรือใช้โปรแกรมช่วยสอน ผลิตสื่อสำเร็จรูปเพื่อใช้ช่วยสอนเพื่อให้สะดวกต่อการสอน
หรือให้สตรีตั้งครรภ์ได้เรียนรู้เองเพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพด้วยตนเองให้มากขึ้น หรืออาจเป็นโปรแกรม
การสอนที่แสดงให้เห็นว่าแต่ละครั้งที่สตรีตั้งครรภ์มาตรวจครรภ์ตามนัดนั้นจะสอนเรื่องอะไรเพื่อส่งเสริมความรู้
ทางสุขภาพ โปรแกรมช่วยสอน ได้แก่ สื่อสำเร็จรูป สื่อดิจิทัล ที่เป็นชุดการสอน เช่น วิดีโอ แผ่นพับ โปสเตอร์
รวมทั้งสื่อออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ต ที่สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานสามารถสแกน โดยใช้ QR Code ได้เรียนรู้และ
นำไปปฏิบัติได้ ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“เราไม่ได้มีคลินิกอย่างเดียว เราทำหลายเรื่อง คนไข้ก็เป็นหลายโรค ก็เลยทำบ้างไม่ทำบ้าง ถ้ามีไว้
เดือนไว้ หน่วยงานเราต้องเร่งรีบ ซ้ำไม่ได้ก็ทำไม่ได้ทุกราย ถ้าเรามีสื่อ มี Package หรือมี QR Code เฉพาะเรื่องนี้
ก็น่าจะดีมาก ถ้ามีกำหนดแบบมาให้เนะ กลับไปจะทำอะไร ทำแบบนี้ดียังไง ครั้งต่อไป อะไรจะดีขึ้น ทำการบ้านมานะ
เรื่องคลอดก่อนกำหนดเขามีโปสเตอร์ไง แต่เรื่องเบาหวานนี้เราไม่มี แล้วนักโภชนาการบางทีก็ไม่มาสอน
นี่ยังไม่มีเวลาไปกันใหญ่เลย ให้เราสอนก็สอนตามสมุดสีชมพู (สมุดบันทึกสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก)”

HC09

2.4.2 ขั้นตอนการสอนย้อนกลับ ตามหลักการสอนเพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ ในการ
มารับการตรวจ ผู้ให้บริการควรต้องมีการชวนพูดคุยเรื่องโรค มีการโต้ตอบจากหญิงตั้งครรภ์ ชักถาม เพื่อให้

ผู้รับบริการตัดสินใจใน การดูแลรักษา โรคร่วมกัน ทวนสอบข้อมูลการดูแลตนเองด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย (ASK me 3) รวมทั้งแนะนำการเจาะน้ำตาลด้วยตนเอง เพื่อสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ พยาบาลบอกว่าไม่ค่อยได้ใช้เทคนิคนี้ ส่วนใหญ่สอนให้ความรู้ ให้คำอธิบาย แต่ไม่ได้ติดตามประเมินผลว่าปฏิบัติตามหรือไม่ แต่ใช้วิธีการดูระดับน้ำตาลแทน ก็เชื่อว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามคำแนะนำ

“เราก็นั่นแหละ สอนให้เค้ามีความรู้ แต่ที่สอนให้ไปหา ไปค้นนี้ หลายคนก็เห็นว่ามีย่านมีสื่อบัน แต่ไม่เคยถามว่าไปค้นแล้วนำมาใช้ไหม จริงนะ เราจะได้รู้ว่าเขานำความรู้ไปใช้อย่างไร ผลลัพธ์ดีขึ้นไหม”

HC09

การอภิปรายผล

การให้ความหมายของผู้ให้บริการสุขภาพต่อการสอนเพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ สำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรรค์ ต้องเป็นการสอนให้รู้จักความเสี่ยง ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารก และเป็นบทบาทของทีมสุขภาพที่ทำงานร่วมกันเพื่อให้สตรีตั้งครรรค์สามารถควบคุมระดับน้ำตาล เพื่อลดความเสี่ยงได้นั้น การให้บริการสตรีที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรรค์ดำเนินการตามแนวปฏิบัติของทีมสหวิชาชีพตามหลักวิชาการ ที่เป็นไปตามมาตรฐานของการให้บริการของแต่ละแห่ง (North, Catherine, & Caryn, 2022; Mensah, Ham-Baloyi, Rooyen, & Jardien-Baboo, 2020) แต่สำหรับประเทศไทยแล้ว จากคำพูดที่พบบ่งชี้ว่า ผู้ให้บริการสุขภาพทำงานไม่ทัน ต่างคนต่างไม่มีเวลาต้องทำงานให้เร็ว เพื่อไม่ให้สตรีตั้งครรรค์รอนานนั้น ข้อค้นพบนี้ แตกต่างจากการศึกษาของ หยาง (Yang, 2022) ที่พบว่า มีเพียงร้อยละ 46.7 เท่านั้นที่พยาบาลมีประสบการณ์ ในสอนเพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพให้กับผู้รับบริการ

สำหรับความหมายอื่น ๆ ที่พบ ได้แก่ การสอนเพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพนั้น การสอนรายบุคคล ทำได้ดีที่สุด และดูแลอย่างต่อเนื่องดีที่สุด การรับรู้ที่สอดคล้องกับข้อเสนอของการวิจัยของ Farmanova, Luc, & Louise (2018) พบว่า การส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพความสำเร็จเกิดจากการให้บริการโดยยึดผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลางของการดูแล (Yang, 2022) และเกิดจากวิจัยที่เป็นการจัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ (Lloyd, Song, Dennis, Dunbar, Harris, & Harris, 2018) ดังนั้นแนวคิดการส่งเสริมความรู้ ทางสุขภาพ จึงน่าจะสอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบเจ้าของไข้ (Nurse Care Manager) ที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วย อย่างต่อเนื่องที่เข้าใจบริบททางสังคมวัฒนธรรม ช่วยสามารถสนับสนุนจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ ข้อมูลเชิงลึกเพื่อนำไปสู่การจัดการสุขภาพของตนได้ (Nejati, Tömbom, Hange, Björkelund, & Svenningsson, 2023) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความรู้ทางสุขภาพต่ำยิ่งพบว่าต้องใช้เวลาในการให้ข้อมูล และสื่อสาร เป็นเวลานาน (Wittenberg, Ferrell, Kanter, & Buller, 2018)

ส่วนความหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลนั้น ลักษณะของผู้เรียนหรือผู้รับบริการที่สามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า “คนที่สนใจเรียนรู้ ใส่ใจ ซักถามจะเป็นคนที่คุม

ระดับน้ำตาลในเลือดได้” ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Martis, Brown, McAra-Couper, & Crowther (2018) ที่สะท้อนประสบการณ์ของสตรีที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ที่เมื่อรับทราบว่าเป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์แล้ว และเมื่อพ้นระยะซ็อกแล้ว มีการค้นหาอ่านความรู้ต่าง ๆ ที่ได้รับมาจากโรงพยาบาลเพื่อนำมาปรับแผนชีวิตของตนเอง แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาข้อค้นพบจากการศึกษาเชิงปริมาณกลับพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับการมีความรอบรู้ทางสุขภาพ (Baharvand, Khatereh, & Masoud, 2022) ข้อค้นพบในการศึกษาครั้งนี้ จึงอาจสรุปได้ว่าการให้บริการเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพนั้นควรคำนึงถึงแบบแผนการเรียนรู้ของผู้ป่วยรายบุคคล เรียนรู้การรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์มีการปรับตัวเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาล (Youngwanichsetha & Sasitorn, 2017)

สำหรับข้อค้นพบเกี่ยวกับข้อเสนอแนะต่อการสอนเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพนั้น ควรมีโปรแกรมช่วยสอน และเพิ่มขั้นตอนการสอนย้อนกลับเพื่อติดตามผลลัพธ์การเรียนรู้ สอดคล้องกับข้อเสนอของนักวิชาการที่ว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพควรมีการนำรูปแบบบริการโดยใช้ระบบดิจิทัลที่เชื่อว่ามีศักยภาพในการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพได้ โดยการสื่อสารตามแนวคิดของความรอบรู้ทางสุขภาพ ได้แก่ การสร้างทักษะด้านการเข้าถึงความรู้ การจดจำตัวเลข การคำนวณ การสื่อสาร รวมถึงการตัดสินใจร่วมกันเพื่อนำไปสู่การนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ รวมถึงการติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ผ่านสื่อทางดิจิทัลที่เป็นปัญญาประดิษฐ์ (Dunn & Hazzard, 2017; Conard, 2019) ที่กล่าวว่าโปรแกรมการเรียนรู้ทางดิจิทัลจะสามารถทดแทนการสอนของพยาบาลที่เป็นผู้ให้บริการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพได้ รวมทั้งการเรียนรู้ทางดิจิทัลเป็นการลดภาระงานของบุคลากรทางด้านสุขภาพ สามารถทดแทนการสอนทางด้านสุขภาพแบบเดิม อีกทั้งมีความน่าสนใจและเข้าถึงได้ง่าย ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลา (Leblalta, Kebaili, Sim, & Lee, 2022; Eumbunnapong, Wannapiroon, & Pornpongtechavanich, 2022)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติงาน ผู้ให้บริการสุขภาพควรส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพให้สตรีที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์โดยสอนเป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่องโดยคำนึงถึงแบบแผนการเรียนรู้ที่แต่ละคนมีความแตกต่างกัน รวมถึงและติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการสอน เนื่องจากหลักสูตรที่สอนหรือฝึกอบรมพยาบาลไม่มีการสอนเรื่องการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพให้กับสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ แต่บริบทของการศึกษานี้พยาบาลมีประสบการณ์ในการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับสตรีที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมาก่อน แต่ไม่สามารถสอนสตรีที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ได้เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องของอัตรากำลังของผู้ให้บริการสุขภาพที่มีน้อยเกินไป

2. ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย เพิ่มจำนวนบุคลากรที่ให้บริการให้เพียงพอกับจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการ และจัดทำโปรแกรมหรือสื่อการเรียนรู้รูปแบบต่าง ๆ โดยเฉพาะการประยุกต์ดิจิทัลเทคโนโลยี เพื่อสนับสนุนผู้ให้บริการสุขภาพให้สามารถนำไปใช้สอนได้ในสถานการณ์จริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยการจัดทำสื่อดิจิทัลส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาล และน้ำหนักในสตรีที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์โดยมีการสอนที่ต่อเนื่อง หรือศึกษาแนวปฏิบัติรูปแบบการสอนที่จัดทำเป็นแนวปฏิบัติในแต่ละครั้งที่สตรีตั้งครรภ์มาตรวจตามนัดที่ใช้เวลาสั้น ๆ และศึกษาติดตามผลลัพธ์การสอน การสอนกลับ และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

- ชนิกา ตูจินดา และคณะ. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560*. ปทุมธานี: ร่มเย็น มีเดีย.
- วนิรันดา ไชยพาน, สุจิตรา บุญกล้า, กฤษกร คนหาญ และเนตรชนก ไชยพาน. (2564). *คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ*. นนทบุรี: สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย. (2565). *กรอบการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพสำหรับหญิงที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์*. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2567 จาก <https://shorturl.asia/6j4Yq>.
- Baharvand, P., Khatereh, A., & Masoud, A. (2022) Health literacy and its predictors among pregnant women: A cross-sectional study. *Journal of Education and Community Health*, 9(3), 170-175. <https://doi.org/10.34172/jech.2022.25>
- Breuing, J., et al. (2021). Communication strategies in the prevention of type 2 diabetes and gestational diabetes in vulnerable groups: A scoping review. *Systematic Reviews*, 10, 1-17. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01846-8>.
- Conard, S. (2019). Best practices in digital health literacy. *International Journal of Cardiology*, 292, 277-279. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2019.05.070>
- Dunn, P., & Hazzard, E. (2019). Technology approaches to digital health literacy. *International Journal of Cardiology*, 293, 294-296. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2019.06.039>
- Eumbunnapong, K., Wannapiroon, P., & Pornpongtechavanich, P. (2022). An intelligent digital learning platform to enhance digital health literacy. *International Journal of Emerging Technologies in Learning*, 17(4), 95-111. <https://doi.org/10.3991/ijet.v17i04.27907>

- Farmanova, E., Luc, B., & Louise, B. (2018). Organizational health literacy: Review of theories, frameworks, guides, and implementation issues. *INQUIRY. The Journal of Health Care*, 55, 46958018757848. <https://doi.org/10.1177/0046958018757848>
- Gharachourlo, M., Mahmoodi, Z., Kamrani, M. K., Tehranizadeh, M., & Kabir, K. (2018). The effect of a health literacy approach to counselling on the lifestyle of women with gestational diabetes: A clinical trial. *F1000 Research*, 7, 282. <https://doi.org/10.12688/f1000research.13838.1>
- International Diabetes Federation. (2023). *Gestational Diabetes*. Retrived October 30, 2023 from <http://idf.org/about-diabetes/gestational-diabetes/>.
- Karavasileiadou, S., Almegwely, W., Alanazi, A., Alyami, H., & Chatzimichailidou, S. (2022). Self-management and self-efficacy of women with gestational diabetes mellitus: A systematic review. *Global Health Action*, 15(1), 2087298. <https://doi.org/10.1080/16549716.2022.2087298>
- Leblalta, B., Kebaili, H., Sim, R., & Lee, S. W. H. (2022). Digital health interventions for gestational diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *PLOS Digital Health*, 1(2), e0000015. <https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000015>
- Lloyd, J. E., Song, H. J., Dennis, S. M., Dunbar, N., Harris, E., & Harris, M. S. (2018). A paucity of strategies for developing health literate organizations: A systematic review. *PLoS One*, 13(4) 10-23. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195018>
- Martis, R., Brown, J., McAra-Couper, J., & Crowther, C. A. (2018). Enablers and barriers for women with gestational diabetes mellitus to achieve optimal glycaemic control - a qualitative study using the theoretical domains framework. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 91. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1710-8>
- Meldgaard, M., Mads, G., & Helle, T. M. (2022). Health literacy in the prenatal phase: A systematic review. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 15, 58-69. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100796>
- Mensah, G. P., Ten Ham-Baloyi, W., van Rooyen, D. R. M., & Jardien-Baboo, S. (2019). Guidelines for the nursing management of gestational diabetes mellitus: An integrative literature review. *Nursing Open*, 7(1), 78-90. <https://doi.org/10.1002/nop2.324>

- Nejati, S., Törnblom, K., Hange, D., Björkelund, C., & Svenningsson, I. (2023). How can care managers strengthen health literacy among patients with common mental disorders? A qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 37(3), 842-850. <https://doi.org/10.1111/scs.13170>
- Nesari, M., Olson, J. K., Nasrabadi, A. N., & Norris, C. (2019). Registered nurses' knowledge of and experience with health literacy. *Health Literacy Research and Practice*, 3(4), e268-e279. <https://doi.org/10.3928/24748307-20191021-01>
- Nielsen, K., et al. (2020). Protocol for a randomized controlled trial of a co-produced, complex, health promotion intervention for women with prior gestational diabetes and their families: The Face-It Study. *Trials*, 21(1), 1-128. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-4062-4>
- North, S., Crofts, C., & Caryn, Z. (2022). Health professionals' views and experiences around the dietary and lifestyle management of gestational diabetes in New Zealand. *Nutrition & Dietetics*, 79(2), 255-264. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12719>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Peat, G., Rodriguez, A. & Smith, J. (2019). Interpretive phenomenological analysis applied to healthcare research. *Evidence-Based Nursing*, 22(1), 7-9. <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2018-103017>
- Qutoshi, S. (2018). Phenomenology: A philosophy and method of inquiry. *Journal of Education and Educational Development*, 5(1), 215-222. <https://doi.org/10.22555/JOEED.V5I1.2154>
- Tuffour, S. (2017). A critical overview of interpretative phenomenological analysis: A contemporary qualitative research approach. *Journal of Healthcare Communications*. 2(1), 1-3. <https://doi.org/10.4172/2472-1654.100093>
- Wittenberg, E., Ferrell, B., Kanter, E., & Buller, H. (2018). Health literacy: Exploring nursing challenges to providing support and understanding. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 22(1), 53-61. <https://doi.org/10.1188/18.CJON.53-61>
- Yang, Y. (2022). Effects of health literacy competencies on patient-centered care among nurses. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1172. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08550-w>

Youngwanichsetha, S. & Sasitorn, P. (2017). Lived experience of blood glucose self-monitoring among pregnant women with gestational diabetes mellitus: Phenomenological research. *Journal of Clinical Nursing*, 26(19-20), 2915-2921. <https://doi.org/10.1111/jocn.13571>

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนนทบุรี

The Development of Caring Model for Patients with Chronic Kidney Disease in the Community, Nonthaburi Province

สุภลักษณ์ ธาณิรัตน์¹, เมทนี ระดาบุตร¹, สุจิรา วิเชียรรัตน์^{1*}, รัตนพร อาสนพรมณ²

Suppaluk Thanirat¹, Matanee Radabutr¹, Sujira Wichainrat^{1*}, Rattanaporn Assanaphun²

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข^{1*},

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดลำโพ²

Boromrajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health^{1*},

Watlumpho Health Promotion Hospital²

(Received: February 29, 2024; Revised: May 12, 2024; Accepted: August 14, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยและการพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนนทบุรี ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ และระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนนทบุรี จำนวน 29 คน เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และแบบบันทึกสมุดประจำตัว วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและอัตราการกรองของไตก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ โดยใช้สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยประเมินตนเอง จำนวน 4 ครั้ง โดยใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน มีกระบวนการดูแล 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 สร้างความเข้าใจ ขั้นที่ 2 สร้างพลังบวก ขั้นที่ 3 ส่งเสริมการปฏิบัติที่ยั่งยืน ขั้นที่ 4 สร้างการมีส่วนร่วม และขั้นที่ 5 ประเมินและติดตาม ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังหลังใช้รูปแบบฯ สูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) 2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างจากการประเมินทั้ง 4 ครั้ง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และ 3) ค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.55$) จากผลการวิจัยนี้ บุคลากรด้านสาธารณสุขสามารถนำรูปแบบฯ นี้ไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในหน่วยงานของตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังที่ถูกต้องมากขึ้น และมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่องเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การพัฒนา, รูปแบบการดูแล, โรคไตเรื้อรัง, ชุมชน

*ผู้ให้การติดต่อ สุจิรา วิเชียรรัตน์ e-mail: panat_20@bcnnon.ac.th

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate the effectiveness of a care model for chronic kidney disease patients in the community of Nonthaburi Province. The research was conducted in three phases: Phase 1 - problem situation analysis, Phase 2 - developing the care model, and Phase 3 - evaluating the effectiveness of the care model. Participants consisted of 29 chronic kidney disease patients in the Nonthaburi Province community. The research tools included a care model for chronic kidney disease patients in the community. The data collection tools consisted of a questionnaire on chronic kidney disease perception, a self-care behavior assessment form for chronic kidney disease patients, and a personal record book. General data was analyzed using descriptive statistics. The average scores of chronic kidney disease perception and glomerular filtration rate before and after using the care model were compared using a Paired t-test. The average scores of self-care behaviors, as assessed by the patients themselves over four instances, were compared using Repeated Measure ANOVA.

The research results revealed that the care model for chronic kidney disease patients in the community comprises a five-step process: step 1 - building understanding, step 2 - empowering positivity, step 3 - promoting sustainable practices, step 4 - encouraging participation, and step 5 - evaluation and follow-up. The evaluation of the effectiveness of the care model for chronic kidney disease patients in the community showed that: 1) the average score of chronic kidney disease awareness after using the care model was significantly higher than before using it ($p\text{-value} < 0.001$); 2) the average self-care behavior scores of the sample group from the four assessments differed significantly ($p\text{-value} < 0.001$); and 3) the average glomerular filtration rate before and after using the care model did not differ significantly ($p\text{-value} = 0.55$). Based on the research results, healthcare personnel can adapt this care model to their own settings to improve chronic kidney disease patients' awareness and foster appropriate and continuous self-care behaviors.

Keywords: Development, Caring Model, Chronic Kidney Disease, Community

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศต่าง ๆ รวมทั้งประเทศไทย โดยทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประมาณ 850 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตเฉลี่ยร้อยละ 2.40 พบมากที่สุดในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงการวินิจฉัยและการรักษาโรคในระยะเริ่มแรก

[2/17]

(International Society of Nephrology, 2023) สำหรับประเทศไทย จากรายงานของระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center (HDC)) เกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ จำแนกตามระยะของโรค โดยในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 1,062,756 คน มีผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ 1-3 ร้อยละ 81.85 (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) สาเหตุของโรคไตเรื้อรังมีทั้งการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม ไม่ออกกำลังกาย และการมีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง รวมถึงการใช้ยาบางชนิดเป็นประจำ โดยเฉพาะกลุ่มยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2560)

โรคไตเรื้อรัง แบ่งเป็น 5 ระยะ ตามระดับของอัตราการกรองของไต (eGFR) โดยระยะที่ 1-3 จะพบภาวะไตผิดปกติ เช่น มีโปรตีนในปัสสาวะและมีอัตราการกรองของไตไม่น้อยกว่า 30 mL/min/1.73m² อาการของโรคยังไม่รุนแรง หากผู้ป่วยสามารถควบคุมหรือดูแลตนเองในระยะนี้ได้ จะช่วยชะลอความเสื่อมของไตไม่ให้เข้าสู่ระยะที่ 4-5 ซึ่งเป็นระยะที่อาการของโรคมีความชัดเจนและรุนแรงขึ้น เช่น การบวมตามตัว ชีต เหนื่อย เสียสมดุลของน้ำและเกลือแร่ และต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2560; ยิ่งยศ อวิหิงสานนท์ และปิยะวรรณ กิตติสกุลนาม, 2561) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ดูแลและครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (Tuckey, Duncanson, Chur-Hansen, & Jesudason, 2022) ดังนั้นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 1-3 จึงควรได้รับการดูแลด้วยรูปแบบที่เหมาะสม เพื่อสร้างการรับรู้เกี่ยวกับการเกิดโรค และมีพฤติกรรมในการควบคุมโรคที่ถูกต้อง เช่น ลดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ไม่รับประทานยาที่มีผลต่อโรค ไม่สูบบุหรี่ และออกกำลังกายเป็นประจำ (ยิ่งยศ อวิหิงสานนท์ และปิยะวรรณ กิตติสกุลนาม, 2561; Datta & Ogbeide, 2019) ซึ่งการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเกิดโรค และการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม จะช่วยลดความรุนแรงของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาได้ (สุนิรัตน์ สาคำ, 2559)

จังหวัดนนทบุรี มีรายงานในระบบคลังข้อมูลสุขภาพ พบการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังในปี พ.ศ. 2566 ทั้งสิ้น 15,456 คน ในจำนวนนี้อยู่ในระยะที่ 1-3 จำนวน 12,883 คน คิดเป็นร้อยละ 83.35 ซึ่งมีสัดส่วนที่สูงกว่าระดับประเทศ และมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2565 จำนวน 1,230 คน ในขณะที่มีผู้ป่วยระยะที่ 4-5 เพิ่มขึ้นจำนวน 436 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าจังหวัดนนทบุรีมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่เพิ่มขึ้น รวมถึงมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถชะลอความเสื่อมของไตจนทำให้โรคเข้าสู่ระยะที่รุนแรงเพิ่มขึ้นเช่นกัน ประกอบกับการศึกษาการรับรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนจังหวัดนนทบุรี พบว่า ผู้ป่วยทราบว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรังจากผลการตรวจเลือดและแพทย์แจ้งให้ทราบ ไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคหรือทราบเพียงบางสาเหตุ ภายหลังทราบว่าตนเป็นโรคมีความพยายามในการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ แต่ยังมีบางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ต้องการการดูแลและคำแนะนำจากบุคลากรด้านสาธารณสุข (สุกฤษณ์ ธาณิรัตน์, เมทณี ระดาบุตร, สุจิรา วิเชียรรัตน์ และวิญญา สุมาวัน, 2564) และจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังและไม่ทราบระยะของโรค ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง รวมทั้งไม่มีเวลาในการดูแลผู้ป่วย จึงต้องการ

คำแนะนำและแหล่งข้อมูลที่ทำให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วย ในส่วนของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพมีอัตรากำลังไม่เพียงพอ ไม่มีผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยตรง ระบบสารสนเทศไม่พร้อม และพบปัญหาจากการที่ผู้ป่วยยังไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง

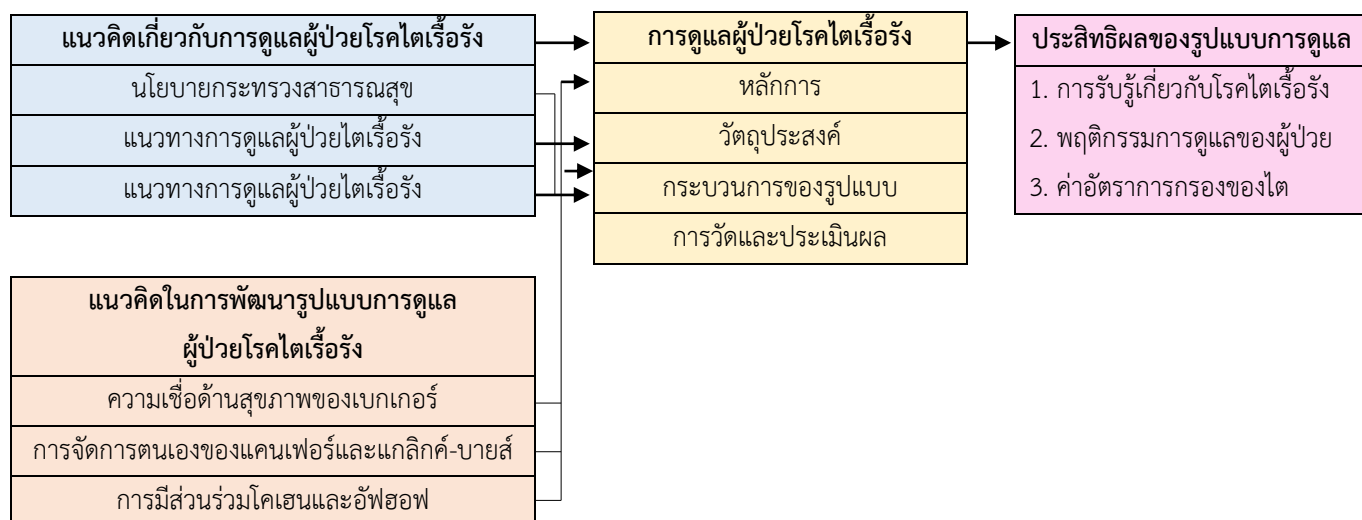
จากข้อมูลข้างต้น จึงควรมีการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย และการให้บริการในชุมชนของจังหวัดนนทบุรี ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3-5 ซึ่งส่วนหนึ่งมีการรักษาด้วยการล้างไต โดยกระบวนการดูแลและมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หรือ ภาควิชาหรือหน่วยงานในระดับต่าง ๆ (สุนิรัตน์ สาคำ, 2559; สุภาภรณ์ แก้วชนะ และวนรัตน์ อนุสรณ์เสงี่ยม, 2564; สุวรรณ สุรวาทกุล, สุคนธ์ เหล่าราช และละออง เดิมทำรัมย์, 2563; กนก เจริญพันธ์, 2566) ซึ่งรูปแบบดังกล่าวนี้ อาจไม่สอดคล้องกับบริบทของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ที่ควรมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง อีกทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลในชุมชน จังหวัดนนทบุรี ต้องการการดูแลและคำแนะนำในการดูแลตนเอง ด้วยความรู้ที่ถูกต้อง มีแหล่งข้อมูล เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมโรคที่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนนทบุรี ขึ้น เพื่อชะลอความเสื่อมของไต ลดความรุนแรงของโรค และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้มากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนนทบุรี
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนนทบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ศึกษาปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วย และประยุกต์ใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบกเกอร์ (Becker & Clark, 1998) ที่เชื่อว่าการรับรู้สุขภาพที่ถูกต้องจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่เหมาะสม ผสมผสานกับแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management Concepts) ของแคนเฟอร์ และกาลิค-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง ด้วยการตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) ที่อาศัยการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลของผู้ป่วย และผู้เกี่ยวข้อง มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ณ ตำบลละหาร และตำบลลำโพ อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในตำบลละหาร และ ตำบลลำโพ อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 367 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ที่อาศัยอยู่ในตำบลละหาร และตำบลลำโพ อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power Version 3.1.9.7 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.80 ค่าความคลาดเคลื่อน (α) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน (Cohen, 1988) เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายจึงเพิ่มเป็น 30 คน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 30 คน แต่ก่อนสิ้นสุดการวิจัย มีผู้ป่วยจำนวน 1 คน ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงมีผู้เข้าร่วมวิจัยคงเหลือ จำนวน 29 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก

1. เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3
2. มีผู้ดูแล เช่น บุตร สามี/ภรรยา อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน
3. สามารถสื่อสารด้วยการพูดหรือเขียนภาษาไทยได้
4. ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. เข้าร่วมวิจัยได้ไม่ครบทุกครั้ง และ/หรือมีโรคประจำตัวที่มีอาการรุนแรงต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย
 - 2.1 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง เป็นแบบเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 27 ข้อ หากตอบ ใช่ ให้ 1 คะแนน หากตอบไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน มีคะแนนเต็ม 27 คะแนน
 - 2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 17 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 14 ข้อ ด้านการใช้ยา จำนวน 12 ข้อ และด้านการควบคุมพฤติกรรมอื่น จำนวน 10 ข้อ รวม 53 ข้อ โดยในแต่ละด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00-5.00 และแปลผลคะแนนโดยใช้วิธีแบ่งตามอันตรภาคชั้น (Best & Kahn, 2006) ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อยที่สุด
 - 2.3 แบบบันทึกสมุดประจำตัว เป็นการบันทึกค่า eGFR ผลการตรวจต่าง ๆ เช่น ระดับ Creatinine, FBS, HbA1c และการบันทึกการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคไต โภชนากร เภสัชกร และอาจารย์พยาบาล อย่างละจำนวน 1 ท่าน มีดังนี้
 - 1.1 ความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนและแผนการดูแลในรูปแบบการดูแล ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.67 (S.D. = 0.47) และ 4.62 (S.D. = 0.57) จากคะแนนเต็ม 5
 - 1.2 ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา Item Objective Congruence (IOC) ของแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อยู่ระหว่าง 0.80-1.00
2. ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-3 ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สูตร KR 20 มีค่าเท่ากับ 0.71 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการ

ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา วิเคราะห์สภาพการณ์ การรับรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในชุมชน จังหวัดนนทบุรี พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคที่เกิดจากการสะสมของยาที่ไต ทำให้ไต สูญเสียหน้าที่ ต้องรักษาด้วยการล้างไตและสุดท้ายต้องเสียชีวิต และรับรู้ว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง จากผลการตรวจเลือดหรือแพทย์แจ้งให้ทราบ สำหรับการรับรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย สรุปได้เป็น 5 ประเด็นหลัก คือ 1) สาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรัง 2) ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต 3) การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 4) ความคาดหวังขณะป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง และ 5) การดูแลช่วยเหลือ ด้านสุขภาพ (สุภลักษณ์ ธาณิรัตน์, เมทนี ระดาบุตร, สุจิรา วิเชียรรัตน์ และวิญญา สุมาวัน, 2564) จากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง รวมทั้งมีการ ดูแลตนเองขณะป่วยที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้มีการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรค ปัญหาและความต้องการในการดูแล ผู้ป่วยของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง และไม่มีเวลาในการดูแล ผู้ป่วย ในขณะที่เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพพบปัญหาการดูแลผู้ป่วยจากการที่ผู้ป่วยยังไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยสังเคราะห์ผลการศึกษา การรับรู้ และประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จากระยะที่ 1 ตลอดทั้งปัญหา และความต้องการ ในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ร่วมกับการสังเคราะห์แนวคิดที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิด การวิจัย ได้องค์ประกอบของรูปแบบการดูแล 4 องค์ประกอบ คือ หลักการของรูปแบบ วัตถุประสงค์ของรูปแบบ กระบวนการดูแล และการวัดและประเมินผลของรูปแบบ จากนั้นสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือ ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแล ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย และปรับปรุงรูปแบบการดูแล ก่อนนำไปใช้จริง

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน เป็นการทดลองใช้ รูปแบบการดูแล โดยมีกิจกรรม ดังนี้

3.1 ก่อนดำเนินการทดลอง กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองและผู้วิจัยบันทึกผลการตรวจ eGFR ที่บันทึกไว้ในสมุดประจำตัว ของกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้รูปแบบการดูแล

3.2 ดำเนินการใช้รูปแบบการดูแล ที่พัฒนาขึ้น โดยเริ่มจากอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง และ ผู้ดูแล เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตามแผนการดูแลที่กำหนด

ในรูปแบบการดูแล ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่างบันทึกข้อมูลการบันทึกการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในสมุดประจำตัวทุก 1 สัปดาห์

3.3 กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินพฤติกรรม的自我ดูแลระหว่างใช้รูปแบบการดูแล สัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12

3.4 กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และเจาะเลือดเพื่อหาค่า eGFR หลังใช้รูปแบบการดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยการหาความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และค่า eGFR ด้วยการคำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และค่าเฉลี่ย eGFR ก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแล โดยใช้สถิติ Paired t-test
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยประเมินตนเอง จำนวน 4 ครั้ง ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measure ANOVA)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี เลขที่ 63/003 ต่ออายุครั้งที่ 3 วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้วิจัยมีการแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย ก่อนดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65.52 มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 60-70 ปี ร้อยละ 41.38 รองลงมาอยู่ในช่วง 71-80 ปี ร้อยละ 27.59 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 82.76 รองลงมา คือ ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 17.24 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.62 รองลงมา คือ หม้าย/แยกกันอยู่ ร้อยละ 37.93 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72.41 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 13.79 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 48.27 รองลงมา คือ อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 24.14 มีรายได้ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 48.27 รองลงมา คือ มีรายได้ 5,0001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 37.93 มีโรคประจำตัวทั้งโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 55.17 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.00

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนนทบุรี

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนนทบุรี มีกระบวนการดูแล 5 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) สร้างความเข้าใจ เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ด้วยการสอน สาธิต มอบคู่มือ/แผ่นพับ และแนะนำแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง
- 2) สร้างพลังบวก เป็นการทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพ โดยการตรวจสอบความคิดและความคาดหวังของตนเอง เพื่อนำไปสู่การตั้งเป้าหมาย วางแผนและกำกับตนเองในการดูแลสุขภาพขณะเจ็บป่วย
- 3) ส่งเสริมการปฏิบัติที่ยั่งยืน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยนำความรู้ที่ได้รับไปสู่การปฏิบัติในการดูแลตนเองตามบริบทจริง จนเกิดความต่อเนื่องและเป็นวิถีปกติ
- 4) สร้างการมีส่วนร่วม เป็นการให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน เตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ และประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย
- 5) ประเมิน ติดตาม ผลการประเมินภาวะสุขภาพ และติดตามผลที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อชะลอความเสื่อมของไต ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนนทบุรี

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนนทบุรี

3.1 การรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ก่อนใช้รูปแบบการดูแลฯ เท่ากับ 12.90 (S.D. = 2.78) และหลังใช้รูปแบบการดูแลฯ เท่ากับ 18.66 (S.D. = 3.15) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง (n=29)

ผลการประเมิน	Mean	S.D.	t	P-value
ก่อนใช้รูปแบบการดูแลฯ	12.90	2.78	-14.43	<0.001*
หลังใช้รูปแบบการดูแลฯ	18.66	3.15		

* $p\text{-value} < 0.05$

3.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนใช้รูปแบบการดูแลเท่ากับ 3.50 (S.D. = 0.74) และระหว่างใช้รูปแบบสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 4.06 (S.D. = 0.58), 4.30 (S.D. = 0.57) และ 4.38 (S.D. = 0.52) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านจำนวน 4 ครั้ง พบว่า ก่อนและระหว่างใช้รูปแบบการดูแล ในสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้ยาสูงสุด เท่ากับ 4.05 (S.D. = 0.77) และ 4.39 (S.D. = 0.50) ตามลำดับ รองลงมา คือ ด้านการควบคุมพฤติกรรมอื่น ๆ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.80 (S.D. = 0.72) และ 4.13 (S.D. = 0.57) ตามลำดับ โดยด้านการรับประทานอาหารมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 2.95 (S.D. = 0.70) และ 3.79 (S.D. = 0.64) ตามลำดับ และระหว่างใช้รูปแบบการดูแล ในสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้ยาสูงสุด เท่ากับ 4.53 (S.D. = 0.51) และ 4.57 (S.D. = 0.46) ตามลำดับ รองลงมา คือ ด้านการควบคุมพฤติกรรมอื่น ๆ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.30 (S.D. = 0.56) และ 4.41 (S.D. = 0.46) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านการออกกำลังกาย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.15 (S.D. = 0.58) และ 4.20 (S.D. = 0.61) ตามลำดับ ดังแสดงตารางในที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 4 ระยะ (n=29)

รายการพฤติกรรม	ก่อนใช้รูปแบบ		ระหว่างใช้รูปแบบ สัปดาห์ที่ 4		ระหว่างใช้รูปแบบ สัปดาห์ที่ 8		ระหว่างใช้รูปแบบ สัปดาห์ที่ 12	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.
ด้านการรับประทานอาหาร	2.95	0.70	3.79	0.64	4.21	0.62	4.35	0.54
ด้านการออกกำลังกาย	3.49	0.78	3.94	0.62	4.15	0.58	4.20	0.61
ด้านการใช้ยา	4.05	0.77	4.39	0.50	4.53	0.51	4.57	0.46
ด้านการควบคุมพฤติกรรมอื่น	3.80	0.72	4.13	0.57	4.30	0.56	4.41	0.46
รวม	3.50	0.74	4.03	0.59	4.28	0.57	4.37	0.52

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างจากการประเมิน 4 ครั้ง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measure ANOVA) ใช้การประมาณค่าแบบ Greenhouse-Geisser และทดสอบรายคู่ โดยใช้วิธี Least Significant Difference (LSD) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากการประเมิน 4 ครั้ง (n=29)

(I) Time	(J) Time	Mean Difference (I-J)	Std. Error	P-value
1	2	-0.53	0.03	<0.001*
	3	-0.78	0.04	<0.001*
	4	-0.87	0.04	<0.001*
2	1	0.53	0.03	<0.001*
	3	-0.25	0.02	<0.001*
	4	-0.34	0.02	<0.001*
3	1	0.78	0.04	<0.001*
	2	0.25	0.02	<0.001*
	4	-0.09	0.01	<0.001*
4	1	0.87	0.04	<0.001*
	2	0.34	0.02	<0.001*
	3	0.09	0.01	<0.001*

*p-value < 0.05

3.3 ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR)

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย eGFR ก่อนใช้รูปแบบการดูแล เท่ากับ 64.88 mL/min/1.73m² (S.D.=17.68) และหลังใช้รูปแบบการดูแล มีค่าเฉลี่ย eGFR เท่ากับ 63.99 mL/min/1.73 m² (S.D.=19.55) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.55) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าอัตราการกรองของไตก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแล (n=29)

ค่า eGFR	Mean	S.D.	t	P-value
ก่อนใช้รูปแบบการดูแล	64.88	17.68	0.60	0.55
หลังใช้รูปแบบการดูแล	63.99	19.55		

p-value < 0.05

เมื่อพิจารณาระยะของโรค พบว่า หลังใช้รูปแบบการดูแล กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนระยะของโรคจากระยะที่ 2 เป็นระยะที่ 1 จำนวน 3 คน เปลี่ยนจากระยะที่ 2 เป็นระยะที่ 3a จำนวน 2 คน และเปลี่ยนจากระยะที่ 3a เป็นระยะที่ 3b จำนวน 2 คน ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระยะของโรคก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลฯ (n=29)

ระยะของโรค	ก่อนใช้รูปแบบ (คน)	ร้อยละ	หลังใช้รูปแบบ (คน)	ร้อยละ
ระยะที่ 1	0	0	3	10.34
ระยะที่ 2	17	58.62	12	41.38
ระยะที่ 3a	8	27.59	8	27.59
ระยะที่ 3b	4	13.79	6	20.69

การอภิปรายผล

1. ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังหลังใช้รูปแบบการดูแลฯ สูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการวิจัยครั้งนี้ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นรายกลุ่ม มีการสอบถามความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และให้คำอธิบายเพิ่มเติมในประเด็นที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องขณะไปเยี่ยมที่บ้านและผ่านทางโทรศัพท์มือถือ ประกอบกับการมอบคู่มือให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองที่มีภาพประกอบและใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอ่านด้วยตนเองหรือผู้ดูแลอ่านให้ฟัง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น ซึ่งการได้รับข้อมูลและความรู้ที่เหมาะสมเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยง จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและวิถีการดำเนินชีวิต (Narva, Norton, & Boulware, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ แก้วชนะ และวนรัตน์ อนุสรณ์เสงี่ยม (2564) ที่พบว่า หลังให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังเป็นแบบกลุ่มกับผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ก่อนและหลังใช้รูปแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) นอกจากนี้การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง อาจจะช่วยชะลอไตเสื่อมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของธวัช วิเชียรประภา (2566) กล่าวว่า การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถนำไปใช้ในการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในชุมชนได้

อย่างไรก็ตามหากพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังหลังใช้รูปแบบการดูแลฯ มีค่าเท่ากับ 18.66 (คะแนนเต็ม 27 คะแนน) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยควรได้รับการติดตามและทำความเข้าใจในบางประเด็นที่ยังมีความสับสนหรือรับรู้ไม่ถูกต้อง อาทิ ค่าอัตราการกรองของไตในแต่ละระยะของโรค อาการของโรคไตเรื้อรัง ซึ่งความสับสนเกี่ยวกับระยะหรือการลุกลามของโรค จะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม รวมถึงไม่ทราบอาการหรือปัญหาที่เกิดจากโรคไตของตนเอง และกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (Selman, Bristowe, Higginson, & Murtagh, 2019) ดังนั้นบุคลากรด้านสาธารณสุขจึงควรสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วยและมีการติดตามเป็นระยะ ๆ เพื่อทราบในสิ่งที่ผู้ป่วยยังเข้าใจไม่ถูกต้องและสามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องได้ทันทั่วทั้งที่

2. ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและระหว่างใช้รูปแบบการดูแลฯ สัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 เท่ากับ 3.50, 4.03, 4.26, 4.37 ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยจากการประเมินทั้ง 4 ครั้ง

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นเป็นลำดับ ทั้งนี้ น่าจะมาจากผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะป่วยทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล จึงมีความรู้พื้นฐานในการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจากการศึกษาของ ศิริวรรณ พายพัตร, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และวารินทร์ บินโหเซ็น (2564) พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในการชะลอความเสื่อมของไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ Schrauben และคณะ (2020) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคไตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง นอกจากนี้ อาจเป็นเพราะในการปฏิบัติเพื่อปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยเกิดขึ้นภายใต้บรรยากาศที่ผ่อนคลาย ค่อยเป็นค่อยไป ไม่รู้สึกว่าเป็นการบังคับ แต่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจทำกิจกรรมต่าง ๆ และตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองเพื่อนำมาวางแผนการดูแลตนเองในทุก ๆ ด้าน ซึ่งเป้าหมายหลักของผู้ป่วย คือ การดูแลตัวเองเพื่อไม่ให้ระยะของโรครุนแรงจนต้องล้างไต เหตุผลสำคัญอีกประการน่าจะเป็นเพราะกิจกรรมการดูแลมีลำดับขั้นตอน โดยเริ่มจากการทำกิจกรรมที่ง่ายไปสู่กิจกรรมที่ยากขึ้น มีการให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวในด้านต่าง ๆ อาทิ การเลือกชนิดอาหาร การประเมินความเค็มในอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาที่จำเป็น รวมทั้งยังมีการติดตามโดยการเยี่ยมบ้านและสอบถามทางโทรศัพท์เป็นระยะ ๆ และให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขปัญหาที่พบ ซึ่งกระบวนการดูแลดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมได้ถูกต้องและต่อเนื่องขึ้น

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน จะพบว่า ทั้งก่อนและระหว่างใช้รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยด้านการใช้จ่ายสูงสุด ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยทุกคนต้องรับประทานยารักษาโรคประจำตัวอย่างต่อเนื่องมานานกว่า 5 ปี ได้รับคำแนะนำและตรวจสอบความถูกต้องในการรับประทานยาจากแพทย์เมื่อมาตรวจตามนัดทุกครั้ง และมีความเชื่อว่ายาจะช่วยควบคุมโรคไม่ให้รุนแรงขึ้น จึงให้ความสำคัญในการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของวันชัย พันศรี, พาณี สีตกะลิน และสมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2562) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีค่าเฉลี่ยในการปฏิบัติตัวด้านการใช้จ่ายหลังใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การออกกำลังกาย ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยร้อยละ 89.66 เป็นวัยสูงอายุ มีโรคประจำตัว และมีสภาพร่างกายที่ไม่เอื้อต่อการออกกำลังกาย เช่น ปวดเข่า มีอาการเหนื่อยง่าย เมื่อออกกำลังกายตามองเห็นไม่ชัด และเมื่อทำการทดสอบการเดิน 6 นาที พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 18 คน ที่เดินได้ระยะทางน้อยกว่าที่กำหนด จึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายในระดับเบา เช่น การทำงานบ้าน หรือออกกำลังกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

3. ค่าเฉลี่ย eGFR ก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแล ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.55$) ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าในผู้ที่มีสุขภาพดี ค่า eGFR จะลดลงอย่างช้า ๆ ตามอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะเริ่มต้นที่อายุ 30-40 ปี โดยผู้ที่มีอายุ 33-53 ปี จะมีค่า eGFR ลดลง $1.07 \pm 0.42 \text{ mL/min/1.73m}^2$ ต่ออายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี (Baba et al., 2015) หรือค่ามัธยฐานของ eGFR ที่ลดลงมีค่าประมาณ 1 mL/min/1.73m^2

ต่ออายุที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 1 ปี (Noronha, Santa-Catharina, Andrade, Coelho, Jacob-Filho, & Elias, 2022) ในผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงแต่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน ค่า eGFR จะลดลงประมาณ 2.4 mL/min/1.73m² ต่ออายุ 1 ปี แต่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับ ค่า eGFR จะลดลงประมาณ 3.3 mL/min/1.73m² ต่ออายุ 1 ปี และมีร้อยละ 16.20 ที่ระยะของโรคไตเรื้อรังจะแย่งลงไป 1 ระยะ (Polonia, Jorge, Azevedo, Monte, Silva, & Bertoquini, 2017) หากพิจารณาอายุของผู้ป่วยในการวิจัยครั้งนี้ จะพบว่า เป็นวัยสูงอายุถึงร้อยละ 89.66 ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความเสื่อมของไตมากกว่าวัยอื่น ๆ อีกทั้งผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิต และ/หรือโรคเบาหวาน จากความเสื่อมของร่างกายและพยาธิสภาพของโรคดังกล่าว จึงมีผลต่อการลดลงของค่า eGFR ประกอบกับผู้ป่วยบางคนยังไม่สามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การสูบบุหรี่ การควบคุมระดับค่าความดันโลหิต และควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ ดังนั้น ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ที่ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองภายใต้ข้อจำกัดด้านสุขภาพ จึงอาจจะทำให้ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงของค่า eGFR ในภาพรวมที่สูงขึ้น อย่างไรก็ตามแม้ว่าค่าเฉลี่ย eGFR จะไม่เพิ่มขึ้น แต่หากพิจารณาระยะของโรคก็จะพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดมีระยะของโรคทั้งก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลอยู่ในระยะ 1-3 ไม่ลดระยะไปจากเดิม จึงน่าจะสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลนี้ช่วยให้ระยะของโรคไม่แย่งลงจนต้องล้างไต ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ผู้ป่วยคาดหวัง สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ แก้วชนะ และวนรัตน์ อนุสรณ์เสียม (2562) ที่พบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของ eGFR ก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยสหวิชาชีพ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งแตกต่างจากสุคนธ์ เหล่าราช และละออง เดิมทำรัมย์ (2564) ที่พบว่า หลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย eGFR เพิ่มขึ้นกว่าก่อนใช้โปรแกรม เช่นเดียวกับการศึกษาของพันธ์ศักดิ์ บาลนคร, นกษา สิงห์วีรธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ และมารุต ภูพะเนียด (2566) ที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย eGFR สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถนำรูปแบบการดูแลฯ ไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยมีการปรับกิจกรรมการดูแล เครื่องมือในการประเมินหรือติดตามผู้ป่วย ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยและพื้นที่ในการให้บริการ
2. หน่วยงานปฐมภูมิสามารถนำรูปแบบการดูแลฯ ไปใช้เป็นแนวทางในการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน เพื่อดูแล ติดตามผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ และมีความต่อเนื่อง
3. สถาบันการศึกษาสามารถนำรูปแบบการดูแลฯ ไปเป็นแนวทางในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล การเยี่ยมบ้านหรือการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนและครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามผลการใช้รูปแบบการดูแลฯ ในระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิผลและประเมินการคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเองในการชะลอไตเสื่อม
2. ควรศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังวัยสูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค
3. ควรพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ การติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ เช่น สมาร์ทโฟน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี ที่สนับสนุนทุนการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กนก เจริญพันธ์. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 17(2), 543-558.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC): จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ จำแนกตาม Stage*. สืบค้นเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2566 จาก <https://shorturl.asia/xQY47>.
- ธวัช วิเชียรประภา. (2566). ผลของรูปแบบการชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี*, 17(3), 65-76.
- พันธ์ศักดิ์ บาลนคร, นกษา สิงห์วีระธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ และมารุต ภูพะเนียด. (2566). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อค่าอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมไตเรื้อรังระยะที่ 3. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 3(2), 52-62.
- ยิ่งยศ อวิหิงสานนท์ และปิยะวรรณ กิตติสกุลนาม. (2561). *โรคไต: คู่มือป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคไต ฉบับสมบูรณ์*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์เฮลท์ อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- วันชัย พันศรี, พาณิ สีดกะลิน และสมจิตต์ สุพรรณทาสัน. (2562). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยไตเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 27(3), 261-271.
- ศิริวรรณ พายพัตร, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และวารินทร์ บินโฮเซ็น. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพสสอ*, 3(2), 22-36.

- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2560). *คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิด*
ระดับประคอง. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- สุนิรัตน์ สิงห์คำ. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนโดยการเสริมสร้างพลังภาคี
เครือข่ายแบบมีส่วนร่วม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 13(3), 92-99.
- สุภลักษณ์ ฉานิรัตน์, เมทนี ระดาบุตร, สุจิรา วิเชียรรัตน์ และวิญญา สุมาวัน. (2564). การรับรู้และประสบการณ์
ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 15(3), 83-94.
- สุภาภรณ์ แก้วชนะ และวนรัตน์ อนุสรณ์เสงี่ยม. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
โดยสหวิชาชีพ ณ โรงพยาบาลนางรอง. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 12(4), 195-206.
- สุคนธ์ เหล่าราช และละออง เดิมทำรัมย์. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3
ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยและ
พัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(1), 99-111.
- สุวรรณ สุรวาทกุล, สุคนธ์ เหล่าราช และละออง เดิมทำรัมย์. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย
โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 อำเภอนาดูน. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 4(7),
129-143.
- Baba, M., et al. (2015). Study of the decline in renal function in healthy subjects. *PLoS One*,
10(6), e0129036. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129036>
- Becker, M. H., & Clark, N. M. (1998). Theoretical model and strategies for improving adherence
and diseases management. In A. S. Sally, B. S. Elenor, K. O. Judith, & L. M. Wendy (Eds.),
The Handbook of Health Behavior Change (2nd ed.). (pp. 5-26). New York: Springer.
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (2006). *Research in education*. (10th ed.) Boston: Pearson education Inc.
- Cohen, J. & Uphoff, N.T. (1980). Participation in rural development: Seeking clarity through
Specificity. *World Development*, 8(13), 219-221. [https://doi.org/10.1016/0305-750X\(80\)90011-X](https://doi.org/10.1016/0305-750X(80)90011-X)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.) Hillsdale, NJ:
Lawrence Erlbaum Associates.
- Datta, P., & Ogbeide, S. A. (2019). Managing chronic kidney disease: Considerations for behavioral
health intervention in primary care. *Practice Innovations*, 4(4), 255-264.
<https://doi.org/10.1037/pri0000101>

- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.
- International Society of Nephrology. (2023). *ISN-Global Kidney Health Atlas 2023*. Retrieved August 10, 2023 from <https://shorturl.asia/0jLeF>.
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In R. B. Taylor (Ed.), *Health Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Narva, A. S., Norton, J. M., & Boulware, L. E. (2016). Educating patients about CKD: The Path to Self-Management and Patient-Centered Care. *Clinical Journal of The American Society of Nephrology: CJASN*, 11(4), 694-703. <https://doi.org/10.2215/CJN.07680715>
- Noronha, I. L., Santa-Catharina, G. P., Andrade, L., Coelho, V. A., Jacob-Filho, W., & Elias, R. M. (2022). Glomerular filtration in the aging population. *Frontiers in Medicine*, 9, 769329. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.769329>
- Polonia, J., Azevedo, A., Monte, M., Silva, J. A., & Bertoquini, S. (2017). Annual deterioration of renal function in hypertensive patients with and without diabetes. *Vascular Health and Risk Management*, 13, 231-237. <https://doi.org/10.2147/VHRM.S135253>
- Schrauben, S. J., et al. (2019). The Relationship of Disease-Specific Knowledge and Health Literacy with the Uptake of Self-Care Behaviors in CKD. *Kidney International Reports*, 5(1), 48-57. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2019.10.004>
- Selman, L.E., Bristowe, K., Higginson, & Murtagh, F.E. (2019). The views and experiences of older people with conservatively managed renal failure: A qualitative study of communication, information and decision-making. *BMC Nephrol*, 20(38), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12882-019-1230-4>
- Tuckey, N., Duncanson, E., Chur-Hansen, A., & Jesudason, S. (2022). Using an international online forum to explore perspectives of caregivers of patients with chronic kidney disease. *Journal of Nephrology*, 35(1), 267-277. <https://doi.org/10.1007/s40620-021-01216-6>

การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่มีความต่างทางวัฒนธรรม: บทบาทพยาบาล

Caring for Non-Communicable Diseases among the Karen Ethnic Group with Cultural Differences: Nurse's Roles

วัชรินทร์ คำสา¹, เอกลักษณ์ เด็กยง^{2*}

Watcharin Khamssa¹, Eakaluk Dekyong^{2*}

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น¹, สถาบันพยาบาลศาสตร์ โครงการจัดตั้งวิทยาเขตนครสวรรค์ มหาวิทยาลัยมหิดล^{2*}

Faculty of nursing Northern College¹, Institute of Nursing, Mahidol University Nakhonsawan Campus^{2*}

(Received: November 28, 2023; Revised: April 2, 2024; Accepted: May 8, 2024)

บทคัดย่อ

ในประเทศไทยมีความหลากหลายของเชื้อชาติ หนึ่งในกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีจำนวนมากที่สุด คือ กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงซึ่งอาศัยตามพื้นที่สูงหรือบนภูเขาของประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย และตาก ซึ่งมีอัตลักษณ์ทางภาษา ความเชื่อ ภูมิปัญญา ประเพณีและวัฒนธรรมเป็นของตนเองจึงส่งผลให้กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีวิถีการดำเนินชีวิตที่มีความเฉพาะเจาะจงแตกต่างจากคนไทยที่อาศัยบนพื้นที่ราบ พบว่า ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทพยาบาลในการดูแลทางด้านสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีวิถีชีวิตที่แตกต่างเพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสม สอดคล้องกับวัฒนธรรม วิถีชีวิต ในเชิงพฤติกรรม ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการดื่มสุราและสูบบุหรี่ รวมไปถึงระบบบริการสุขภาพ ที่จะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สอดคล้องกับการพยาบาลต่างวัฒนธรรมของ “ซันไรส์โมเดล (Sunrise Model)” ของไลน์นเจอร์ (Leininger, 2002) และใช้แนวคิดนี้กำหนดเป็นแนวทางให้พยาบาลตัดสินใจเลือกปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมกับวัฒนธรรม ได้แก่ 1) การคงไว้ซึ่งการดูแล 2) การปรับ/ต่อรองกับทีมสุขภาพในเรื่องการรักษา และ 3) การปรับเปลี่ยนการพยาบาลทั้งหมด เพื่อการจัดกระบวนการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้รับบริการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำรงชีวิตของตนให้เข้ากับรูปแบบการดูแลสุขภาพตามทีมสุขภาพกำหนด

คำสำคัญ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง, ความต่างทางวัฒนธรรม, บทบาทพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ เอกลักษณ์ เด็กยง e-mail: eakaluk.dek@mahidol.ac.th

Abstract

In Thailand, there is diversity in ethnicities. One of the largest ethnic groups is the Karen ethnic group, which primarily resides in highland or mountainous areas of Thailand, especially in the provinces of Chiang Mai, Chiang Rai, and Tak. They have their own language, beliefs, wisdom, customs, and culture, leading to a distinctive way of life compared to Thai people living in flat areas. Over the past 5 years, the Karen ethnic group has seen an increase in the incidence of non-communicable chronic diseases. The objective of this academic article is to present the role of nurses in providing culturally appropriate health care for ethnic groups with diverse lifestyles. This aims to align nursing practices with cultural behaviors regarding dietary habits, physical activity, stress management, alcohol and tobacco consumption, and health service systems, impacting the healthcare of patients with non-communicable chronic diseases within ethnic groups. It adheres to the culturally congruent nursing care of the "Sunrise Model," based on the concept of Leininger (2002), and uses this framework to guide nurses in decision-making for selecting appropriate nursing interventions. These interventions include: 1) preserving care, 2) negotiating with the healthcare team regarding treatment, and 3) making overall nursing adaptations. This facilitates a nursing process that helps patients adapt their lifestyles to conform to the healthcare model established by the healthcare team.

Keywords: Non-Communicable Diseases, Karen, Cultural Differences, Nurse's Roles

บทนำ

ประเทศไทยมีกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายของเชื้อชาติ โดยแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์กระจายอยู่ในส่วนต่าง ๆ ของประเทศ แต่ละชาติพันธุ์และชนเผ่าต่าง ๆ จึงมีวิถีชีวิตที่แตกต่างกัน (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม, 2564) หนึ่งในกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีจำนวนมากที่สุด คือ กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ซึ่งมีประมาณร้อยละ 38.04 ของกลุ่มชาติพันธุ์ทั้งหมด กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงเป็นกลุ่มที่ได้รับการรับรองสิทธิความเป็นพลเมืองไทย อาศัยตามพื้นที่สูงหรือบนภูเขาของประเทศไทยโดยเฉพาะในพื้นที่ภาคเหนือได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย และตาก เป็นต้น

จากข้อมูลการเจ็บป่วยในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2561-2565) พบว่า กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงเจ็บป่วยด้วยโรค 5 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคติดเชื้อบริเวณผิวหนัง โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคเบาหวาน และโรคทางช่องปาก ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก, 2566) และยังพบว่ามีแนวโน้มในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาพบว่า

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดจากพฤติกรรมด้านกายและจิตใจที่ไม่เหมาะสม ในส่วนของด้านกายประกอบไปด้วย การบริโภคยาสูบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ และด้านจิตใจ คือ ความเครียดเรื้อรัง ทั้งนี้ในการศึกษาของศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ พบว่า กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอยู่ในบางด้าน ได้แก่ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการออกกำลังกาย (ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ, 2566)

ส่วนใหญ่การศึกษาในประชากรคนไทยพื้นราบ และในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับด้านภาษา วัฒนธรรม ที่อยู่อาศัย (กลุ่มกิจการชาวเขา, 2559) มีเพียงงานวิจัยไม่กี่เรื่องที่กล่าวถึงสุขภาพ ทั้งนี้อาจจะมาจากกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในพื้นที่ทุรกันดาร พื้นที่ป่า/เขา และพื้นที่อุทยานทำให้การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างมีความลำบาก (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก, 2566) และการใช้ภาษากะเหรี่ยงในการสื่อสาร (ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ, 2566) และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีนักวิจัยที่สนใจประเด็นเกี่ยวกับการพยาบาลในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีจำนวนน้อยจึงอาจจะเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้ค้นพบงานวิจัยจำนวนน้อย ดังจะเห็นได้จากการดำเนินงานของศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ ที่จัดตั้งเพื่อดูแลสุขภาพเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมในกลุ่มชาติพันธุ์ แต่ในกลุ่มชาติพันธุ์ยังพบปัญหาด้านสุขภาพ อีกหลายด้านที่ควรได้รับการแก้ไข แต่เนื่องด้วยประชากรกลุ่มชาติพันธุ์มีหลากหลายเผ่าพันธุ์ มีความแตกต่างทางด้านภาษาและวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี การจะดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จ จำเป็นจะต้องมีกลวิธีพิเศษที่แตกต่างไปจากพื้นราบ (ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ, 2566) ดังนั้นการให้การพยาบาลที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต่างของกลุ่มชาติพันธุ์ ต้องคำนึงถึงบริบท ความเป็นพหุวัฒนธรรม รวมถึงอัตลักษณ์ในการดำเนินชีวิตของแต่ละกลุ่มเป้าหมายเป็นสำคัญ (Leininger, 2002)

บทความวิชาการนี้จะกล่าวถึง บทบาทพยาบาลต่างวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ซึ่งวิถีชีวิตด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการดื่มสุรา ด้านการสูบบุหรี่ และด้านการเข้าถึงและการรักษามีความแตกต่างกับวิถีชีวิต ของคนพื้นราบ โดยพบว่าพฤติกรรมบางด้านไม่เหมาะสม (วัชรินทร์ คำสา, วรรณรัตน์ ลาวัณ และสมสมัย รัตนกรिताกุล, 2564) ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อการต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง และเพื่อนำเสนอการพยาบาลต่างวัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เหมาะสมในพฤติกรรมบางด้าน ยังต้องคงไว้ซึ่งการดูแล เช่น ด้านการจัดการความเครียด ด้านการออกกำลังกาย การปรับ/ต่อรงกับทีมสุขภาพในเรื่องการรักษา เช่น ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการดื่มสุรา ด้านการเข้าถึงและการรักษา และการปรับเปลี่ยนการพยาบาลทั้งหมด ด้านการสูบบุหรี่ โดยสามารถนำไปใช้ในทางประยุกต์หรือปรับใช้ในบริบทพื้นที่ที่ปฏิบัติได้

กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง

กลุ่มชาติพันธุ์ คือ กลุ่มที่มีการสืบทอดทางสายโลหิต เชื้อชาติ ภาษา ความเชื่อ วิธีการดำรงชีวิต วัฒนธรรม ประเพณี ของกลุ่มชนใดชนหนึ่งตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ในส่วนของชนชาติพันธุ์ที่เข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทย นักประวัติศาสตร์และนักชาติพันธุ์วิทยาเรียกกลุ่มเรียกชาติพันธุ์ว่าพวกมอญโกลอย ซึ่งได้อพยพมาจากตอนกลางทวีปเอเชีย โดยเฉพาะบริเวณประเทศจีนและทิเบต เข้าสู่ที่ราบลุ่มและลุ่มแม่น้ำของภูมิภาคนี้ เช่น ลุ่มแม่น้ำแดง แม่น้ำโขง แม่น้ำสาละวิน แม่น้ำอิรวดี และแม่น้ำเจ้าพระยา บางกลุ่มอาศัยอยู่ในพื้นที่สูงหรือบนภูเขา (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม, 2564)

ประเทศไทยมีกลุ่มชาติพันธุ์ประมาณร้อยละ 2.2 กระจายอยู่ใน 20 จังหวัดของประเทศไทย กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีถิ่นฐานตั้งอยู่ที่ประเทศเมียนมา แต่หลังจากถูกรุกรานจากสงคราม จึงได้มีการอพยพเข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทย จากการสำรวจ พบว่า กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีประชากรมากที่สุดร้อยละ 38.04 รองลงมาเป็นม้ง ร้อยละ 14.37 ลาหู่ ร้อยละ 8.06 ตามลำดับ กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง จัดได้ว่าเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีความหลากหลายของภาษา การนับถือศาสนาที่ต่างกัน กระเหรี่ยงดั้งเดิมจะนับถือผี เชื่อเรื่องต้นไม้ กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม (กลุ่มกิจการชาวเขา, 2559) กระจายตัวอาศัยอยู่ใน 15 จังหวัด และพบมากที่สุด คือ จังหวัดเชียงใหม่ รองลงมาเป็นจังหวัดตาก และจังหวัดแม่ฮ่องสอนตามลำดับ กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงเป็นกลุ่มที่ได้รับการรับรองสิทธิความเป็นพลเมืองไทย มีภาษาพูดและภาษาเขียนเป็นของตนเอง (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม, 2564) ตลอดจนมีอัตลักษณ์ทางความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรม จึงส่งผลให้มีวิถีการดำเนินชีวิตที่เฉพาะเจาะจงเป็นของตนเอง

ชุมชนกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงเป็นชุมชนที่อาศัยอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม อาศัยอยู่เป็นครอบครัวเล็กและครอบครัวใหญ่ปะปนกันไป (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม, 2564) มีวิถีชีวิตการดำเนินชีวิตที่สืบทอดกันมาจากคนรุ่นหนึ่งสู่อีกรุ่นหนึ่งจนถึงปัจจุบัน และมีวิถีชีวิตที่มีเอกลักษณ์ของตนเอง แต่ในปัจจุบันได้พบว่าวิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงได้เปลี่ยนไปจากเดิม ดังจะเห็นได้จากการสื่อสารกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงยังพบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดสื่อสารเป็นภาษากะเหรี่ยง แต่ในกลุ่มเด็กวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ ที่ได้รับการศึกษาจะสามารถสื่อสารได้ทั้งภาษากะเหรี่ยงและภาษาไทย การแต่งกายแต่เดิมจะทอผ้าฝ้ายสวมใส่เอง (ณรงค์ชน นทิพย์พิศ, 2557) แต่ในปัจจุบันได้เริ่มมีการรับเอาวัฒนธรรมการแต่งตัวจากภายนอกเข้ามา มีการซื้อเสื้อผ้าแฟชั่นมาสวมใส่ กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงยังให้ความสำคัญกับเครื่องแต่งกาย โดยในวันประเพณีหรือในงานสำคัญพวกเขาจะยังคงแต่งกายด้วยชุดกะเหรี่ยง (ณัฏฐริญา จิตจักร, 2562) ในด้านที่พักอาศัยเดิมสร้างขึ้นจากต้นไม้ ต้นไผ่ และหลังคาทำจากใบตองตึง แต่ในปัจจุบันหมู่บ้านได้รับการพัฒนาจากความช่วยเหลือของภาครัฐ เริ่มมีการสร้างที่พักที่มีความทันสมัยคล้ายบ้านในเมืองและมีความคงทน โดยปรับบ้านไม้เป็นบ้านปูน ทำให้ชาวบ้านมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Jingjing & Onkam, 2021) ด้านความเชื่อกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงส่วนใหญ่นับถือความเชื่อเรื่องผีบรรพบุรุษ ผีป่า ด้านการศึกษาได้รับการศึกษาเพิ่มขึ้นเนื่องด้วยมีการจัดตั้งโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน และโรงเรียนในถิ่นทุรกันดาร และด้านการประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ทำเกษตรกรรมเพื่อไว้รับประทาน

และไวซายเพื่อแปลงเป็นเงินมาใช้จ่าย นอกจากนี้แล้วยังพบว่าในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีวิถีชีวิตที่ส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนี้

1. ด้านการรับประทานอาหาร

ปัจจุบันกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงส่วนใหญ่ยังคงนิยมรับประทานอาหารเหมือนเช่นในอดีต ซึ่งเป็นอาหารประจำถิ่น เช่น เมี่ยง น้ำพริก ผักต้ม แกงหน่อไม้ แกงผักป่า และเนื้อส่วนใหญ่เป็นเนื้อหมู เนื้อไก่ ซึ่งเป็นสัตว์ที่เลี้ยงไว้เพื่อเป็นอาหาร สัตว์ป่าที่หาได้จากการล่าสัตว์ และปลาที่หาได้จากลำห้วย แล้วนำมาถนอมอาหารด้วยเกลือ (ทวีศักดิ์ กิตติญา, 2561) มีการศึกษาพบว่า กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีการรับประทานอาหารที่ใส่เกลือเกินปริมาณที่กำหนด เช่น เมี่ยง อาหารแห้ง เป็นต้น (ณัฏฐริญา จิตจักร, 2562) แต่เนื่องจากชาวกะเหรี่ยงกลุ่มนี้ได้ใช้ชีวิตอยู่ในสังคมไทยเป็นระยะเวลานาน จึงทำให้ชาวบ้านบางคนเริ่มนิยมรับประทานอาหารไทยมากกว่าในอดีต โดยเฉพาะกลุ่มคนรุ่นใหม่ในหมู่บ้าน ซึ่งเป็นกลุ่มหนึ่งที่ได้มีส่วนร่วม ในสังคมไทย ดังนั้นในปัจจุบันพวกเขาจึงได้นิยมรับประทานอาหารกะเหรี่ยงและอาหารไทยในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้พบว่าในกลุ่มที่เริ่มมีฐานะและความคล่องตัวในด้านรายจ่าย มีการซื้ออาหารเช้าและอาหารเย็นจากร้านค้าในหมู่บ้านและนอกหมู่บ้านมากขึ้น กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีการซื้ออาหารมารับประทานและเป็นอาหารที่มีไขมันสูง อาหารจำพวกแป้ง วิถีชีวิตเหล่านี้ล้วนแล้วเป็นปัจจัยเสี่ยงและทำให้เกิดโรคเรื้อรัง (ทัศนีย์ จินะธรรม, ภิรภัทร คุ่มเนตร และพิชณุรักษ์ กันทวิ, 2561; ณัฏฐริญา จิตจักร, 2562)

2. ด้านการออกกำลังกาย

กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีความสนใจในเรื่องการออกกำลังกายน้อย เนื่องจากไม่มีเวลาว่าง และอาชีพเกษตรกรที่ต้องออกจากบ้านตั้งแต่เช้ากลับเข้าบ้านมืดค่ำทำให้เหนื่อยล้า โดยถือว่าการออกกำลังกายรวมอยู่ในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เดินไปมา ทำงานบ้าน จากเดิมเคยเดินไปไร่นา และจัดเป็นการออกกำลังกายด้วยการทำงานและออกกำลังกายแบบแผน (วัชรินทร์ คำสา, วรรณรัตน์ ลาวัง และสมสมัย รัตนกริธากุล, 2564) ทั้งนี้การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 30 นาที มากกว่า หรือเท่ากับ 5 วัน/สัปดาห์ จะช่วยเพิ่มไขมันดี (HDL) ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

3. ด้านการจัดการความเครียด

กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมักจะพูดคุยกับคนในครอบครัวหรือพูดคุยกับเพื่อนบ้าน (ทัศนีย์ จินะธรรม, ภิรภัทร คุ่มเนตร และพิชณุรักษ์ กันทวิ, 2561) และยังพบว่ามีการเล่นเพื่อความบันเทิงไว้ผ่อนคลายความเครียดจากการทำงาน เช่นการเล่น “นาแตง” และเดินป่าเพื่อหาอาหาร ซึ่งเป็นการจัดการความเครียดที่พึ่งพาสิ่งแวดล้อม (วัชรินทร์ คำสา, วรรณรัตน์ ลาวัง และสมสมัย รัตนกริธากุล, 2564) และยังพบว่ากลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีการจัดการความเครียดที่ไม่ถูกต้องด้วยการดื่มเหล้า (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, อิงคณา โคตนารา, รัชฎาพร ธรรมน้อย, อรพิน ยอดกลาง และบุษบา อนุศักดิ์, 2556) การที่มีภาวะเครียดต่อเนื่องเป็นเวลานานทำให้ประสาทวากส์ถูกกระตุ้น รวมทั้งการมีกลูโคคอร์ติคอยลสูงนาน ๆ และเพิ่มจำนวนกรดไขมันในกระแสเลือด มีผลให้เกิดหลอดเลือดแข็งทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้

4. ด้านการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา

พบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่จะเป็นบุหรี่ซีโหรือยาเส้นที่ปลูกเอง ซึ่งจะสูบเป็นประจำทุกวัน ทั้งนี้ การสูบบุหรี่จะทำให้ร่างกายได้รับสารนิโคติน ทาร์ และคาร์บอนมอนนอกไซด์ เกิดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ให้หลั่งสารแคทีโคลามีนมากขึ้นทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น หลอดเลือดหัวใจหดตัว หัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น และ ยังทำให้มีการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือดมากขึ้น (Enas, 2019) และกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีการดื่มเหล้าสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ครั้งละ 1-2 แก้ว ในตอนเย็นจะมีการดื่มเหล้าดื่มก่อนการรับประทานอาหาร โดยให้เหตุผลว่าช่วยให้ รับประทานอาหารได้มากขึ้น และช่วยลดความเมื่อยล้าจากการทำเกษตร ถือเป็นพฤติกรรมอยู่ในวิถีชีวิต (วัชรินทร์ คำสา, วรรณรัตน์ ลาวัง และสมสมัย รัตนกริชากุล, 2564) หากดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากเกินไปจะมีฤทธิ์ กระตุ้นให้หัวใจเต้นเร็ว และสูบน้ำเลือดออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น ทำให้แรงดันเลือดสูงขึ้นมีผลต่อผนังหลอดเลือด นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังเพิ่มการสังเคราะห์ไตรกลีเซอไรด์ และปริมาณไขมันอิ่มตัว ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดแข็งตัว และตีบตันได้ง่าย (นพรัตน์ ณะชัยพันธ์, 2543)

5. ด้านการเข้าถึงและการรักษา

กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีการรักษาแบบพื้นบ้าน เนื่องจากอยู่บนภูเขา ที่ห่างไกลไม่มีถนนหนทางที่จะ สามารถเดินทางออกจากหมู่บ้านได้อย่างสะดวก จึงนิยมรักษาโรคแบบพื้นบ้าน โดยมีหมอผีและหมอดำยาประจำ หมู่บ้าน แต่ในปัจจุบันมีการเรียนรู้อยู่ในระบบแพทย์แผนปัจจุบันและการสาธารณสุข มีลักษณะของการ ได้รับบริการจากแพทย์แผนปัจจุบันมากขึ้น ทำให้ได้เรียนรู้ ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเพิ่มขึ้น อันทำให้เกิดการ ยอมรับ และเชื่อถือในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ทำให้เริ่มมีการรักษาแบบแพทย์แผนปัจจุบันมากขึ้นกว่า ในอดีต (ณัฏฐริญา จิตจักร, 2562) พบว่า ในปัจจุบันการขยายการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อให้บริการ แก่ประชาชนครอบคลุมทำให้กลุ่มชาติพันธุ์สามารถเข้าถึงระบบบริการด้านสาธารณสุขได้เพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจจะ มาจากความสะดวกสบายในการใช้บริการ การสื่อสารที่ดีขึ้นโดยการใช้ล่าม และการให้บริการที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยัง พบว่า การเดินทางไปตรวจและรับยาที่โรงพยาบาล กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมักจะอาศัยเพื่อนบ้านที่มีรถกระบะ ไปด้วยกันเป็นกลุ่ม (วัชรินทร์ คำสา, วรรณรัตน์ ลาวัง และสมสมัย รัตนกริชากุล, 2564)

ประเด็นแนวโน้มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง

จากการศึกษาอัตราการเจ็บป่วยของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง จังหวัดตาก ระหว่างปี พ.ศ. 2561-2565 พบว่า กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 2 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ซึ่งมี แนวโน้มเป็นปัญหามากขึ้น โดยจะเห็นได้จากอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.90 ในปีพ.ศ. 2561 เป็นร้อยละ 48.51 ในปีพ.ศ. 2565 และอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.68 ในปีพ.ศ. 2561 เป็นร้อยละ 19.23 ในปีพ.ศ. 2565 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก, 2566) และอัตรา การเจ็บป่วยใกล้เคียงกับระดับประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ซึ่งโรคดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงโดยพบว่าผู้ที่มี ความดันโลหิตสูง ทำให้หัวใจหนาตัวขึ้น ทำให้มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจเพิ่มมากขึ้น 9 เท่า และผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 6 เท่า (World Health Organization, 2018) ทั้งนี้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่ว่าจะเป็นระบบตา ไต และหลอดเลือด จากฐานข้อมูล Health Data ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 30 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก, 2566) และมีแนวโน้มเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases) นับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุข

การพยาบาลต่างวัฒนธรรม

การพยาบาลต่างวัฒนธรรมมีความสำคัญมากในการให้บริการกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง เนื่องด้วยความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะ เพื่อให้สอดคล้องกับพื้นที่อาศัย เพื่อให้เกิดกิจกรรมทางการพยาบาลที่มีความเหมาะสม จึงจำเป็นต้องรวบรวมข้อมูลด้านวัฒนธรรม ด้านความเป็นอยู่ และด้านความเชื่อของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมาใช้ในกระบวนการวางแผนและกำหนดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้เกิดประโยชน์และผลด้านการรักษาที่ดีที่สุด ทำให้พยาบาลสามารถเข้าใจและเข้าถึงวัฒนธรรม สอดรับกับความต้องการของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงได้ และไลนิงเจอร์ (Leininger, 2002) ได้กล่าวไว้ว่า บุคคลที่มีที่พักอาศัย สภาพแวดล้อม ความเป็นอยู่ที่ไม่เหมือนกัน จะส่งผลต่อการรับรู้และความคาดหวังในกิจกรรมการพยาบาลที่ต่างกันออกไป

จากแนวคิดของไลนิงเจอร์ (Leininger, 2002) กำหนดมโนคติทางวัฒนธรรมและกำหนดกรอบแนวคิดทางการพยาบาล 4 มโนคติ และได้พัฒนามาเป็นรูปแบบการดูแลเชิงวัฒนธรรม (Cultural Care Model) ถือเป็นกิจกรรมการพยาบาลในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงโดยคำนึงถึงปัจจัยที่มาจากเกี่ยวข้อง เช่น สภาพแวดล้อม สังคม วิถีชีวิต และการเป็นอยู่ การเข้าถึงบริการด้านอนามัย และถูกจำแนกได้ 2 แบบ คือ เป็นการส่งต่อความรู้และทักษะจากบรรพบุรุษมาสู่รุ่นลูก รุ่นหลาน หรือเรียกว่าภูมิปัญญาท้องถิ่น และการกำหนดกิจกรรมทางการพยาบาลโดยเน้นวัฒนธรรมเป็นปัจจัยหลักและให้กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงเป็นผู้ที่เข้าใจวัฒนธรรมของตนเองดีที่สุดเข้ามามีบทบาทในการช่วยกำหนดกิจกรรมด้านการพยาบาลและแผนการรักษาที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ไลนิงเจอร์ได้เสนอออกมาเป็นรูปแบบ “ซันไรส์โมเดล (Sunrise Model)” (Leininger, 2002) และจำแนกออกมาดังนี้ ปัจจัยที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพทางด้านวัฒนธรรมและรูปแบบของการกำหนดกิจกรรมด้านการพยาบาลโดยการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพทย์สมัยใหม่และมีเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพคอยให้การดูแลและเป็นปัจจัย ในการเสนอแนวทางให้พยาบาลวิชาชีพตัดสินใจเลือกปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการเป็น 3 แนวทาง (Leininger, 2002) คือ

1. แนวทางการพยาบาลที่คงไว้ซึ่งการดูแลและเคารพวัฒนธรรมของผู้รับบริการ (Cultural Care Preservation / Maintenance) ถือเป็นกิจกรรมด้านการพยาบาลที่มีความเข้าใจกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงไม่ว่าจะเป็นลัทธิความเชื่อ การดำรงชีวิต ภูมิปัญญาแต่เดิม สิ่งเหล่านี้ล้วนนำมาเป็นข้อมูลในการกำหนดแผนกิจกรรมการพยาบาลได้

2. แนวทางการปรับกระบวนการพยาบาลที่ช่วยให้สามารถปรับตัวและต่อรองกับทีมสุขภาพในเรื่องการรักษา (Cultural Care Accommodation/Negotiation) ในกระบวนการนี้เมื่อประเมินแล้วว่าการกระทำของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงอาจจะส่งผลเสียต่อการรักษาแต่ยังอยู่ในส่วนที่พอรับได้ แต่เพื่อให้เกิดผลที่ดีที่สุด ควรได้รับการเจรจาเพื่อให้เกิดการยอมรับและเลือกแผนการรักษาที่เหมาะสม เกิดความพอใจทั้งพยาบาลและผู้รับบริการ

3. แนวทางการจัดกระบวนการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้รับบริการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำรงชีวิตของตนให้เข้ากับรูปแบบการดูแลสุขภาพตามทีมสุขภาพกำหนด (Cultural Care Repatterning / Restructuring) เมื่อเจ้าหน้าที่เล็งเห็นแล้วว่าสิ่งที่ป็นอยู่ส่งผลเสียอย่างมากกับการรักษา และไม่ก่อให้เกิดผลดีเลย จึงจำเป็นต้องกำหนดกิจกรรมทางการพยาบาลในรูปแบบใหม่ เช่น การปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพ ทั้งนี้กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงอาจจะไม่พึงพอใจนัก แต่มีเป้าหมายให้การรักษาดูออกมาดีที่สุด

วัฒนธรรมส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพต่อกลุ่มชาติพันธุ์

จากการทบทวนวรรณกรรมและผลสำรวจมุมมองของนักวิชาการทางการพยาบาล และผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาล (ฐิตารัตน์ สารทองแดง และกลีบแก้ว จันทร์หงส์, 2563; ประรณาลิณ ลังการพิณรุ, 2563) พบว่าวัฒนธรรมส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและการปรับเปลี่ยนระบบบริการทางด้านสาธารณสุข ในมิติต่อไปนี้

- 1) ความหลากหลายของกลุ่มชาติพันธุ์ เนื่องด้วยการโยกย้ายถิ่นฐาน สามารถเข้าถึงสถานบริการได้ทุกระดับ ทำให้รัฐบาลต้องเร่งจัดระบบบริการเพื่อรองรับประชาชนที่มีความหลากหลายและมีวิถีชีวิตที่แตกต่างกัน
- 2) การเคารพคุณค่า ศักดิ์ศรี ความเชื่อ วิถีชีวิตตามวัฒนธรรม สิทธิมนุษยชนของกลุ่มชาติพันธุ์มากขึ้น เนื่องจากเป็นสิทธิการรักษาของผู้ป่วย ตามข้อกำหนดในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และรัฐธรรมนูญแห่งประเทศไทย ทำให้กลุ่มชาติพันธุ์สามารถเลือกและเรียกร้องตามสิทธิในการบริการในสถานบริการด้านสุขภาพ และเรียกร้องให้ผู้บริการด้านสุขภาพมีทัศนคติต่อกลุ่มชาติพันธุ์ไปในทางที่ดี
- 3) การรณรงค์เกี่ยวกับ เพศสภาพ การเปลี่ยนแปลงบทบาทชายและหญิง เพื่อเรียกร้องความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน ทำให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขต้องปรับระบบการให้บริการสุขภาพเพื่อให้เหมาะกับเพศสภาพ
- 4) การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย รวดเร็ว สะดวกในการสื่อสาร ทำให้ระบบบริการต้องมีการปรับเปลี่ยน และติดตามความรู้ใหม่ ๆ ให้เหมาะสมและทันกับเหตุการณ์ และ
- 5) การปฏิรูประบบสุขภาพระดับปฐมภูมิตามแนวคิด “คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” เพื่อให้บริการตามสภาพปัญหาที่เกิดจากปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ทำให้สถานบริการของหน่วยงานสาธารณสุขเกิดการพัฒนาด้านบริการให้ตอบรับกับความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม และประเพณีของกลุ่มชาติพันธุ์ ส่วนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการระดับปฐมภูมิ ต้องแลกเปลี่ยนวิธีคิด และกระบวนการทำงานในชุมชน

วัฒนธรรมจึงเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขต้องมีความรู้ ความเข้าใจในวิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อ ประเพณี ค่านิยม พฤติกรรม รวมไปถึงความเข้าใจในบริบทความเป็นอยู่ และความแตกต่างทางวัฒนธรรม ส่งผลให้เกิดความเข้าใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

บทบาทพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทำให้พยาบาลจำเป็นต้องค้นหาองค์ความรู้เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มชาติพันธุ์ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเป็นไปตามเป้าหมายของงานบริการสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุด โรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้โดยการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และจากการทบทวนวรรณกรรมพบแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ วิธีการจัดการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย (ฐิตารัตน์ สารทองแดง และกลีบแก้ว จันทร์หงส์, 2563) โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อาทิ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรักษา การตรวจสุขภาพประจำปี และลดพฤติกรรมเสี่ยงจากการดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ เป็นต้น (ปรารธนา ลังการพิณธุ์, 2563) ในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง แต่รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงได้บูรณาการร่วมกับการพยาบาลต่างวัฒนธรรม ซึ่งกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงจะมีองค์ความรู้เรื่องการรักษาและการดูแลสุขภาพที่ต่างจากคนพื้นราบ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะพฤติกรรมและแนวทางการพยาบาลในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง

พฤติกรรมรายด้าน	จากการศึกษาลักษณะพฤติกรรมกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง (แนวทางการพยาบาล)
ด้านการรับประทานอาหาร	รับประทานอาหารรสเค็ม อาหารจำพวกแป้ง ผักและผลไม้ (ต่อรอง)
ด้านการออกกำลังกาย	ออกกำลังกายแบบไม่มีแบบแผนมากกว่า 2 ชั่วโมง/วัน (คงไว้)
ด้านการจัดการความเครียด	เดินป่า พูดคุยเพื่อนบ้าน การละเล่นพื้นบ้าน งานจักสาน (คงไว้)
ด้านการสูบบุหรี่	สูบบุหรี่ชี่โยหรือยาเส้นทุกวัน (ปรับเปลี่ยน)
ด้านการดื่มสุรา	ดื่มสุราตอนเย็น วันละ 1-2 แก้ว (ต่อรอง)
ด้านการรักษา	ระบบบริการเชิงรุก

จากตารางที่ 1 จึงต้องบูรณาการด้วยระบบการดูแลสุขภาพเชิงวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการดูแลรักษาที่เหมาะสม และมีผลประโยชน์มากที่สุด การกำหนดแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมตามรูปแบบ “ซันไรส์โมเดล (Sunrise Model) เป็น 3 แนวทาง ดังนี้

1. แนวทางการพยาบาลที่คงไว้ซึ่งการดูแลและเคารพวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ด้านการจัดการความเครียดในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงด้วยวิธีทำให้จิตใจสงบ เช่น ปรึกษาผู้อื่น นั่งสมาธิ ทำบุญ และที่เด่นชัดคือ การจัดการความเครียดโดยการพึ่งพาธรรมชาติด้วยการเดินป่าเพื่อหาอาหาร (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ,

อิงควา โคตนารา, รัชฎาพร ธรรมน้อย, อรพิน ยอดกลาง และบุษบา อนุศักดิ์, 2556) นอกจากนี้แล้ว ด้านการออกกำลังกาย จะเห็นได้ว่ากลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีการออกกำลังกายแบบไม่มีแบบแผน เช่น ทำงานบ้าน รดน้ำผัก/ ต้นไม้ ทำไร่ ทำนา เดินป่า หาปลา เนื่องจากความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ (วัชรินทร์ คำสา, วรณรัตน์ ลาวัง และสมสมัย รัตนกริชากุล, 2564) ทั้งนี้หากจะแนะนำให้ออกกำลังกายเช่นเดียวกับคนในพื้นที่ราบ เช่น เดินเร็ว โยคะ รำกระบอง เต้นแอโรบิก ก็พบว่ากลุ่มชาติพันธุ์ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ เพราะกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงไม่มีเวลาว่าง และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรที่ต้องออกจากบ้านตั้งแต่เช้ากลับเข้าบ้านมืด ทำให้เหนื่อยล้า จึงไม่มีเวลาออกกำลังกาย จึงต้องคงไว้เพราะเป็นการดูแลและเคารพวัฒนธรรมของผู้รับบริการ (Cultural Care Preservation / Maintenance) ดังนั้นการให้การพยาบาลจึงเน้นการส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องใน 2 ด้านนี้

2. แนวทางการปรับกระบวนการพยาบาลที่ช่วยให้สามารถปรับตัวและต่อรองกับทิมสุขภาพในเรื่องการรักษาที่เปลี่ยนแปลงอยู่ ด้านการรับประทานอาหารกลุ่มชาติพันธุ์ส่วนใหญ่รับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ และรับประทานโปรตีนซึ่งได้มาจากเนื้อหมู เนื้อไก่ ซึ่งเป็นสัตว์ที่เลี้ยงไว้เพื่อเป็นอาหาร สัตว์ป่าที่ได้จากการล่าสัตว์ และปลาที่หาได้จากลำห้วยซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมที่ดีที่ต้องคงไว้ แต่ในทางกลับกันกลุ่มชาติพันธุ์มีการรับประทานอาหารกึ่งสำเร็จรูป หรืออาหารหมักดอง การรับประทานอาหารที่ใส่เกลือเกินปริมาณที่กำหนด เช่น เมี่ยงอาหารแห้ง (อรรณณ สัมภามานะ, ลินดา คล้ายปักซี่, พนิดา อาวุธ และโสทรธรีร์ แพน้อย, 2560) ในความเป็นจริงควรเลิกพฤติกรรมด้านนี้ แต่กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงให้เหตุผลที่ไม่สามารถเลิกอมเมี่ยงได้ คือ “เหงาปาก” จากประสบการณ์พบว่า การต่อรองจากให้อมเมี่ยงวันละไม่เกิน 3 คำและห้ามใส่เกลือเพิ่มในเมี่ยง ได้รับความร่วมมือดีกว่าการให้เลิกอมเมี่ยง

ด้านการดื่มสุรากลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีการดื่มสุราที่ได้มาจากการต้มเหล้าเอง ก่อนการรับประทานอาหารเย็น และให้เหตุผลว่าช่วยให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น และช่วยลดอาการปวดเมื่อยจากการทำงานเกษตรกร ในความเป็นจริงควรเลิกพฤติกรรมด้านนี้ การจะให้กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงเลิกดื่มเหล้าอาจจะเป็นเรื่องยากเนื่องจากเป็นความเชื่อจากประสบการณ์ของผู้วิจัยในการพูดคุยกับกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง พบว่าอาจจะต้องต่อรองให้ดื่มมื่อเย็นวันละ 1 แก้ว หรือในช่วงที่เจ็บป่วยหรือไม่สบายควรงดการดื่มสุราไปก่อนได้รับความร่วมมือดีกว่าการให้เลิกดื่มสุรา ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกที่กล่าวไว้ว่าการดื่มสุราที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยกำหนดปริมาณ ผู้ชายดื่มสุราได้ไม่เกินวันละ 2 แก้ว ผู้หญิงดื่มสุราได้ไม่เกินวันละ 1 แก้ว (World Health Organization, 2018) ซึ่งการปรับกระบวนการพยาบาลที่ช่วยให้สามารถปรับตัว และต่อรองกับทิมสุขภาพในเรื่องการรักษาที่เปลี่ยนแปลง (Cultural Care Accommodation) เป็นการช่วยเหลือ สนับสนุน เพื่อให้ได้แนวทางการรักษาที่มีประโยชน์และผู้รับบริการพึงพอใจสูงสุด

3. แนวทางการจัดกระบวนการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้รับบริการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำรงชีวิตของตน ให้เข้ากับรูปแบบการดูแลสุขภาพตามแนวทางการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้านการสูบบุหรี่กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไม่เหมาะสม พบว่ามีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ บุหรี่ขี้เถ้า หรือยาเส้น พฤติกรรมการสูบบุหรี่

ยังคงอยู่ในวิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง (Lorga, Aung, Naunboonruang, Junlapeeya & Payaprom, 2013) ผู้ที่สูดดมควันบุหรี่เป็นประจำ หรือมากกว่า 60 นาทีต่อวันก็ยังเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากถึงร้อยละ 25-30 ถึงแม้จะเป็นวิถีชีวิตที่สืบทอดกันมาอย่างยาวนาน (Patel et al, 2017) แต่พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ถือว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อตัวผู้สูบบุหรี่และ คนรอบข้าง จากประสบการณ์ของผู้วิจัยในการพูดคุยกับกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง พบว่า การอธิบายถึงผลเสียที่เกิดกับตนเอง คนรอบข้าง และแนะนำให้เลิกบุหรี่ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี จากการสอบถามกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงให้เหตุผลที่เลิกบุหรี่ได้คือ “อย่างน้อย ก็มีเมี่ยงมีหมากพลูให้อม” รวมไปถึงการปลูกและผลิตยาสูบในพื้นที่ลดลง ทำให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ เมื่อวิถีการดำรงชีวิตส่งเสริมให้เลิกสูบบุหรี่ ทำให้สามารถเปลี่ยนแปลงให้เข้ากับรูปแบบการดูแลสุขภาพตามทีมสุขภาพกำหนด (Cultural Care Repatterning / Restructuring) เป็นให้การพยาบาลโดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และยอมรับแนวทางการรักษาพยาบาลจากทีมสุขภาพทั้งหมด โดยมุ่งประโยชน์สูงสุดในการรักษาพยาบาลมากกว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ด้านการรับประทุษร้ายและการตรวจตามนัด ในอดีตการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขค่อนข้างลำบาก อาจส่งผลต่อการรักษา เพื่อแก้ไขปัญหาการเดินทาง และการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่เองก็ต้องปรับระบบบริการเน้นเชิงรุก เช่น การนัดวันมาตรวจที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพร้อมกันเพื่อความสะดวกในการเดินทาง เนื่องจากอาศัยรถกระบะของเพื่อนบ้านในการมาตรวจ การตรวจวัดความดันและเจาะน้ำตาลปลายนิ้วโดยอสม. จากประสบการณ์ของผู้วิจัยในการพูดคุยกับกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง พบว่าเมื่อจัดระบบบริการเชิงรุก โดยให้บริการที่ รพ.สต. ที่เรียกว่า คลินิกโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง และนัดผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงในหมู่บ้านพร้อมกันทีเดียว ทำให้อัตราการมาตรวจตามนัดเพิ่มขึ้น การสื่อสารภาษากะเหรี่ยง และความไว้วางใจใน อสม.คนในพื้นที่ ที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ทำให้การเยี่ยมบ้าน การติดตามวัดความดันโลหิต และการตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ซึ่งต้องกระทำในตอนเย็นเนื่องจากบริบทในการประกอบอาชีพ จึงทำให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีพฤติกรรมด้านนี้ดีกว่าประชากรพื้นราบ (ปั่นทอง ผึ้งดอกไม้, วิชชุดา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ และฉัตรกนก ทุมวิภาต, 2559; ธนพงศ์ ภูผาลี, ชิตชนก คุณสวัสดิ์, ธนิตา ภูราชพล และธารินี ศรีศักดิ์นอก, 2560)

สรุป

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผลจากลักษณะการใช้ชีวิตที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ไม่ว่าจะเป็นการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดื่มเหล้าและการสูบบุหรี่ด้วยหลายปัจจัย กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีพฤติกรรมที่แตกต่างจากคนพื้นราบที่แฝงไปด้วยความเชื่อและการเข้าถึงในบริการด้านการแพทย์ เพื่อให้ตอบรับและสอดคล้องกับพฤติกรรมกับวิถีชีวิตในการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พยาบาลจึงจำเป็นต้องเข้าใจถึงบริบท วัฒนธรรม และแสดงให้เห็นถึงการยอมรับ การเคารพสิทธิของกลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งในความเป็นจริงการเลิกพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสิ่งที่ถูกต้อง

ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง โดยการให้เลิกพฤติกรรมเสี่ยงทุกด้านอาจทำให้ได้รับความร่วมมือในการรักษาน้อยและไม่ดีเท่าที่ควร ดังนั้นการนำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมตามรูปแบบ “ซันไรส์โมเดล (Sunrise Model) มาใช้จะทำให้ได้รับความร่วมมือจากกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงในการปรับพฤติกรรมและการรักษาที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ผู้เขียนหวังว่าบทความนี้จะเป็ข้อมูลพื้นฐานในการให้บริการกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง และส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ เข้าใจบริบท ความต่างด้านวัฒนธรรม เมื่อผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าใจข้อมูลของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง จะทำให้สามารถจัดทำโปรแกรม หรือแนวทางการให้บริการด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงได้อย่างเหมาะสม และเพื่อเป็นการต่อยอดทางด้านการศึกษาวิจัยกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และทันสมัย สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด 2561-2565. สืบค้นเมื่อ 19 กรกฎาคม 2566 จาก <https://shorturl.asia/u4lP3>.
- กลุ่มกิจการชาวเขา. (2559). ทำเนียบชุมชนบนพื้นที่สูง กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ. เชียงราย: พรินซ์เชียงใหม่ จำกัด.
- จิตราธรัตน์ สารทองแดง และกลีบแก้ว จันทร์หงส์. (2563). บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 36(3), 317-327.
- ณรงค์นุช นทีพ่ายพิทศ. (2557). อัตลักษณ์ผ้าทอกะเหรี่ยงปกากะญอ. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต, 2(1), 113-121.
- ณัฏฐริญา จิตจักร. (2562). พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในชนเผ่าปกากะญอ อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่. ลำปางเวชสาร, 40(1), 10-16.
- ทวีศักดิ์ กิตติญาโณ. (2561). การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของชุมชนกะเหรี่ยง บ้านพระบาทห้วยต้ม ตำบลนาทราย อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน. วารสารปัญญา, 25(1), 51-63.
- ทัศนีย์ จินะธรรม, ภิรภัทร คัมเนตร และพิษณุรักษ์ กันทวิ. (2561). การศึกษาความเชื่อ และพฤติกรรมด้านสุขภาพที่มีผลต่อการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มชนชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร, 10(1), 179-192.
- ธนพงศ์ ภูผาลี, ชิตชนก คุณสวัสดิ์, ธนิตา ภูราชพล และธารินี ศรีศักดิ์นอก. (2560). คำอธิบายถึงการมียาเหลือใช้ และพฤติกรรมในการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารเภสัชกรรมไทย, 10(1), 5-12.

- นพรัตน์ ธนะชัยพันธ์. (2543). ความก้าวหน้าในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ และหลอดเลือดปี 2000 ณ พันทน์ โรงแรมโลตัสปางสวนแก้ว เชียงใหม่.*
- ปรารธนา ลังการ์พินธุ์. (2563). การดูแลสุขภาพแบบต่างวัฒนธรรมในยุคดิจิทัลดิสรปชั่น. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ, 26(2), 67-77.*
- ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้, วิชชุดา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ศรีรัตน์ ศรีประสงค์ และฉัตรกนก ทุมวิภาต. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 8(1), 16-26.*
- อรรธรณ สัมภามานะ, ลินดา คล้ายปักซี่, พนิดา อาวุธ และไศตรีย์ แพน้อย. (2560). การพัฒนาการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล : กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะลวน อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี. *วารสารกระทรวงสาธารณสุข, 27(1), 157-167.*
- วัชรินทร์ คำสา, วรรณรัตน์ ลาวัณ และสมสมัย รัตนกริชากุล. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดตาก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา, 29(3), 76-89.*
- ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ. (2566). *ประวัติศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์.* สืบค้นเมื่อ 19 กรกฎาคม 2566 จาก <https://hhdc.anamai.moph.go.th/th>.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, อิงคภา โคตนาารา, รัชฎาพร ธรรมน้อย, อรพิน ยอดกลาง และบุษบา อนุศักดิ์. (2556). ประสพการณ์การพยายามฆ่าตัวตาย: ความแตกต่างทางเพศภาวะ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 58(3), 245-256.*
- สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. (2564). *ความหลากหลายทางชาติพันธุ์.* ปทุมธานี: เอ-พลัส พริน.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก. (2566). *สาเหตุการป่วย 10 อันดับแรก 2561-2565.* สืบค้นเมื่อ 19 กรกฎาคม 2566 จาก <https://shorturl.asia/DM9Yd>.
- Enas, A. (2019). Lipoprotein(a): An independent, genetic, and causal factor for cardiovascular disease and acute myocardial infarction. *Indian Heart Journal, 71(3), 99-112.*
- Jingjing, G. & Onkam, I. (2021). Way of life of Hmong ethnic group: A case study of Ban Mae Sa Mai, Pongyang sub-district, Maerim district, Chiang Mai. *Liberal Arts Review. 16(1), 27-44.*
- Leininger, M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing, 13(3), 189-192.*
<https://doi.org/10.1177/10459602013003005>

- Lorga, T., Aung, M. N., Naunboonruang, P., Junlapeeya, P., & Payaprom, A. (2013). Knowledge of communicable and noncommunicable diseases among Karen ethnic high school students in rural Thasongyang, the far northwest of Thailand. *International Journal of General Medicine*, 6, 519-526. <https://doi.org/10.2147/ijgm.s44902>
- Patel, J., et al. (2017). Ethnic Groups Living in The Us the Mediators of Atherosclerosis in South Asians Living in America (MASALA) Study and The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *Journal of the American College of Cardiology*, 69(11S), 1555-1555.
- World Health Organization. (2018). *World Health Statistics 2018*. Retrieved July 18, 2023 form <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันและลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง: การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

Development of a Clinical Nursing Guideline for Preventing and Reducing Increased Intracranial Pressure in Patients with Traumatic Brain Injury: Using Evidence - Based Practice

รุ่งนภา เขียวชะอำ*

Rungnapha Khiewchaum*

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข*

Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute Ministry of Public Health*

(Received: December 31, 2023; Revised: April 30, 2024; Accepted: June 12, 2024)

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันและลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันและลดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ชื่อแนวปฏิบัติการพยาบาล 2) แนวทางปฏิบัติฯ พร้อมแหล่งอ้างอิงทางบรรณานุกรม เช่น การประเมินและติดตามค่าความในกะโหลกศีรษะผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง การดูแลให้มีการระบายอากาศได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเพิ่มการไหลกลับของเลือดดำจากสมอง การจัดการสาเหตุทำให้เกิดความดันในช่องอกและช่องท้องมากขึ้น และการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สะท้อนถึงแนวโน้มการเกิดความดันกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง เป็นต้น 3) ขอบเขตในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ ประกอบด้วย พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล เป็นต้น 4) วิธีดำเนินการ ได้แก่ การชี้แจงในที่ประชุมและการนำเสนอเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการใช้แนวปฏิบัติฯ เป็นต้น 5) ข้อเสนอแนะ ได้แก่ การถ่ายทอดหรือการนำลงสู่ภาคปฏิบัติ ความเป็นไปได้ และความคุ้มค่า 6) หลักฐานที่ใช้ในการสนับสนุนข้อเสนอแนะ ได้แก่ การประเมินความสามารถในการใช้แนวปฏิบัติฯ และการประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติฯ 7) ประโยชน์และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการนำข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ ได้แก่ ประโยชน์ต่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล และหน่วยงาน และ 8) การนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ในการฝึกปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลในคลินิก ดังนั้นการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันและลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจึงเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพ ส่งผลทำให้คุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ทางคลินิกผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองดีขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง, ความดันกะโหลกศีรษะสูง, แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

*ผู้ให้การติดต่อ รุ่งนภา เขียวชะอำ e-mail: rungnapha@pnc.ac.th

Abstract

This article aims to propose a clinical nursing guideline for preventing and reducing increased intracranial pressure in patients with traumatic brain injury by using evidence - based practice. The clinical nursing guideline for preventing and reducing increased intracranial pressure in patients with traumatic brain injury consists of eight components: 1) name of the nursing guideline; 2) practice guidelines along with bibliographic references such as assessment and monitoring of intracranial pressure in patients with traumatic brain injury, ensuring effective ventilation, increasing venous return from the brain, managing causes of increased intra-thoracic and intra-abdominal pressure, and monitoring laboratory results that reflect the tendency for increased intracranial pressure in brain injury patients; 3) scope of application of the guideline, including nurses and nursing students, etc; 4) procedures, such as explaining in meetings and presentations to clarify the objectives of using the guideline, etc; 5) recommendations, such as dissemination or implementation, feasibility, and cost-effectiveness; 6) evidence supporting the recommendations, such as assessing the ability to use the guideline and assessing the feasibility of using the guideline; 7) benefits and potential harms from implementing the recommendations from the guideline, such as benefits for brain injury patients, nurses and nursing students, and the organization; and 8) implementing the guideline for practicing nursing skills in clinics. Therefore, using the clinical nursing guideline for preventing and reducing increased intracranial pressure provides guidance for nurses or healthcare personnel, resulting in improved quality of care and better clinical outcomes for brain injury patients.

Keywords: Traumatic Brain Injury, Increased Intracranial Pressure, Clinical Nursing Practice Guideline

บทนำ

ปัจจุบันอุบัติเหตุนบนท้องถนนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี ทั่วโลก ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บต่ออวัยวะที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic Brain Injury (TBI)) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตและเกิดความพิการ จากสถิติพบว่า ปี พ.ศ. 2565 ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง 300,000 ราย และเสียชีวิต จำนวน 8,236 ราย นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ยังคงหลงเหลือความพิการในการดูแลระยะยาว (Long-Term Care) (Bernard, Barsan, Diaz-Arrastia, Merck, Yeatts, & Shutter, 2022) สำหรับประเทศไทยจากรายงานกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2566 พบว่า การเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง มีจำนวน 6,258 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.37 ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ผู้ประสบอุบัติเหตุ

มักเกิดพยาธิสภาพของการบาดเจ็บได้ทั้งระยะปฐมภูมิ (Primary Brain Injury) เช่น กระโหลกศีรษะแตกร้าว (Skull Fracture) เนื้อสมองช้ำ (Brain Contusion) หรือเนื้อสมองฉีกขาด (Brain Laceration) เป็นต้น และระยะทุติยภูมิ (Secondary Brain Injury) เช่น การมีเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะ (Intracranial Hematoma) ภาวะสมองบวม (Brain Edema) ภาวะสมองเคลื่อน (Brain Herniation) และ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure (IICP)) โดยเฉพาะ IICP เป็นภาวะแทรกซ้อนมักพบได้บ่อย ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (Hickey & Strayer, 2020)

ความดันที่เกิดขึ้นภายในกะโหลกศีรษะภายหลังการบาดเจ็บเป็นผลมาจากเปลี่ยนแปลงขนาดและปริมาตรของ 3 องค์ประกอบภายในกะโหลกศีรษะปกติ ประกอบด้วย น้ำไขสันหลัง (10%) เลือด (10%) และเนื้อเยื่อสมอง (80%) ถ้ามีการเพิ่มของส่วนใดส่วนหนึ่งส่วนที่เหลือจะลดลงเพื่อรักษาสสมดุลของความดันในกะโหลกศีรษะ ซึ่งเรียกปรากฏการณ์นี้ว่า The Monro-Kellie Hypothesis (Canac, Jaleleddini, Thorpe, Thibeault, & Hamilton, 2020) จะซึ่งค่าปกติของความดันกะโหลกศีรษะ คือ 0-10 mmHg (Hickey & Strayer, 2020) ดังนั้นหากมีความผิดปกติของปริมาตรน้ำหล่อสมองและไขสันหลัง (Increased Cerebrospinal Fluid Volume) การเพิ่มปริมาตรของเลือด (Increased Blood Volume) และการเพิ่มปริมาตรของเนื้อสมอง (Increased Brain Tissue Volume: Mass Effect) เกิดทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ซึ่งภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง คือ ค่าความดันกะโหลกศีรษะมากกว่า 20 mmHg (Pinto, Tadi, & Adeyinka, 2023) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่ส่งเสริมให้บาดเจ็บที่สมองและทำให้เกิดความดันกะโหลกศีรษะสูงอาจมีหลายปัจจัย เช่น อายุ ประวัติโรคประจำตัวของผู้ป่วย และกิจกรรมที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยในขณะที่ให้การดูแล เป็นต้น (Maas et al., 2022; ฉัตรกมล ประจวบลาภ, 2561) ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและเกิดความพิการในที่สุด

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่เหมาะสมอาจมีส่วนทำให้องค์ประกอบทั้ง 3 ส่วน ภายในกะโหลกศีรษะมีการเพิ่มขึ้นของขนาดและปริมาตรได้ ส่งผลทำให้ความดันกะโหลกศีรษะสูงขึ้น เช่น การจัดท่านอน การดูดเสมหะ การทำความสะอาดช่องปาก การจัดการกับอุณหภูมิกาย และการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับออกซิเจน การพลิกตะแคงตัวและการใส่เฝือกคอแบบแข็งในรายที่สงสัยมีการหักของกระดูกคอ (Hard Collar) (ฉัตรกมล ประจวบลาภ, 2561) เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงจำเป็นต้องมีความรู้และความเข้าใจในการให้การดูแลผู้ป่วย รวมถึงการมีสมรรถนะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง และสามารถนำหลักฐานเชิงประจักษ์ในการให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ปลอดภัย และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันและลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและลดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง เป็นเครื่องมือช่วยให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่อยู่ในภาวะวิกฤตได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดการเกิดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง ส่งผลทำให้ลดการเสียชีวิตและความพิการได้

หลักการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและลดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในปัจจุบันควรมีกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีเป็นพื้นฐานในการพัฒนา เพื่อสามารถระบุขอบเขตของที่มาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่าง ๆ ได้ นอกจากนี้การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีกรอบแนวคิดยังสามารถอธิบายและเหตุผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และสร้างความมั่นใจสำหรับผู้ใช้นั้น ๆ ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลไปในแนวทางเดียวกันและมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ผู้เขียนประยุกต์มาจากกระบวนการใช้ผลงานวิจัยของ ไอโอวา (IOWA) (Titler et al, 2001) การพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) เลือกประเด็นปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา 2) สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) วิเคราะห์ ประเมินคุณภาพ สกัดเนื้อหา สังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ และ 4) เขียนแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดและขั้นตอนดังนี้

1. เลือกประเด็นปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

ในการเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษารั้งนี้ ผู้เขียนมีการวิเคราะห์ปัญหาจาก 3 แหล่งข้อมูล คือ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง การสังเกตปรากฏการณ์ทางคลินิกของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในสถานการณ์จริง และการทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้บาดเจ็บที่สมองจากการวิเคราะห์ ข้างต้นสรุปได้ว่าปัญหาการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงนั้นมีสาเหตุจาก 2 ปัจจัย หลัก ๆ คือ

1.1 ปัจจัยที่เกิดจากผู้ป่วย ได้แก่ การเกิด Valsalva Maneuver เช่น การเบ่งถ่าย การไอ จาม การชักเกร็งกระตุก ซึ่งบางครั้งไม่สามารถควบคุมได้เนื่องจากเกิดจากพยาธิสภาพของสมองโดยตรง

1.2 ปัจจัยที่เกิดจากทีมบุคลากร ได้แก่ กิจกรรมการพยาบาล ซึ่งมีสาเหตุดังนี้

1.1.1 พยาบาลบนหอผู้ป่วยที่เป็นพยาบาลจบใหม่ (Novice Nurse) หรือนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกภาคปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลอาจไม่มีความรู้และความเข้าใจที่เพียงพอในการนำความรู้จากทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา กออิสรานูภาพ, วรวิชา สำราญเนตร และวรรณธร โพธารินทร์ (2566) พบว่า ปัญหาและอุปสรรคของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ที่ขึ้นปฏิบัติงานหอผู้ป่วยวิกฤต คือ การขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยและไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต เช่น ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรง เป็นต้น

1.1.2 พยาบาลหรือนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลบนหอผู้ป่วย ไม่ตระหนักถึงกิจกรรมการพยาบาลบางอย่างทำให้เกิดส่งเสริมทำให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเพิ่มขึ้น เช่น การจัดท่านอนที่เหมาะสม การดูดเสมหะที่มีประสิทธิภาพ และการพลิกตะแคงตัว เป็นต้น

2. สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ มีขั้นตอนดังนี้

2.1 การกำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ในขั้นตอนนี้ผู้เขียนได้ใช้คำในการสืบค้น (Keywords) ได้แก่ Positioning, Suctioning, Hyperthermia, Hyperventilation, Valsalva Maneuver,

Increased Intracranial Pressure ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความดันกะโหลกศีรษะสูงและเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่อาจส่งเสริมการเพิ่มความดันกะโหลกศีรษะหากพยาบาลหรือบุคลากรสุขภาพปฏิบัติไม่ถูกต้อง

2.2. การกำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูลเมื่อสามารถสรุปสาเหตุของปัญหาภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ผู้เขียนทำการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากตำราและงานวิจัยเดี่ยวภาษาอังกฤษและไทย ที่ตีพิมพ์เผยแพร่จากระบบฐานข้อมูลต่าง ๆ ได้แก่ Scholar Google, PUBMED, Science Direct, Joannabriggs.edu.au, Cochrance.org งานวิจัยที่เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูล evidencebasednursing.com และจากฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติของสถาบันต่าง ๆ ได้แก่ www.guidelines.gov, www.icsi.org, www.york.ac.uk, www.highbeam.com

2.3 การกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกรงานวิจัย จาก “PICO framework” (Craig & Smyth, 2002; Melnyk & Fineout-Overholt, 2002; Smyth, 2011) ซึ่งมีระยะเวลาตั้งแต่ ค.ศ. 2000-2022 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงการกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกรงานวิจัย ตามหลัก “PICO framework”

PICO Framework	รายละเอียด
P = Population	ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง
I = Intervention	กิจกรรมที่ส่งเสริมทำให้เกิดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง
C = Comparison Intervention	การเปรียบเทียบระหว่าง 2 กิจกรรมที่ส่งผลต่อความดันในกะโหลกศีรษะสูง
O = Outcome	ผลลัพธ์ที่ต้องการป้องกันและลดความดันในกะโหลกศีรษะสูง

2.4 การกำหนดเกณฑ์ในการประเมินวิจัย โดยเลือกรงานวิจัยที่เป็นการวิจัยเชิงทดลองและไม่ใช้เชิงทดลอง และเลือกเฉพาะงานวิจัยเชิงปริมาณเกี่ยวกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic Brain Injury) คัดเลือกรงานวิจัยที่ตีพิมพ์ทั้งภาษาไทยและต่างประเทศ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ แบ่งเป็น 5 ระดับ (Arbesman, Scheer, & Lieberman, 2008) ดังนี้

Leve 1: Systematic Review, Meta-Analyses, Randomized Controlled Trials

Level 2: Two Groups, Nonrandomized Studies (e.g., Cohort, Case-Control Studies)

Level 3: One Group, Nonrandomized (e.g., Before and After, Pretest and Posttest)

Level 4: Descriptive Studies that Include Analysis of Outcomes (Single-Subject Design, Case Series)

Level 5: Case Reports and Expert Opinion that Include Narrative Literature Reviewers and Consensus Statements

3. วิเคราะห์ ประเมินคุณภาพ สกัดเนื้อหา สังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ มีขั้นตอนนี้

- 3.1 สืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูง โดยสืบค้นจากคำสำคัญ ในฐานข้อมูลด้านสุขภาพ ได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูงจำนวน 52 เรื่อง
- 3.2 ประเมินคุณภาพ และความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ทางคลินิก ได้งานวิจัยจำนวน 34 เรื่อง
- 3.3 สังเคราะห์งานวิจัยจำนวน 15 เรื่อง โดยสร้างตารางสกัดตามรายละเอียดที่ต้องการทราบ สามารถแบ่งได้เป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 3 เรื่อง และ 2) ปัจจัยด้านบุคลากรที่มีผลต่อความดันในภาวะโลหิตสูง จำนวน 31 เรื่อง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการสังเคราะห์งานวิจัยจำนวน 15 เรื่อง

ปัจจัย	ระดับ	ชนิดของหลักฐานเชิงประจักษ์	จำนวน (เรื่อง)
1. ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง	3	งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี	3
2. ปัจจัยด้านบุคลากรที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง	1	การสังเคราะห์งานวิจัย (Systematic Review) และวิเคราะห์เมตาของงานวิจัย (Meta-Analysis)	2
	3	งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี (RCT)	11
	4	หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม มีการออกแบบวิจัยอย่างดีแต่ไม่มีการสุ่ม (Non-RCT)	5
	5	หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลังหรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้าที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี	13

4. เขียนแนวปฏิบัติการพยาบาล

4.1 ขั้นตอนก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันและลดภาวะความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ในขั้นตอนนี้ ผู้เขียนเลือกประเด็นสำคัญจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและลดความดันในภาวะโลหิตสูง โดยประยุกต์รูปแบบโครงสร้างของแนวปฏิบัติการพยาบาลตามข้อเสนอของ The Agency for Health Care Policy Research (AHCPR) เพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะผู้ใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล โดยมี 8 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ชื่อแนวปฏิบัติการพยาบาล 2) แนวทางปฏิบัติพร้อมแหล่งอ้างอิงทางบรรณานุกรม 3) ขอบเขตในการนำแนวปฏิบัติ ไปใช้ 4) วิธีดำเนินการ 5) ข้อเสนอแนะ 6) หลักฐานที่ใช้ในการสนับสนุนข้อเสนอแนะ 7) ประโยชน์และอันตรายที่อาจเกิดขึ้น จากการนำข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติ ไปใช้ และ 8) การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการฝึกปฏิบัติทักษะทางการพยาบาล ในคลินิก

องค์ประกอบการแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองทั้ง 8 องค์ประกอบมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ชื่อแนวปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ “แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง สำหรับนักศึกษาพยาบาล”

2. แนวทางปฏิบัติ พร้อมแหล่งอ้างอิงทางบรรณานุกรม เนื่องจากกิจกรรมทางการพยาบาลเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง เช่น การดูแลช่องปาก การดูดเสมหะ การเปลี่ยนท่านอน การดูแลกิจวัตรประจำวัน และการทำกิจกรรมพร้อม ๆ กัน (Nyholm, Steffansson, Fröjd, & Enblad, 2014) ดังนั้น แนวทางปฏิบัติฯ เพื่อลดและป้องกันภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงสำหรับผู้บาดเจ็บที่สมองประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

2.1 สังเกตและบันทึกอาการและอาการแสดงทางระบบประสาทและสัญญาณชีพที่เป็นสัญญาณเตือนของภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง (Early Warning Sign of Increased Intracranial Pressure) และต้องรายงานแพทย์ทันทีหากพบความผิดปกติ ประกอบด้วย

2.1.1 ประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale) เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมอง โดยประเมินอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง หากคะแนนระดับความรู้สึกตัวลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน ต้องรายงานแพทย์ทันที (Schizodimos, Soulountsi, Iasonidou, & Kapravelos, 2020)

2.1.2 สังเกตอาการผิดปกติของผู้บาดเจ็บที่สมองที่มีปัญหาทางระบบประสาท (ฉัตรกมล ประจวบลาภ, 2561) ประกอบด้วย

- สับสน กระสับกระส่าย ไม่รับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล หรืออาการง่วงซึม
- แขนขาอ่อนแรงแย่งจากเดิมตั้งแต่ 1 Grade มีอาการตาพร่ามัว อาการพูดลำบาก
- ขนาดของ Pupil ที่เปลี่ยนแปลง 2 ข้างแตกต่างกันเกิน 1 mm. ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสง หรือมีลักษณะเป็น Pinpoint
- ปวดศีรษะมากขึ้น รับประทานยาบรรเทาปวดแล้วอาการไม่ทุเลา
- ค่า ICP มากกว่าหรือเท่ากับ 20 mmHg (กรณีมี ICP monitoring)

2.2 ดูแลติดตามและการสังเกตค่าความดันในกะโหลกศีรษะสูง ประกอบด้วย

2.2.1 ผู้บาดเจ็บที่สมองมี ICP monitoring โดยตรง

2.2.2 ผู้บาดเจ็บที่สมองมีเลือดออกในโพรงสมองที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำไขสันหลังที่อยู่ในโพรงสมอง (Ventriculostomy) หรือ External Ventricular Drainage (EVD) ซึ่งพยาบาลต้องสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายเข้าไปในโพรงสมอง (Intraventricular Catheter) (Fargen, Hoh, Neal, O’connor, Rivera-Zengotita, & Murad, 2020; Rienecker, Kiprillis, Jarden, & Connell, 2022; Vieira, Sakamoto, Araujo, Pai, Blatt, & Caregnato, 2022) ดังนี้

- การติดเชื้อที่บริเวณเยื่อหุ้มสมอง (Meningitis) (Rienecker, Kiprillis, Jarden, & Connell, 2022)
- เลือดออกในโพรงสมอง (Rienecker, Kiprillis, Jarden, & Connell, 2022)
- การอุดตัน (Occlusion) (Fargen, Hoh, Neal, O'connor, Rivera-Zengotita, 2020)
- ตำแหน่งการวางสายไม่เหมาะสม (Vieira, Sakamoto, Araujo, Pai, Blatt, & Caregnato, 2022)

2.3 ดูแลให้มีการระบายอากาศปอดได้อย่างเพียงพอและป้องกันการอุดตันในทางเดินหายใจ เนื่องจากภาวะที่มีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์และภาวะขาดออกซิเจนนั้น จะทำให้หลอดเลือดสมองขยายตัว จึงมีปริมาณเลือดไหลเวียนเพิ่มขึ้น เกิดความดันภายในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นดังนั้นควรปฏิบัติดังนี้

2.3.1 การดูแลสมองที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนและภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง (Gemma, Tommasino, Cerri, Giannotti, Piazzzi, & Borghi, 2002; Harrois et al., 2020; Wu et al., 2020) ประกอบด้วย

- การกำจัดการดูแลสมองในแต่ละครั้งไม่เกินครั้งละ 10 วินาที และก่อนทำการดูแลสมอง ในครั้งที่ 2 ให้ผู้ป่วยได้พัก 30 วินาที (Gemma, Tommasino, Cerri, Giannotti, Piazzzi, & Borghi, 2002)

- ควรให้ผู้ป่วยพักอย่างน้อย 2 นาที ก่อนทำการดูแลสมองในรอบต่อไป (Gemma, Tommasino, Cerri, Giannotti, Piazzzi, & Borghi, 2002)

- การดูแลสมองไม่ควรเกิน 1-2 ครั้ง ในแต่ละรอบของการดูแลสมองความดันที่ใช้การดูแลสมองไม่เกิน 120 มิลลิเมตรปรอท เพราะหากความดันในการดูแลสมองปริมาณมากเกินไปส่งผลทำให้มีการหดเกร็งของหลอดลม (Broncho Spasm) และเกิดอาการไออย่างรุนแรงระหว่างการดูแลสมอง ทำให้เพิ่มแรงดันช่องอก เพิ่มความดันโลหิตกะทันหัน ส่งผลทำให้เพิ่มปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองเพิ่มมากขึ้น (Cerebral Perfusion) และเกิดการหดเกร็งของหลอดเลือดสมอง (Cerebral Vasospasm) ส่งผลทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้ (Wu et al., 2020)

- ขนาดของสายดูแลสมองไม่ควรเกิน 1/2 หรือ 2/3 ของเส้นผ่าศูนย์กลางของท่อช่วยหายใจ (Gemma, Tommasino, Cerri, Giannotti, Piazzzi, & Borghi, 2002)

- จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา และแนวดิ่ง ในขณะที่ดูแลสมองช่วยให้การระบายของหลอดเลือดดำจากศีรษะไหลกลับสู่หัวใจดีขึ้น และถ้านอนศีรษะสูงมากกว่า 35 องศา ส่งผลทำให้ความดันโลหิตไปเลี้ยงสมองลดลง (Cerebral perfusion pressure (CPP)) (Harrois et al., 2020)

2.3.2 จัดท่าผู้ป่วยให้นอนตะแคงหรือตะแคงกึ่งคว่ำเพื่อมิให้ลิ้นตกไปอุดกั้นทางเดินหายใจ และช่วยให้เสมหะน้ำลาย ไหลออกได้สะดวก

2.3.3 พลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง เป็นการระบายเสมหะ เสมหะไม่คั่งค้าง
ที่ใดที่หนึ่งในปอดและป้องกันปอดแฟบ

2.3.4 ติดตามภาวะขาดออกซิเจน

2.4 เพิ่มการไหลกลับของเลือดดำจากสมอง เนื่องจากเลือดดำจากสมองที่ไหลกลับสู่หัวใจไม่สะดวกจะเป็นสาเหตุความดันกะโหลกศีรษะสูงขึ้น และยังพบการขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำเฉพาะแห่ง ที่ทำให้เกิดภาวะสมองบวม เป็นผลให้การไหลเวียนเลือดดำหยุดชะงักวิธีการเพื่อช่วยให้เลือดดำจากสมองไหลกลับได้สะดวก มีดังนี้

2.4.1 จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา (Head Elevation 30 Degree) ทำให้การไหลเวียนเลือดดำจากสมองกลับสู่หัวใจและการไหลเวียนของน้ำหล่อสมองลงช่องไขสันหลังสะดวกตามแรงโน้มถ่วงของโลก (Altun Uğraş, Yüksel, Temiz, Eroğlu, Şirin, & Turan, 2018)

2.4.2 จัดศีรษะและคออยู่แนวเดียวกับลำตัว (Neutral Position) เพื่อไม่ให้ Jugular Vein กดทับ (Schizodimos, Soulountsi, Iasonidou, & Kapravelos, 2020)

2.4.3 ไม่นอนคว่ำ (Avoiding Trendelenburg Position) (Griffiths & Gallimore, 2005)

2.4.4 ไม่เอี้ยวศีรษะเกิน 90 องศา (Hickey, 2009)

2.4.5 ไม่ให้ปลายเท้าชิดปลายเตียง ไม่วางไม้กระดานที่ปลายเท้า

2.5 จัดการสาเหตุทำให้เกิดความดันในช่องอกและช่องท้องเพิ่มมากขึ้น (Valsalva Maneuver) ซึ่งส่งผลทำให้การไหลเวียนในหลอดเลือดดำ (Internal and External Jugular Veins) จากสมองไหลกลับสู่หัวใจลดลง ส่งผลทำให้ปริมาตรเลือดในสมองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งนำมาสู่ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น

2.5.1 หลีกเลี่ยงการผูกมัด (Restraint) โดยไม่จำเป็น เนื่องจากทำให้ความดันในช่องอกเพิ่มมากขึ้น ซึ่งทำให้การไหลกลับของเลือดจากสมองสู่สมองลดลง ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น

2.5.2 ดูดเสมหะแต่ละครั้งด้วยความนุ่มนวล เพราะการดูดเสมหะด้วยความรุนแรงกระตุ้นให้เกิดการไอเกิดขึ้น และถ้ามีอาการไอมาก ๆ จึงเพิ่มความดันช่องอกและช่องท้องมากขึ้น ทำให้การไหลเวียนดำจากสมองกลับสู่หัวใจลดลง ส่งผลทำให้ความดันกะโหลกศีรษะสูงขึ้น (The Joanna Briggs Institute, 2000)

2.5.3 ไม่ใช้แผ่นไม้ยันปลายเท้าเพื่อป้องกันปลายเท้าตกในกรณีที่พบว่า ผู้ป่วยมีอาการเกร็ง เพราะทำให้เพิ่มความดันในช่องอกและช่องท้องเพิ่มขึ้น

2.5.4 การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยแต่ละครั้งต้องพลิกให้หลังตรงตลอดแนวไม่ให้คอพลิกหรือเอียง เพราะอุดกั้นการไหลเวียนเลือดจากสมองสู่หัวใจ (Griffiths & Gallimore, 2005)

2.5.5 หลีกเลี่ยงกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะทำให้เกิดแรงเบ่ง เช่น การเบ่งอุจจาระและเบ่งปัสสาวะทำให้เกิดความดันกะโหลกศีรษะสูง (Griffiths & Gallimore, 2005)

2.5.6 การตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจที่มีความดันบวกในช่วงสิ้นสุดการหายใจ (Positive End Expiratory Pressure (PEEP)) ให้อยู่ระหว่าง 5-10 cmH₂O เนื่องจากการตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจที่มี PEEP มากกว่า 10 cmH₂O จะเพิ่มความดันในช่องอกและช่องท้องเพิ่มมากขึ้น ทำให้การไหลเวียนเลือดดำจากสมองสู่หัวใจลดลง ผลก็คือทำให้ปริมาตรเลือดในสมองเพิ่มมากขึ้นและเกิดความดันกะโหลกศีรษะสูงมากขึ้น (ฉัตรกมล ประจวบลาภ, 2561)

2.6 หลีกเลี่ยงการกระตุ้นผู้ป่วยบ่อย เพราะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนโลหิต ได้แก่ ความดันเลือดแดง ปริมาณเลือดออกจากหัวใจและอัตราการเต้นของหัวใจ โดยกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งผลให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มมากขึ้น เช่น การจัดท่านอน การดูดเสมหะ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลช่องปาก และการปฏิบัติการพยาบาลทั่วไป ดังนั้นพยาบาลต้องให้การปฏิบัติการพยาบาลควรปฏิบัติด้วยความนุ่มนวลและเท่าที่จำเป็นเช่น ควรจำกัดจำนวนครั้งของการดูดเสมหะและการเพิ่มปริมาตรปอดเท่าที่จำเป็น (Nyholm, Steffansson, Fröjd, & Enblad, 2014; The Joanna Briggs Institute, 2000;) จากการศึกษาพบว่า กิจกรรมการพยาบาลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มมากขึ้น (De Almeida, Pollo, & Meneguín, 2019; Szabo, Grap, Munro, Starkweather, & Merchant, 2014) ดังนี้

2.6.1 กิจกรรมการพยาบาลในการดูแลระบบทางเดินหายใจให้กับผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 7-12 มิลลิเมตรปรอท

2.6.2 การจัดท่านอนของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 6-12 มิลลิเมตรปรอทและ 7-9 มิลลิเมตรปรอทตามลำดับ

2.6.3 การเคลื่อนไหวและการพูดคุยของผู้ป่วยให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น 7-9 มิลลิเมตรปรอทและ 6-8 มิลลิเมตรปรอทตามลำดับ

2.6.4 การทำความสะอาดช่องปาก หากทำความสะอาดช่องปากนานเป็นเวลา 294 วินาที จะให้ความดันกะโหลกศีรษะเพิ่มมากขึ้น 12 มิลลิเมตรปรอท

2.7 จัดการกับภาวะไข้ เพื่อลดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้

2.7.1 บันทึกอุณหภูมิร่างกายเป็นระยะ ๆ โดยการประเมินอุณหภูมิอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง หรือตามอาการทางคลินิก เนื่องจากอุณหภูมิที่เพิ่มมากขึ้นทุก ๆ 1 องศา ทำให้เพิ่มเมตาบอลิซึมในสมอง ส่งผลให้มีการไหลเวียนเลือดสู่สมองเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองอุณหภูมิไม่ควรเพิ่มเกิน 0.5 องศา ใน 4 ชั่วโมง (Qu et al., 2021)

2.7.2 เช็ดตัวด้วยน้ำธรรมดา โดยอุณหภูมิที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองควรอยู่ระหว่าง 32-36 องศาเซลเซียส จะช่วยการใช้ออกซิเจน อย่างน้อย 72 ชั่วโมงหลังการบาดเจ็บ ผล คือ ลดการเกิดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง และช่วยรักษาระดับ CPP ได้ (Cooper et al., 2018; Wallace, Sharkey, & Kerr, 2020) โดยการเช็ดตัวลดไข้สามารถลดอุณหภูมิร่างกายได้ 0.42-1.78 องศาเซลเซียส

2.7.3 หลีกเลี้ยงการห่มผ้าให้แก่ผู้ป่วยโดยเฉพาะบางรายที่พบว่ามิใช่ตั้งแต่

38 องศา ขึ้นไปเพราะทำให้เกิดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง (Tokutomi, Morimoto, Miyagi, Yamaguchi, Ishikawa, & Shigemori, 2003)

2.8 ดูแลให้ผู้ป่วยสวมอุปกรณ์พยุงคอ (Hard or Soft Collars) อย่างเหมาะสมในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่สงสัยมีกระดูกคอหักร้าว โดยทดสอบว่าอุปกรณ์พยุงคอเหมาะสมคือ ไม่แน่นจนเกินไปหรือไม่คับจนเกินไป หากแน่นจนเกินไปอาจทำให้เกิดอันตรายจากสมอง (Internal and External Jugular Vein) ไหลกลับสู่หัวใจไม่ได้ ทำให้ปริมาตรเลือดในสมองเพิ่มมากขึ้น ส่งผลทำให้ความดันกะโหลกศีรษะเพิ่มมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามหากอุปกรณ์ดังกล่าวหลวมเกินไปอาจทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นวิธีการทดสอบว่าอุปกรณ์ดังกล่าวเหมาะสมหรือไม่โดยการใช้นิ้วมือ 2 นิ้วสอดไปด้านล่างของอุปกรณ์พยุงคอ หากสอดเข้าไปได้ทั้ง 2 นิ้ว แสดงว่าเหมาะสม เป็นต้น (De Almeida, Pollo, & Meneguín, 2019)

2.9 ติดตามผลการตรวจห้องปฏิบัติการที่สะท้อนถึงแนวโน้มการเกิดความดันกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองดังนี้

2.9.1 ติดตามค่า Ischemic Modified Albumin (IMA) เป็น Biomarker จะเพิ่มขึ้นเมื่อเกิดภาวะเลือดออกและสมองขาดเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยค่า IMA จะเพิ่มขึ้น 6-12 ชั่วโมงหลังจากสมองขาดเลือด และจะกลับมาสู่ปกติภายใน 24 ชั่วโมง (Coverdale, Katundu, Sobczak, Arya, Blindauer, & Stewart, 2018) การศึกษาของ Radwan และคณะ (2021) พบว่า ร้อย 90 ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีค่า IMA เพิ่มขึ้น ในทางตรงข้าม พบว่า ค่า IMA จะลดลงในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรง นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อเกิดการบาดเจ็บที่สมองส่งผลทำให้เกิด Oxygen Free Radical ซึ่งส่งผลทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด พร่องออกซิเจน เกิดภาวะเลือดเป็นกรด (Acidosis) และการไหลเวียนเลือดในสมองลดลง (Reperfusion) ดังนั้นค่า IMA จะช่วยสามารถทำนายการเกิดความดันในกะโหลกศีรษะ และอัตราการเสียชีวิตได้ หาก IMA เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น (Radwan et al., 2021)

2.9.2 ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด โดยดูแลให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในค่าปกติ คือ 80-110 mg% (van den Berghe et al., 2001) เมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองจะเกิดภาวะ Posttraumatic Stress Response ส่งผลทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด ภาวะเลือดเป็นกรด หรือสมองบวม และทำให้ความดันกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินกว่า 200 mg% จะเพิ่มอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองได้ (ฉัตรมงคล ประจวบลาภ, 2561)

2.10 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ 20% Mannitol และ สายละลายชนิด Hypertonic Saline Solution และติดตามผลการตรวจห้องปฏิบัติการ เช่น ค่าโซเดียม หรือ โพแทสเซียม เป็นต้น (De Almeida, Pollo, & Meneguín, 2019)

3. ขอบเขตในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงนี้ พัฒนาขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การปฏิบัติ

ทางการพยาบาลสำหรับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล เพื่อลดความเสี่ยงในการให้ทักษะปฏิบัติการทางการพยาบาลที่อาจผิดพลาดและเพิ่มความปลอดภัยต่อชีวิตผู้ป่วย เพราะพยาบาลจบใหม่ (Novice Nurse) หรือนักศึกษาพยาบาลยังขาดประสบการณ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ซึ่งแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงนี้จะช่วยพยาบาลหรือนักศึกษาพยาบาลมีเครื่องมือในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและถูกต้อง ดังนั้นหากพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลจะเพิ่มความมั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมากขึ้น และช่วยลดการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองได้

4. วิธีดำเนินการ การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะเพื่อลงสู่ภาคปฏิบัติของการพยาบาลประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

4.1 การตรวจคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advance Practice Nurse (APN)) ด้านอายุศาสตร์และศัลยศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองเป็นเวลา 30 ปี จำนวน 1 ท่าน และแพทย์ศัลยกรรมประสาท จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติฯ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index (CVI)) เท่ากับ 0.84

4.2 ดำเนินการนำแนวปฏิบัติ ฯ ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ จำนวน 2 ราย เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ (Feasibility) โดยชี้แจงประชุมและนำเสนอเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงให้กับพยาบาลดังกล่าว ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกดังกล่าว พยาบาลทั้ง 2 ท่านมีข้อเสนอแนะคือ ให้เพิ่มวิธีการทดสอบสวมอุปกรณ์พยุงคอ (Hard or Soft Collars) ว่าเหมาะสมหรือไม่ ในแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ

4.3 ภายหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกฯ ได้นำแนวปฏิบัติดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไขและวางแผนการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้จริงหอผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุเพื่อประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติฯ

5. ข้อเสนอแนะ การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงสำหรับพยาบาลหรือนักศึกษาพยาบาล ควรมีการประเมินความเป็นไปได้ของหน่วยงานที่มีผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองเข้ารับการรักษาหรือหอผู้ป่วยที่มีนักศึกษาพยาบาลขึ้นฝึกปฏิบัติงาน เพื่อประเมินว่าแนวปฏิบัติดังกล่าวมีความเหมาะสมหรือไม่ (รุ่งนภา เขียวชะอำ, 2556) ดังนั้นควรมีการประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและ ลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงสำหรับพยาบาล ประกอบด้วย

5.1 การถ่ายทอดหรือการนำลงสู่ภาคปฏิบัติ (Transferability)

5.2 ความเป็นไปได้ (Feasibility) มีหลายประเด็นที่จะต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้

ในการนำลงสู่การปฏิบัติ ได้แก่ สมรรถนะของพยาบาลหรือนักศึกษาพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติ บุคลากร และ สิ่งเอื้ออำนวยบรรยากาศในองค์กร เป็นต้น

5.3 ความคุ้มค่า (Cost-Benefit Ratio) ประเด็นสำคัญในการตัดสินใจใช้โครงการ นวัตกรรม/โครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ การประเมินควรครอบคลุมกลุ่มต่าง ๆ รวมทั้งผู้ป่วย ได้แก่ ความเสี่ยงของพยาบาลหรือนักศึกษาพยาบาลกับการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น แก่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นหากพยาบาลหรือนักศึกษาพยาบาลยังคงปฏิบัติในสิ่งเดิม มีอะไรบ้าง

6. หลักฐานที่ใช้ในการสนับสนุนข้อเสนอแนะ โดยหลักฐานที่ใช้ในการสนับสนุนข้อเสนอแนะ ประกอบด้วย

6.1 การประเมินความสามารถในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกัน และ ลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง โดยประเมินจากความรู้และความเข้าใจของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล ในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ

6.2 การประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและ ลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

7. ประโยชน์และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการนำข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติไปใช้

7.1. ประโยชน์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

7.1.1 ผู้ป่วย โดยผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองต้องปลอดภัยและลดอุบัติการณ์ความเสี่ยง ของการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

7.1.2 พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย ลดความเสี่ยง และ ความผิดพลาดของการปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลของพยาบาลและนักศึกษาเมื่อนักศึกษาพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บที่สมอง พยาบาลหรือนักศึกษาพยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และพยาบาลหรือนักศึกษาพยาบาลมีความมั่นใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมากขึ้น

7.1.3 หน่วยงาน ประกอบด้วย หน่วยงานมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลชัดเจน ซึ่งสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีประสิทธิภาพ และการปฏิบัติ ทางการพยาบาลของบุคลากรมีมาตรฐานมากขึ้น

7.2 อันตรายต่อผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและลดภาวะ ความดันในกะโหลกศีรษะสูงนี้ไม่มีกิจกรรม (Intervention) ที่เป็นการสอดใส่อุปกรณ์ (Invasive Treatment) หรือต้องไม่มีการให้ยา (Drug Administration) จึงคาดว่าไม่น่าจะเกิดอันตรายกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

8. การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการฝึกปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลในคลินิก

มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในสถานการณ์จริง เพราะวิธีปฏิบัติไม่ซับซ้อนสำหรับพยาบาลหรือนักศึกษาพยาบาล เพราะแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้เป็นพื้นฐานทางการพยาบาล ซึ่งพยาบาลหรือนักศึกษาพยาบาลได้รับการฝึกปฏิบัติก่อนขึ้นฝึกภาคปฏิบัติจริง ดังนั้นจึงไม่ซับซ้อนซึ่งพยาบาลหรือนักศึกษาพยาบาลสามารถปฏิบัติได้จริงเมื่อดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองบนหอผู้ป่วย

สรุป

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันและลดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย การสังเคราะห์งานวิจัยที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ ค.ศ. 2000-2022 จำนวน 34 เรื่อง โดยแบ่งเป็น 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง จำนวน 3 เรื่อง และปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลความดันกะโหลกศีรษะสูง จำนวน 31 เรื่อง โดยแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันและลดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง ประกอบด้วย กิจกรรมการพยาบาล 8 ข้อหลัก ได้แก่ 1) การประเมินและการติดตามภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง 2) กิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมการระบายอากาศปอด 3) กิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมการไหลของเลือดดำจากสมอง 4) กิจกรรมที่จัดการสาเหตุที่ทำให้เกิดความดันในช่องอกและช่องท้องเพิ่มมากขึ้นที่เป็นสาเหตุของภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง 5) หลีกเลี่ยงกิจกรรมการพยาบาลที่กระตุ้นผู้ป่วยบ่อย ๆ ที่เป็นสาเหตุให้ภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง 6) การจัดการกับภาวะไข้ซึ่งเป็นสาเหตุการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ 7) การดูแลอุปกรณ์ฟุ้งคอให้เหมาะสมกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง 8) การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง ดังนั้นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ช่วยส่งเสริมความมั่นใจ (Self-Confidence) ให้กับพยาบาลหรือนักศึกษาพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง เพื่อป้องกันและลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะ ส่งผลให้เกิดคุณภาพการดูแล (Quality of Care) และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้นและสามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองจากภาวะความดันกะโหลกศีรษะได้

ข้อเสนอแนะ

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อลดและป้องกันภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลหรือนักศึกษาพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองทั้งในหอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive Care Unit) หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต (Intermediated Ward) และหอผู้ป่วยสามัญ (Step Down) เพื่อลดหรือป้องกันไม่ให้เกิดการเพิ่มของความดันกะโหลกศีรษะสูงซึ่งมาจากสาเหตุที่ป้องกันได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมการพยาบาลบางอย่างที่เป็นต้นเหตุของการเกิดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงที่พยาบาลหรือนักศึกษาพยาบาลรู้เท่าไม่ถึงการณ์ หากพยาบาลหรือนักศึกษาปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อลดและป้องกันภาวะ

ความดันกะโหลกศีรษะนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น (Clinical Outcome) และเพิ่มมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย (Standard of Care) นอกจากนี้ควรนโยบายให้มีการใช้แนวปฏิบัติใช้ในโรงพยาบาลอย่างยั่งยืน (Sustainability) โดยอาจจัดทำเป็นคู่มือเพื่อผลักดันให้ใช้แนวทางนี้เป็นแนวปฏิบัติในโรงพยาบาล (Work In) และส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกนี้ในการปฐมนิเทศพยาบาลจบใหม่

เอกสารอ้างอิง

- ฉัตรกมล ประจวบลาภ. (2561). ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมอง: มิติของการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 33(2), 15-28.
- นิตยา กออิสรานูภาพ, วรวิศา สำราญเนตร และวันฉัตร โพธารินทร์. (2566). ประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลจากการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 17(2), 453-464.
- รุ่งนภา เขียวชะอำ. (2556). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Nursing). *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 24(2), 94-108.
- Altun Uğraş, G., Yüksel, S., Temiz, Z., Eroğlu, S., Şirin, K., & Turan, Y. (2018). Effects of different head-of-bed elevations and body positions on intracranial pressure and cerebral perfusion pressure in neurosurgical patients. *The Journal of Neuroscience Nursing: Journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 50(4), 247-251. <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000386>
- Arbesman, M., Scheer, J., & Lieberman, D. (2008). Using AOTA's Critically Appraised Topic (CAT) and Critically Appraised Paper (CAP) series to link evidence to practice. *OT Practice*, 13(5), 18-22.
- Bernard, F., Barsan, W., Diaz-Arrastia, R., Merck, L. H., Yeatts, S., & Shutter, L. A. (2022). Brain Oxygen Optimization in Severe Traumatic Brain Injury (BOOST-3): A multicentre, randomised, blinded-endpoint, comparative effectiveness study of brain tissue oxygen and intracranial pressure monitoring versus intracranial pressure alone. *BMJ Open*, 12(3), e060188. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060188>
- Canac, N., Jalaieddini, K., Thorpe, S. G., Thibeault, C. M., & Hamilton, R. B. (2020). Pathophysiology of intracranial hypertension and noninvasive intracranial pressure monitoring. *Fluids and Barriers of The CNS*, 17, 1-21. <https://doi.org/10.1186/s12987-020-00201-8>

- Cooper, D. J., et al. (2018). Effect of early sustained prophylactic hypothermia on neurologic outcomes among patients with severe traumatic brain injury: The POLAR randomized clinical trial. *The Journal of the American Medical Association*, 320(21), 2211-2220. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.17075>
- Coverdale, J. P., Katundu, K. G., Sobczak, A. I., Arya, S., Blindauer, C. A., & Stewart, A. J. (2018). Ischemia-modified albumin: Crosstalk between fatty acid and cobalt binding. *Prostaglandins, Leukotrienes and Essential Fatty Acids*, 135, 147-157. <https://doi.org/10.1016/j.plefa.2018.07.014>
- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2002). *The evidence-based practice manual for nurses*. Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone.
- De Almeida, C. M., Pollo, C. F., & Meneguín, S. (2019). Nursing interventions for patients with intracranial hypertension: Integrative literature review. *Aqiochan*, 19(4), e1949. <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.9>
- Fargen, K. M., Hoh, B. L., Neal, D., O'Connor, T., Rivera-Zengotita, M., & Murad, G. J. (2016). The burden and risk factors of ventriculostomy occlusion in a high-volume cerebrovascular practice: Results of an ongoing prospective database. *Journal of Neurosurgery*, 124(6), 1805-1812. <https://doi.org/10.3171/2015.5.JNS15299>
- Gemma, M., Tommasino, C., Cerri, M., Giannotti, A., Piazzini, B., & Borghi, T. (2002). Intracranial effects of endotracheal suctioning in the acute phase of head injury. *Journal of Neurosurgical Anesthesiology*, 14(1), 50-54. <https://doi.org/10.1097/00008506-200201000-00010>
- Griffiths, H. & Gallimore, D. (2005). Positioning critically ill patients in hospital. *Nursing Standard*, 19(42), 56-64. <https://doi.org/10.7748/ns2005.06.19.42.56.c3902>
- Harrois, A., et al. (2020). Effects of routine position changes and tracheal suctioning on intracranial pressure in traumatic brain injury patients. *Journal of Neurotrauma*, 37(20), 2227-2233. <https://doi.org/10.1089/neu.2019.6873>
- Hickey, J. V. (2009). *The clinical practice of neurological & neurosurgical nursing*. 6th ed. Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Hickey, J. V. & Strayer, A. L. (2020). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing* (8th ed.) China: Philadelphia: Wolters Kluwer.

- Maas, A. I. R., et al. (2022). Traumatic brain injury: Progress and challenges in prevention, clinical care, and research. *The Lancet Neurology*, 21(11), 1004-1060.
[https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(22\)00309-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(22)00309-X)
- Melnyk, B. M. & Fineout-Overholt, E. (2002). Key steps in implementing evidence-based practice: Asking compelling, searchable questions and searching for the best evidence. *Pediatric Nursing*, 28(3), 262-266.
- Nyholm, L., Steffansson, E., Fröjd, C., & Enblad, P. (2014). Secondary insults related to nursing interventions in neurointensive care: A descriptive pilot study. *Journal of Neuroscience Nursing*, 46(5), 285-291. <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000077>
- Pinto, V. L., Tadi, P., & Adeyinka, A. (2023). *Increased Intracranial Pressure*. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- Qu, X., et al. (2021). Targeted temperature management at 33 degrees celsius in patients with high-grade aneurysmal subarachnoid hemorrhage: A protocol for a multicenter randomized controlled study. *Annals of Translational Medicine*, 9(7), 581.
<https://doi.org/10.21037/atm-20-4719>
- Radwan, T. A., et al. (2021). Ischemia-modified albumin as a biomarker for prediction of poor outcome in patients with traumatic brain injury: An observational cohort study. *Journal of Neurosurgical Anesthesiology*, 33(3), 254-257.
<https://doi.org/10.1097/ANA.0000000000000647>
- Rienecker, C., Kiprillis, N., Jarden, R., & Connell, C. (2022). Effectiveness of interventions to reduce ventriculostomy-associated infections in adult and paediatric patients with an external ventricular drain: A systematic review. *Australian Critical Care*, 36(4), 650-668.
<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.03.013>
- Schizodimos, T., Soulountsi, V., Iasonidou, C., & Kapravelos, N. (2020). An overview of management of intracranial hypertension in the intensive care unit. *Journal of Anesthesia*, 34(5), 741-757. <https://doi.org/10.1007/s00540-020-02795-7>
- Smyth, R. L. (2011). *Evidence-based practice manual for nurses-e-book: With pageburst online access*. Elsevier Health Sciences.

- Szabo, C. M., Grap, M. J., Munro, C. L., Starkweather, A., & Merchant, R. E. (2014). The effect of oral care on intracranial pressure in critically ill adults. *Journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 46(6), 321-329.
<https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000092>
- Tokutomi, T., Morimoto, K., Miyagi, T., Yamaguchi, S., Ishikawa, K., & Shigemori, M. (2003). Optimal temperature for the management of severe traumatic brain injury: Effect of hypothermia on intracranial pressure, systemic and intracranial hemodynamic and metabolism. *Neurosurgery*, 52(1), 102-112.
- The Joanna Briggs Institute. (2000). Best practice: Evidence based practice information sheets for health professionals, *Reproducido Del Best Practice*, 4(2), 1-6.
- Titler, M. G., et al. (2001). The IOWA model of evidence-based practice to promote quality care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 13(4), 497-509.
[https://doi.org/10.1016/S0899-5885\(18\)30017-0](https://doi.org/10.1016/S0899-5885(18)30017-0)
- van den Berghe, G., et al. (2001). Intensive insulin therapy in critically ill patients. *The New England Journal of Medicine*, 345(19), 1359-1367. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa011300>
- Vieira, T. W., Sakamoto, V. T. M., Araujo, B. R., Pai, D. D., Blatt, C. R., & Caregnato, R. C. A. (2022). External ventricular drains: Development and evaluation of a nursing clinical practice guideline. *Nursing Reports*, 12(4), 933-944. <https://doi.org/10.3390/nursrep12040090>
- Wallace, E., Sharkey, N., & Kerr, E. (2020). Critical care neurology for junior doctors; Four key management strategies. *The Ulster Medical Journal*, 89(1), 11-13.
- Wu, M., et al. (2020). Effects of propofol on intracranial pressure and prognosis in patients with severe brain diseases undergoing endotracheal suctioning. *BMC Neurology*, 20(1), 394.
<https://doi.org/10.1186/s12883-020-01972-1>

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข เป็นวารสารของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ มีกำหนดในการตีพิมพ์เผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม และฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม กองบรรณาธิการของวารสารขอเชิญผู้ที่สนใจ และสมาชิกทุกท่านส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร ทั้งนี้ประเภทของผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ ได้แก่

1. บทความวิจัย (Research Article) ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ เป็นบทความที่ผู้เขียนเรียบเรียงจากงานวิจัยของตนเอง โดยเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวกับด้านการพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. บทความวิชาการ (Academic Article) ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ เป็นบทความที่ผู้เขียนต้องการนำเสนอเนื้อหาสาระจากเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยได้จากการทบทวนวรรณกรรม และประสบการณ์เชิงวิชาการของผู้เขียน โดยเป็นบทความวิชาการที่เกี่ยวกับด้านการพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

3. บทความปริทัศน์ (Review Article) ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ เป็นบทความที่มีการผสมผสานแนวคิด ผลงานวิจัยหลาย ๆ ชิ้นงาน โดยที่ผู้เขียนมีการสรุป วิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้ แนวคิด และผลการวิจัยจากงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อเป็นการทบทวนองค์ความรู้ในเรื่องนั้น ๆ และให้ข้อวิพากษ์ ที่แสดงให้เห็นถึงสำคัญของการพัฒนาองค์ความรู้ต่อไป

เงื่อนไขในการพิจารณาผลงานเพื่อตีพิมพ์

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุขมีข้อตกลงในการส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์ ดังนี้

1. ผลงานวิชาการนั้นต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ๆ ในเวลาเดียวกัน ยกเว้นเป็นผลงานวิชาการที่ได้นำเสนอในการประชุมวิชาการที่ไม่มี Proceedings

2. หากเป็นบทความวิจัย ต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง

3. กองบรรณาธิการจะตรวจสอบคุณภาพผลงานวิชาการของผู้เขียน โดยส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านเนื้อหานั้น ๆ จำนวนอย่างน้อย 3 ท่าน เพื่อพิจารณาประเมินคุณภาพผลงานก่อนตีพิมพ์ สำหรับข้อความหรือข้อคิดเห็นต่าง ๆ ของผู้เขียน เป็นความเห็นส่วนตัว โดยกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นชอบด้วยเสมอไป

4. การประเมินคุณภาพผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ จะมีการทำอย่างเป็นระบบโดยไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง (Double Blind- Peer Review) กองบรรณาธิการจะแจ้งความคืบหน้า และข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิให้กับผู้เขียน เพื่อทำการแก้ไขบทความให้ถูกต้อง ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วส่งคืนเพื่อให้กองบรรณาธิการตรวจทานก่อนตีพิมพ์เผยแพร่

การเตรียมต้นฉบับบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์

ต้นฉบับของบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ ต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Word Windows ให้ตั้งค่าหน้ากระดาษ A4 (21×29.7 ซม.) โดยแบบอักษรใช้ TH SarabunPSK ขนาด 16 ในตารางใช้ขนาด 14 ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า (Single Space) กำหนดระยะขอบกระดาษ ด้านบน - ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 2.54 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า

ส่วนที่ 1 หน้าแรกของบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์ ประกอบด้วย

1. ชื่อเรื่อง (Title) เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้ตรงกลางหน้าแรก แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK ขนาด 18 ความยาวไม่เกิน 120 ตัวอักษร ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษพิมพ์ตัวใหญ่ในอักษรตัวแรกของทุกคำ

2. ชื่อผู้เขียน (Author Name) พิมพ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ วางถัดจากชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ โดยบรรทัดแรก ให้ระบุชื่อและนามสกุล (ภาษาไทย) ของผู้เขียนหลักและผู้เขียนร่วมในบรรทัดเดียวกัน บรรทัดถัดไปให้ระบุชื่อและนามสกุล (ภาษาอังกฤษ) ของผู้เขียนหลักและผู้เขียนร่วมในบรรทัดเดียวกัน และบรรทัดถัดไปให้ระบุหน่วยงานต้นสังกัดของผู้แต่งทุกคน โดยระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้ายชื่อผู้เขียน เพื่อแสดงรายละเอียดหน่วยงานต้นสังกัดและบรรทัดสุดท้าย ให้เขียนระบุชื่อผู้รับผิดชอบบทความ (Correspondence Author) ตามด้วยไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) ของผู้รับผิดชอบบทความ

3. บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทย ไม่เกิน 1 หน้า และตามด้วยคำสำคัญ 3-5 คำ เช่น คำสำคัญ: คำที่ 1, คำที่ 2, คำที่ 3,ระหว่างคำให้กันด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และเคาะเว้นวรรค 1 ครั้ง (ตัวอย่างในเอกสารภาคผนวกที่ 2) บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 1 หน้า กำหนดคำสำคัญภาษาอังกฤษ (Keywords) 3-5 คำให้เขียนลักษณะเดียวกับภาษาไทย

ส่วนที่ 2 เนื้อหาของบทความวิจัย ประกอบด้วย

1. บทคัดย่อ (ภาษาไทย) และภาษาอังกฤษ (Abstract)
2. บทนำ (Introduction)
3. วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)
 - 3.1 วัตถุประสงค์เฉพาะ (ถ้ามี) (Specific Objectives)
4. สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) (Hypotheses)
5. กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)

6. ระเบียบวิธีวิจัย (Methods)

- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Measurement)
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Validity and Reliability of Measurement)
- การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)
- การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

7. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (Ethical Consideration)

8. ผลการวิจัย (Results)

9. การอภิปรายผล (Discussion)

10. การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ (Implication)

11. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (Recommendation for Further Study)

12. กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

13. เอกสารอ้างอิง (Reference)

ส่วนที่ 3 เนื้อหาของบทความวิชาการ/ บทความปริทัศน์ ประกอบด้วย

1. บทคัดย่อ (ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ) (Abstract)
2. บทนำ (Introduction)
3. เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ
4. บทสรุป (Conclusion)
5. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ (Suggestion)
6. เอกสารอ้างอิง (Reference)

ส่วนที่ 4 การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง

1. ใช้การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิงตามระบบ American Psychological Association (APA6) โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <https://aus.libguides.com/apa/apa-website>
2. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 40 รายการ
3. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี นับจากปีที่ส่งตีพิมพ์ ยกเว้นหนังสือ ตำรา บางประเภทที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา

การอ้างอิงในเนื้อหา

การเขียนอ้างอิงแบบแทรกในเนื้อหาในรูปแบบ APA Style ใช้ระบบนาม - ปี (Author- Date Citation System) เป็นการเขียนระบุถึงแหล่งที่มาของเนื้อหาในเอกสารหรืองานนิพนธ์เฉพาะในส่วนที่ผู้เขียนได้อ้างถึงสารสนเทศจากงานนิพนธ์ของผู้อื่น การอ้างอิงในเนื้อหา มี 2 ลักษณะ ได้แก่

1. การอ้างอิงชื่อผู้เขียนก่อนข้อความ

1.1 เอกสารที่เป็นภาษาไทย ให้เขียนชื่อของผู้เขียน เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยปีที่พิมพ์ในวงเล็บ กรณีไม่มีปีที่ตีพิมพ์ ให้ใช้คำว่า “ม.ป.ป.” หมายถึง ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ เช่น

อัมภิกา นาไวย (2563) พบว่า.....

อัมภิกา นาไวย และปณัสยา พรหมดี (2562) พบว่า.....

ปุลวิช ทองแดง (ม.ป.ป.) พบว่า.....

1.2 เอกสารที่เป็นภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุลของผู้เขียนทับศัพท์เป็นภาษาไทย จากนั้น เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยนามสกุลภาษาอังกฤษ เครื่องหมายจุลภาค (,) เว้น 1 ตัวอักษร และปีที่ตีพิมพ์ในวงเล็บ กรณีที่ไม่มีปีที่ตีพิมพ์ ใช้คำว่า “n.d.” หมายถึง no date หากผู้เขียนมีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อแรก ตามด้วย et al., เช่น

กรีน (Green, 2020) พบว่า.....

นิวแมน (Newman, n.d.) พบว่า.....

รอย และคณะ (Roy et al., 2016) พบว่า.....

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. อ้างอิงจากวารสารแบบเล่ม

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./เลขของปีที่/(เลขของฉบับที่)/, เลขหน้า.

ตัวอย่าง ผู้เขียน 1 คน

ปวีตรา ทองมา. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 13(1), 50-62.

Nawai, A. (2019). Chronic pain management among older adults: A scoping review. *SAGE Open Nursing*, 5(1), 1-17.

ตัวอย่าง ผู้เขียน 2 คน

รัฐนันท์ พงศ์วิริทธิ์ธร และภาคภูมิ ภัควิภาส. (2557). แนวทางการพัฒนาศักยภาพชุมชนเชิงเศรษฐกิจ สร้างสรรค์อย่างยั่งยืน ชุมชนบ้านแม่ปู้คา อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยหอการค้าไทย มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 35(2), 44-58.

Nawai, A. & Phongphanngam, S. (2019). Exploring the use and efficacy of complementary and alternative interventions for managing chronic pain in older adults: A systematic review. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 11(1), 1-25.

ตัวอย่าง ผู้เขียน 3-6 คน

สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์, ทศนีย์ ภู่อ่างค์, ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์ และวนลดา ทองใบ. (2563). อิทธิพลของภาวะสุขภาพองค์รวม ภาระการดูแลและปัญหาอุปสรรคในการดูแลต่อ

ศักยภาพการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลสมาคมกาชาดไทย*, 13(1), 145-162.

Nawai, A., Leveille, S. G., Shmerling, R. H., van der Leeuw, G., & Bean, J. F. (2017). Pain severity and pharmacologic pain management among community-living older adults: The MOBILIZE Boston Study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 29(6), 1139–1147.

ตัวอย่าง ผู้เขียนมากกว่า 6 คน

Ogawa, E. F., et al. (2020). Chronic pain characteristics and gait in older adults: The MOBILIZE Boston Study II. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 101(3), 418–425.

2. อ้างอิงจากหนังสือ

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์

อาชัญญา รัตนอุบล. (2559). *การเรียนรู้ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Lawrence, R. A. & Lawrence, R. M. (2016). *Breastfeeding: A guide for the medical profession* (8th edition). Philadelphia: Elsevier.

3. อ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(ปริญญาานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต หรือ Doctoral dissertation หรือ วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต หรือ Master's Thesis)./สถานที่พิมพ์:/ชื่อสถาบัน.

ตัวอย่าง

สาคร ช่วยดำรงค์. (2558). *การบริหารศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยอำเภอ เพื่อการเป็นศูนย์กลางการจัดการศึกษาตลอดชีวิต*. วิทยานิพนธ์ปริญญา ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.

Pattana, N. (2012). *Effects of social support program on anxiety and satisfaction of acute myocardial infarction patients at intensive care unit*. Master of Nursing Science Thesis, Adult Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University.

4. อ้างอิงจากเว็บไซต์

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อบทความ./สืบค้น หรือ Retrieved วัน/เดือน/ปี./จาก หรือ from/http://www.xxxxxxxxxx

ตัวอย่าง

เกียรตินันต์ ล้วนแก้ว. (2557). *หน้าต่างความคิด: การศึกษาขั้นพื้นฐานของฟินแลนด์: บทเรียนและ*
บาดแผล. กรุงเทพฯธุรกิจ, น. 11. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2561 จาก
http://www.dpu.ac.th/laic/upload/content/file/article_instructor/article2557/B232.pdf.

Severo, I. M., Almeida, M. A., Kuchenbecker, R., Vieira, D. F. V. B., Weschenfelder, M. E., Pinto, L. R. C., et al., (2014). *Risk factors for falls in hospitalized adult patients: An integrative review*. Retrived March 12, 2016 from
<http://www.scielo.br/scielo.php>.

5. อ้างอิงจากการนำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการ

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)/ชื่อเรื่อง./ใน หรือ In ชื่อบรรณาธิการ. (บ.ก. หรือ Ed. หรือ Eds.)/ชื่อ
Proceedings/(น. หรือ p. หรือ pp. เลขหน้า)/สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1991). *A motivational approach to self: Integration in personality*. In R. Dienstbier (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: Vol.38 Perspectives on motivation* (pp. 237-288). Lincoln: University of Nebraska Press.

6. การจัดเรียงลำดับหัวข้อความ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา) กรณีเป็นการเกริ่นแบบไม่มีเลขหัวข้อ ให้ตั้งค่ารอยย่อหน้าแรกที่ 0.38 นิ้ว และย่อหน้าถัดไปที่ละ 7 เคาะ (Space) หรือตั้งค่ารอยย่อหน้า ดังนี้

แท็บที่ 1 (ระยะย่อหน้าที่ 1)	= 0.38"
แท็บที่ 2	= 0.69"
แท็บที่ 3	= 1.00"
แท็บที่ 4	= 1.38"

7. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. สำหรับหัวข้อย่อยให้ใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 3 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 ซม. และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข

ตัวอย่าง

```
1.....
  1.1.....
    1.1.1.....
      1).....
```

1.1).....

-

8. ตาราง ให้เว้นบรรทัดเพื่อแบ่งส่วนเนื้อหา 1 บรรทัด และเริ่มบรรทัดใหม่ โดยขีดขอบซ้ายของหน้ากระดาษให้ใส่คำว่า “ตารางที่” ด้วยตัวหนา ตามด้วยชื่อตาราง หลังจากใส่ชื่อตารางแล้ว ให้แทรกตารางโดยไม่ต้องเว้นบรรทัด และหากนำตารางมาจากแหล่งอื่นให้ใส่แหล่งอ้างอิง โดยระบุคำว่า “ที่มา” ไว้ใต้ตารางโดยไม่ต้องเว้นบรรทัด และไม่ใช้เส้นตรงในการแบ่งตารางในแต่ละคอลัมน์

9. รูปภาพ การใส่รูปภาพให้เว้นบรรทัดเพื่อแบ่งส่วนเนื้อหา 1 บรรทัด จากนั้นแทรกภาพโดยกำหนดไว้ที่กลางกระดาษ จากนั้นเว้น 1 บรรทัด แล้วใส่คำอธิบายภาพ โดยใส่ภาพที่..... ให้พิมพ์ตัวหนาชื่อภาพให้จัดชิดขอบซ้ายของหน้ากระดาษ

การส่งบทความ

ให้ผู้เขียนส่งต้นฉบับบทความผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJO) ทั้งนี้ผู้เขียนจะต้องทำการลงทะเบียนเพื่อเป็นสมาชิก ThaiJO ได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/> จากนั้นให้ผู้เขียนเข้าหน้าเว็บไซต์ของวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข โดยสืบค้นผ่านเว็บไซต์ ThaiJO หรือเข้าไปที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr> และให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งต้นฉบับ ซึ่งทางระบบ ThaiJO ได้เตรียมไว้ในเมนู For Author ที่ขวามือของหน้าจอ หากมีปัญหาในการส่งต้นฉบับบทความผ่านระบบออนไลน์ สามารถติดต่อที่กองบรรณาธิการวารสารเพื่อรับคำแนะนำ และการช่วยเหลือต่อไป



Template บทความวิจัย

↓ 2.54 ซม.

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

← 2.54 ซม.

← 2.54 ซม.

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น ผู้เขียนคนที่ 1^{*}, _____², _____³ ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ ผู้เขียนคนที่ 1^{*}, _____², _____³ ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 1^{*}, สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 2² ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาดตัวอักษร 12 หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อ 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 16 หนา) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการกันคำ เช่น

→ ความเจ็บปวด, ซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ

ย่อหน้า 1.75

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

*ผู้ให้การติดต่อ..... e-mail..... (ขนาด 12 ไม่หนา)

↑ 2.54 ซม.



Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

เนื้อหาย่อ 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 16 หน้า) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการกันคำ เช่น

—————> Pain, Depression, Older Adults (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญภาษาไทย)

ย่อหน้า 1.75

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

วัตถุประสงค์การวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

วัตถุประสงค์เฉพาะ (ถ้ามี) (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

กรอบแนวคิดการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

หากมีภาพกรอบแนวคิด ให้ใส่ชื่อภาพไว้กึ่งกลางใต้ภาพ เช่น



ภาพที่ 1 (หนา)..... (ชื่อภาพไม่หนา)..... ขนาด 14

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....



เกณฑ์การคัดเข้า (ขนาด 16 ไม่หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

เกณฑ์การคัดออก (ขนาด 16 ไม่หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

การวิเคราะห์ข้อมูล (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

ผลการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ชื่อหัวข้อ ขนาดตัวอักษร 16 หน้า คำอธิบาย ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา)

1. ข้อมูลทั่วไป

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

ตารางที่ 1ชื่อตาราง..... (ตารางที่ 1 ขนาด 16 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 16 ไม่หนา)

ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หนา) เนื้อหา (ไม่หนา)

	หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
เพศ				
ชาย	x	x	x	x
หญิง	x	x	x	x

ที่มา: (ถ้ามี)

(Enter ขนาด 16)

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

อธิบายตาราง (เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ชื่อหัวข้อ ขนาดตัวอักษร 16 หน้า คำอธิบาย ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา)

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

ตารางที่ 2ชื่อตาราง..... (ตารางที่ 2 ขนาด 16 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 16 ไม่หน้า)
ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หน้า) เนื้อหา (ไม่หน้า)

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
ก่อนทดลอง	x	x	x	x
หลังทดลอง	x	x		

*p-value < 0.05

การอภิปรายผล (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หน้า).....

.....

(Enter ขนาด 16)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หน้า).....

.....

(Enter ขนาด 16)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หน้า).....

.....

(Enter ขนาด 16)

เอกสารอ้างอิง (ขนาด 16 หน้า) เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 และถัดไป (1.25 ซม.) (สามารถ
ศึกษาการอ้างอิงได้ตามรายละเอียดข้างต้น)

.....

.....



Template บทความวิชาการ/ บทความปริทัศน์

2.54 ซม.

2.54 ซม.

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18
ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

2.54 ซม.

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น ผู้เขียนคนที่ 1^{*}, _____², _____³ ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ ผู้เขียนคนที่ 1^{*}, _____², _____³ ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 1^{*}, สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 2² ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาดตัวอักษร 12 หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อ 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 16 หนา) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการกันคำ เช่น

→ ความเจ็บปวด, ซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ

ย่อหน้า 1.75 ซม.

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

*ผู้ให้การติดต่อ..... e-mail..... (ขนาด 12 ไม่หนา)

2.54 ซม.



Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 16 หน้า) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการค้นคำ เช่น News

—————> Pain, Depression, Older Adults (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญ ภาษาไทย)

ย่อหน้า 1.75 ซม.

(Enter ขนาด 16)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หน้า) (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่อการนำเสนอตามลำดับ)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

สรุป (ขนาด 16 หน้า)

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หน้า)

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

เอกสารอ้างอิง (ขนาด 16 หน้า) ให้อยู่หน้าในบรรทัดที่ 2 และถัดไป (1.25 ซม.) (สามารถศึกษาการอ้างอิงได้ตามรายละเอียดข้างต้น)

.....

.....

.....

.....

.....

การติดต่อสอบถามรายละเอียด

1. บรรณาธิการวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
ดร. อัมภิกา นาไวย์
โทรศัพท์ 053-121121 ต่อ 203, 081-7658575
E-mail: ampicha@bcnc.ac.th, jnphr@bcnc.ac.th
2. ผู้จัดการ/ผู้ประสานงาน วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
นางสาวปณัสยา พรหมดี
โทรศัพท์ 053-121121 ต่อ 203, 063-7988805
E-mail: panutsaya@bcnc.ac.th, jnphr@bcnc.ac.th

