



วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข Nursing Journal of the Ministry of Public Health

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข The Nurse Alumni Association of the Ministry of Public Health

ปีที่ 27 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2560 ISSN 0857-3743

Vol. 27 No. 3 September – December 2017 ISSN 0857-3743

บทความวิชาการ

- ➔ แนวคิดการจัดการภาวะสุขภาพของบุคคลและครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
- ➔ หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ
- ➔ สมรรถนะพยาบาลในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในยุคการเปลี่ยนแปลง
- ➔ การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม

บทความวิจัย

- ➔ การวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์
- ➔ พฤติกรรมสูบบุหรี่และปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นตอนต้นจังหวัดพะเยา
- ➔ การวิเคราะห์องค์ประกอบการใช้ประโยชน์สารสนเทศด้านสุขภาพบนอินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุ
- ➔ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและน้ำหนักเพิ่มของผู้หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์
- ➔ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลบางวัว อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา
- ➔ อุบัติการณ์ของการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา
- ➔ พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกูยในจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- ➔ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาในผู้ใหญ่
- ➔ โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ เจนเนอเรชันวาย โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- ➔ โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การสร้างความรู้ และผลการดำเนินงาน การจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชน
- ➔ ผลของโปรแกรมบริหารสมองต่อการเพิ่มความจำในผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อย



สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ตึก 4 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ / โทรสาร 02-590-1834 www.tnaph.org

พิมพ์ที่ : บริษัท ยุทธินันท์การพิมพ์ จำกัด

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 27 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2560

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
The Nurse Alumni Association of the Ministry of Public Health

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 27 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2560 ISSN 0857-3743

คณะที่ปรึกษา

ดร.ดารافر คงจา
ดร.กาญจนา จันทร์ไทย

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการ

ดร.ศุภกิจ เจริญสุข

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

รองบรรณาธิการ

ดร.เชษฐา แก้วพรม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

กองบรรณาธิการ

Dr.Paul Alexander Turner
รศ.ดร.พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์

ผู้ทรงคุณวุฒิ
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร.โสมภักตร์ ศรีไชย
ผศ.ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ
ผศ.ดร.จิราพร วัฒนศรีสิน
ดร.อุษณีย์ เทพวรชัย
ดร.บุญเตือน วัฒนกุล
ดร.นุสรา ประเสริฐศรี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ผู้จัดการวารสาร

นางสาวใบศรี นวลอินทร์
สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

เจ้าของ

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตึก 4 ชั้น 7
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ / โทรสาร 02-590-1834
www.tnaph.org, E-mail: n.tnaph@gmail.com

พิมพ์ที่

บริษัท ยุทธรินทร์ การพิมพ์ จำกัด
เลขที่ 35/36 ซอยกรุงเทพ-นนท์ 8
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทร. 0-2965-1431-3 โทรสาร 0-2965-1434
E-mail: ytrprinting@gmail.com



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้กลั่นกรองบทความวิจัย
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 27 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2560 ISSN 0857-3743

- | | |
|---|---|
| 1. รศ.ดร.พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. รศ.ดร.พร้อมจิตร์ ห่อนบุญเทียม | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 3. ผศ.ดร.ละเอียด แจ่มจันทร์ | คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ |
| 4. ผศ.ดร.กาญจนา ครองธรรมชาติ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 5. ผศ.ดร.โสเพ็ญ ชูฉนวน | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 6. ผศ.ดร.วาสนา รวยสูงเนิน | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 7. ผศ.ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิจันทร์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 8. อ.ดร.อัญชลีพร อมาตยกุล | คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้ากรม |
| 9. อ.ดร.ชุดิมา ปัญญาพินิจนุกร | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต |
| 10. อ.ดร.วิภาวี เผ่ากันทรการ | สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ |
| 11. นพ.ภัทรพงศ์ อุดมพัฒน์ | โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 12. อ.ดร.บุญเตือน วัฒนกุล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี |
| 13. อ.ดร.ปิยธิดา จุลปิยะ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง |
| 14. อ.ดร.พนารัตน์ วิสวเทพนิมิตร์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ |
| 15. อ.ดร.พรฤดี นิธิรัตน์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 16. อ.ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 17. อ.ดร.ทักษิภา ชัยวรรัตน์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา |
| 18. อ.ดร. อัญญา ปลดเปลื้อง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช |
| 19. อ.ดร.ธัสมน นามวงษ์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 20. อ.ดร.นุสรา ประเสริฐศรี | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ |
| 21. อ.ดร.ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช |
| 22. อ.ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 23. น.อ.หญิง ดร.ธนาพร แยมสุตา | วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทย์ทหารเรือ |
| 24. อ.ดร.ชดช้อย วัฒนะ | นักวิชาการอิสระ |
| 25. อ.ดร.มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์ | ผู้ทรงคุณวุฒิ |
| 26. อ.สมทรง จุไรทัศน์ย์ | ผู้ทรงคุณวุฒิ |



วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 27 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2560 ISSN 0857-3743

สารบัญ

บทความวิชาการ

- แนวคิดการจัดการภาวะสุขภาพของบุคคลและครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยด้วยโรคเรื้อรัง.....1
- หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ.....10
- สมรรถนะพยาบาลในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในยุคการเปลี่ยนแปลง.....19
- การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม.....29

บทความวิจัย

- การวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์.....42
- พฤติกรรมสูบบุหรี่และปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นตอนต้นจังหวัดพะเยา.....57
- การวิเคราะห์องค์ประกอบการใช้ประโยชน์สารสนเทศด้านสุขภาพบนอินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุ.....68
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและน้ำหนักเพิ่มของหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์.....80
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลบางวัว อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา.....91
- อุบัติการณ์ของการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพะเยา.....107
- จังหวัดพะเยา
- พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกูยในจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.....120
- การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาในผู้ใหญ่.....133
- โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ.....146
- เจนเนอเรชั่นนาย โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การสร้างความรู้ และผลการดำเนินงาน.....163
- การจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชน
- ผลของโปรแกรมบริหารสมองต่อการเพิ่มความจำในผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อย.....176



บรรณาธิการกลอน

สวัสดิ์ดีค่ะ...สมาชิกวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขและผู้สนใจทุกท่าน

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้ เป็นฉบับที่ ๓ ปีที่ ๒๗ กันยายน-ธันวาคม ๒๕๖๐ ซึ่งทางวารสารได้มีความพยายามพัฒนาให้มีความเป็นสากลจนสามารถเข้าสู่ฐานข้อมูล ACI (ASEAN Citation Index) เมื่อวันที่ ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ และสามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกที่มีความหลากหลายมากขึ้น

สำหรับบทความวิชาการและบทความวิจัยฉบับนี้ กองบรรณาธิการได้มีการคัดเลือกบทความวิชาการที่น่าสนใจสำหรับพยาบาลในคลินิก ได้แก่ “หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการดูแลคนไข้ผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ” และบทความเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การดูแลสุขภาพในระบบปฐมภูมิ และการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ “ทฤษฎีการจัดการภาวะสุขภาพของบุคคลและครอบครัว แนวคิดในการดูแลครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยด้วยโรคเรื้อรัง” “สมรรถนะพยาบาลในการบริการสุขภาพปฐมภูมิในยุคการเปลี่ยนแปลง” และ “การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอกนาจในผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม” สำหรับบทความวิจัยทางพยาบาลฉบับนี้มีบทความที่น่าสนใจเกี่ยวกับการบริหารการพยาบาล ได้แก่ “โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข” และ “โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การสร้างความรู้และผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข” และบทความวิจัยสำหรับการพยาบาลในทุกช่วงวัยตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ จนถึงวัยสูงอายุ เช่น “การวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์” “พฤติกรรมสูบบุหรี่และปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นตอนต้น จังหวัดพะเยา” “ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลบางวัว อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา” “ผลของโปรแกรมบริหารสมองต่อการเพิ่มความจำในผู้สูงอายุที่มีภาวะความจำบกพร่องเล็กน้อย” และ “การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ประโยชน์สารสนเทศด้านสุขภาพบนอินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา” เป็นต้น และขอเชิญชวนให้สมาชิกทุกท่านติดตามอ่านรายละเอียดที่น่าสนใจด้านใน

ขอขอบคุณสมาชิกทุกท่านที่สนใจส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยมาลงตีพิมพ์เพิ่มมากขึ้น ทำให้วารสารเต็มไปด้วยผลงานวิชาการที่เป็นประโยชน์หลากหลาย วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขมุ่งมั่นจะเป็นเวทีให้สมาชิกและผู้สนใจได้แลกเปลี่ยนเผยแพร่ผลงานวิชาการที่มีคุณค่าต่อการพยาบาลเช่นนี้ต่อไป

ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข

บรรณาธิการ



แนวคิดการจัดการภาวะสุขภาพของบุคคลและครอบครัวที่มี สมาชิกป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ณัฐพร ใจงาม*

อรนุช ชูศรี*

รุ่งนภา ป้องเกียรติชัย*

รังสรรค์ มาระเพ็ญ*

บทคัดย่อ

ปัจจุบันโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน และต้องการการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมซึ่งมีบทบาทที่สำคัญเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว และมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีปรับตัว ปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต มีการจัดการตนเองทางสุขภาพอย่างต่อเนื่องและสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้ด้วยคามพึงพอใจ มีการเข้าถึงการอำนวยความสะดวกทางสังคมเพื่อการดูแลสุขภาพ บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะนำเสนอทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (the individual and family self-management theory) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป

คำสำคัญ: โรคเรื้อรัง; การจัดการตนเอง; การจัดการครอบครัว

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต, e-mail: orranuch20@gmail.com



A Concept of Health Management for an Individual and Families Who Have Members with Chronic Diseases

Natrapee Jaingam*

Orranuch Chusri*

Rungnapa Pongkiatchai*

Rangson Marapen*

Abstract

Currently, chronic diseases are increasing and the patients facing with suffering must adjust their behaviors accordingly in order to improve their health status. Families are social institutions that play an important role regarding the health and sickness of the family members. They are also an important part in supporting the patient to adapt and change their lifestyles, to continuously manage their health conditions, and to be able to access to healthcare facilities. As a result, the patients can live with their health conditions to a satisfactory level. The purpose of this article is to present the individual and family self-management theory as a guide to assist the families who have patients with chronic diseases. It is useful for both clinical practice and research.

Keywords: chronic diseases; self-management; family management

*School of nursing, Suan Dusit University, e-mail: orranuch20@gmail.com



ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุหลักการเสียชีวิตของประชากรไทยทั่วประเทศ ในการศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556 วัดด้วยดัชนีที่เรียกว่า DALYs (Disability adjusted life years) หรือ “ปีสุขภาวะที่สูญเสีย” พบว่าประชากรไทยสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) จากการตายก่อนวัยอันควร 6.4 ล้านปี ซึ่งเป็นร้อยละ 61 ของความสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดจำแนกตาม 3 กลุ่มโรค พบสัดส่วนสูงสุดในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCD)¹ โรคเรื้อรังคือ โรคที่รักษาไม่หาย การรักษาเป็นเพียงการพองไม่ให้เกิดการสูญเสียการทำงานของร่างกายมากขึ้น มักรักษาเกิน 6 เดือน มีผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ทำให้มีปัญหาตามมาจากการปรับตัวให้อยู่กับโรค ซึ่งทุกวันนี้ผู้ป่วยได้รับการสอนให้ดูแลตัวเองโดยใช้หลักการจัดการตนเอง (self-management) ซึ่งผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น เช่น การรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย และปฏิบัติตามแผนการรักษา ตลอดจนสามารถควบคุมอาการของโรคได้ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวนี้ต้องปฏิบัติเป็นประจำเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวทั้งกำลังใจและการดูแลเอาใจใส่ในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรค² ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์จากโรคเรื้อรังและครอบครัวก็มีบทบาทสำคัญในการดูแลสมาชิก¹ ที่ป่วยให้สามารถจัดการภาวะสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมกับโรคด้วย ถ้าครอบครัวสามารถจัดการได้ดีย่อมส่งผลกระทบเชิงลบต่อสมาชิกในครอบครัวน้อยที่สุดแม้จะต้องดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังก็ตาม³⁻⁴ ครอบครัวนอกจากจะมีบทบาทสำคัญเป็นแหล่งพึ่งพาของสมาชิกเมื่อเจ็บป่วย⁵ ยังเป็นแหล่งความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม และการปฏิบัติด้านสุขภาพทำให้สมาชิกคนอื่น ๆ มีพฤติกรรมสุขภาพตามความคาดหวัง⁵

การจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวหมายถึง การดูแลตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวโดยใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการเพิ่มความสามารถ ในการจัดการภาวะสุขภาพ⁶ เข้าเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวัน³⁻⁴ ปัจจุบันบุคลากรด้านสาธารณสุขให้ความสนใจในการพัฒนาการแทรกแซง (intervention) เพื่อเพิ่มความสามารถของบุคคลและครอบครัวในการจัดการภาวะสุขภาพ จึงต้องทำความเข้าใจพฤติกรรมการจัดการโรคในครอบครัวเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม นอกจากนี้สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรมีผลให้ผู้ป่วยและครอบครัว ยอมรับและปฏิบัติตามแผนการรักษา⁶ สอดคล้องกับไรอัน⁶⁻⁷ ที่พบว่า การแทรกแซง (intervention) ที่เน้นบุคคลและครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีผลทางตรงต่อการเพิ่มระดับความรู้ ความเชื่อ ทักษะ และความสามารถในการควบคุมตนเอง (self-regulation) เข้าถึงแหล่งอำนวยความสะดวกจากทางสังคม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและงานวิจัยในเด็กส่วนใหญ่ ให้ความสำคัญกับโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อได้แก่โรคเมเร็งโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง เช่น โรคหอบหืด ภูมิแพ้ และโรคเบาหวาน⁸ พบว่ามีการศึกษาความสำคัญของครอบครัวอยู่น้อยมากเพื่อให้บุคลากรด้านสาธารณสุขมีแนวทางในการจัดการแทรกแซงให้กับผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสมดังนั้นทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (individual and family self-management theory: IFSMT) จึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่มีความจำเป็นสำหรับการพัฒนารูปแบบการแทรกแซงที่เน้นบุคคลและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแล บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอทฤษฎีที่ใช้เป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือและศึกษาวิจัยในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป



ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and Family Self-Management Theory)

ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and Family Self-Management Theory) ถูกพัฒนาขึ้นโดยไรอันและซาวิน (Ryan and Sawin)⁶ เป็นทฤษฎีที่นำเสนออีกหนึ่งทางเลือกในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัว จากการศึกษาพบว่า การสร้างทักษะและความสามารถในการควบคุมตนเอง (self-regulation) และการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกทางสังคม (social facilitation) ส่งผลต่อความสำเร็จในการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพ ทฤษฎีนี้มีจุดเน้นที่ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวโดยที่เชื่อว่า ครอบครัว และ ผู้ป่วยเป็นหน่วยเดียวกัน (family as a unit) มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงกับสมาชิกคนใดคนหนึ่ง ครอบครัวจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในระบบครอบครัวและมีการเกื้อหนุนให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสมาชิกทุกคนในครอบครัว ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นศูนย์กลางในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมและปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง จึงขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นส่วนสำคัญ (family support) โดยอาจจะร่วมมือกับบุคลากรด้านสาธารณสุขหรือไม่ก็ได้ มีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพหรือพฤติกรรมสุขภาพตามความเป็นจริง เพื่อพัฒนาความรู้ (knowledge) ทักษะและความสามารถในการควบคุมตนเอง (self-regulation skill & abilities) ให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว รวมถึงการเพิ่มศักยภาพให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง (self-efficacy) ว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ได้ และจะนำไปสู่การจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจัดอยู่ในมิติของกระบวนการจัดการตนเอง (process of self-management) ตามกรอบแนวคิดทฤษฎี ปัจจัยในมิตินี้ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อของบุคคล ทักษะในการควบคุมตนเอง การรับรู้สมรรถนะตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัว นอกจากนี้ยังมีปัจจัยในมิติบริบท (context) ซึ่งเป็นปัจจัย

กระตุ้นหรือเป็นปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย อาการเฉพาะโรค (condition specific) เช่น ความซับซ้อนของพยาธิสภาพของโรคและการรักษาที่ได้รับรวมถึงระยะเวลาของการเจ็บป่วย ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม (physical & social environment) เช่น การเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ ลักษณะสังคม วัฒนธรรม การทำงาน การดำเนินชีวิต ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว (individual & family) เช่น ระยะพัฒนาการของครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความสามารถและระดับเศรษฐกิจของครอบครัว เป็นต้น จากปัจจัยทั้งหมดในมิติต่างๆ ดังกล่าวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของบุคคล และ กระบวนการจัดการตนเอง จะนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ (outcomes) ทางสุขภาพ เช่น การมีพฤติกรรมจัดการตนเองเกี่ยวกับโรค การมีภาวะสุขภาพดี รวมถึงคุณภาพชีวิตและความผาสุก

การจัดการตนเองในทฤษฎีนี้หมายถึงทักษะ การคิดวางแผนแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยเรื้อรังของตนเอง และสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต จากการศึกษาของซาวันและคณะ⁶⁻⁷ ที่ได้ศึกษาการจัดการตนเองในวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรค spina bifida ได้ให้คำจำกัดความของการจัดการตนเองคือ กระบวนการที่ดำเนินการต่อเนื่อง จากการตัดสินใจร่วมกันของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวในการควบคุมตนเอง (self-regulation) เพื่อปรับปรุงภาวะสุขภาพของตนเองอย่างมีเป้าหมายด้วยการปฏิบัติกิจกรรม ใช้ทักษะในการแก้ไขปัญหา มีความรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ที่ตามมา ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นทักษะที่จำเป็นที่ต้องพัฒนาสำหรับวัยรุ่นใหญ่ในอนาคต

มิติหลักของทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (IFSMT)

ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวมีองค์ประกอบ 3 มิติหลัก ได้แก่บริบท กระบวนการ และผลลัพธ์ ส่งผลกระทบซึ่งกันและกันอย่างเป็นพลวัต ดังนี้



1. บริบท (context dimension: risk and protective factors) หมายถึง ปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยป้องกันประกอบไปด้วย

1.1 ปัจจัยเฉพาะโรค เช่น การเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางสรีรวิทยา ความซับซ้อนของโรคและการรักษาโรคที่มีลักษณะเฉพาะในแต่ละบุคคลซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง

1.2 ปัจจัยด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม รวมถึงปัจจัยในการเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ ระบบส่งต่อการดูแลสุขภาพ สังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ

1.3 ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว คือ ลักษณะส่วนบุคคลและครอบครัวซึ่งมีผลต่อการจัดการตนเอง เช่น ทักษะคิด ระยะเวลาการรับรู้คิด ประมวลผลข้อมูล การอ่านเขียนคิดเลขอย่างง่ายได้ และ ความผูกพันในครอบครัว

2. กระบวนการ (process dimension) องค์ประกอบนี้หมายถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ๓ ประการ ได้แก่

2.1 ข้อมูลจริง หรือความรู้ และความเชื่อในภาวะสุขภาพ (knowledge & belief)

2.2 ทักษะและความสามารถในการควบคุมตนเอง (self-regulation)

2.3 การอำนวยความสะดวกในสังคม (social facilitation)

โดย ไรอันและซาวิน (Ryan and Sawin)⁶ เสนอว่าการที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคตามความเป็นจริงและมีความเชื่อในภาวะสุขภาพ (knowledge & belief) มีการยอมรับภาวะหรือพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ที่จะประสบความสำเร็จในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามความคาดหวัง (outcome expectancy) มีการควบคุมตนเอง (self-regulation) โดยมีทักษะและความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถคิดพิจารณาถึงพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของตนเองที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยว่าเกิดจากสาเหตุหรือปัจจัยใด รวมทั้งหาแนวทางในการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมในการดำเนินชีวิตให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด (goal setting) ร่วมกับการวางแผนดำเนินการด้วยตนเองและครอบครัว หลังจากดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว มีการประเมิน (self-evaluation) และติดตามผลลัพธ์ด้วยตนเอง (self-monitoring) เป็นระยะๆ ถึงพฤติกรรมที่ทำได้จริงเปรียบเทียบกับแผนที่วางไว้เพื่อปรับปรุงแผนดำเนินการต่อไป การเข้าถึงแหล่งอำนวยความสะดวกในสังคม (social facilitation) เกิดขึ้นภายใต้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมการพัฒนาความสามารถของบุคคลที่จะดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น การอำนวยความสะดวกในสังคมรวมถึงการสนับสนุนและความร่วมมือที่เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และสมาชิกในชุมชน สื่อมวลชน เช่น โทรทัศน์ นิตยสาร หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งการเข้าถึงแหล่งอำนวยความสะดวกในสังคมเหล่านี้จะกระตุ้นให้บุคคลและครอบครัวมีบทบาทร่วมกัน มีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ และวางแผนเป้าหมายในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

3. ผลลัพธ์ (outcome dimension)

ผลลัพธ์ในทฤษฎีนี้เป็นผลเนื่องมาจากปัจจัยเสี่ยงในบริบทได้แก่ ปัจจัยเฉพาะโรค ปัจจัยทางกายภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม, ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ร่วมกับปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยภายในกระบวนการ (ความรู้และความเชื่อทางสุขภาพ การควบคุมตนเอง การอำนวยความสะดวกจากทางสังคม) ก่อให้เกิดผลลัพธ์ต่อภาวะสุขภาพซึ่งมีทั้งผลลัพธ์ในระยะสั้น (proximal outcome) ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ในระยะยาว (distal outcome) เช่นกัน

3.1 ผลลัพธ์ในระยะสั้น (proximal outcome) ได้แก่ การมีพฤติกรรมจัดการตนเอง ของบุคคล และครอบครัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ได้แก่ความสามารถในการทำกิจกรรมการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร หรือผลลัพธ์เฉพาะตามจุดมุ่งหมาย เช่น การจัดการกับอาการของโรค อาการทางกายภาพ และ อาการทางคลินิก

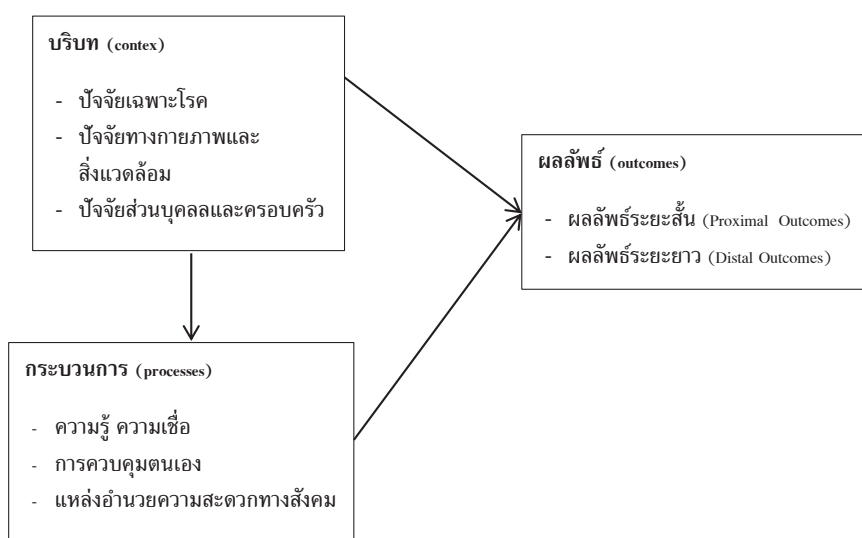
ได้แก่ น้ำหนัก ความดันโลหิต Blood tests การปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา⁹⁻¹⁰ ซึ่งผลลัพธ์ในส่วนนี้อาจยังไม่แสดงได้ชัดเจนถึงค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงในการดูแลสุขภาพ

3.2 ผลลัพธ์ในระยะยาว (distal outcome) เช่น คุณภาพชีวิต ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของทฤษฎี (interactions among constructs)

เนื่องจากทฤษฎีนี้มี 3 มิติหลักที่สำคัญและส่งผลกระทบซึ่งกันและกันอย่างเป็นพลวัต โดย ปัจจัยเสี่ยงและป้องกันในมิติของบริบท เป็นตัวแสดงให้เห็นถึงสิ่งผลักดันหรืออุปสรรคของบุคคลและครอบครัวในการจัดการตนเอง และส่งผลกระทบต่อปัจจัยตัวอื่นๆ เช่น การศึกษา ความรู้ และลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับความสามารถของแต่ละบุคคลในการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสมระยะพัฒนาการทั้งวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่จะมีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ถ้าบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพไม่เหมาะสมจะขาดประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพ และบุคคลที่ขาดความรู้ความเข้าใจแม้จะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวก็ไม่สามารถจัดการภาวะสุขภาพที่มีความซับซ้อนได้

จากความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ในมิติบริบทที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ในมิติกระบวนการ ซึ่งเป็นที่รู้กันดีว่าความรู้ไม่ได้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล แต่การเพิ่มประสิทธิภาพของความรู้ และความเชื่อทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกำกับตนเอง (self-regulatory) และการเข้าถึงการอำนวยความสะดวกทางสังคม (social facilitation) จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมจัดการตนเองทางสุขภาพ และส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ในระยะสั้นที่เกิดขึ้นอย่างน้อยทำให้เกิดผลบางส่วนต่อผลลัพธ์ระยะยาวได้ ตัวอย่างเช่น การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานผลลัพธ์ในระยะสั้นที่ได้รับคือสามารถควบคุมระดับ A1C ได้และผลลัพธ์ในระยะยาวคือสามารถลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเจ็บป่วยและการตายจากโรคเบาหวานได้ ส่วนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะสั้นคือการใช้ยาได้ถูกต้องแม่นยำ หรือสามารถควบคุมน้ำหนักได้⁹⁻¹⁰ และผลลัพธ์ในระยะยาวคือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นรวมทั้งมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีขึ้น เป็นผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคทั้งทางตรงและทางอ้อมลดลง



ภาพที่ 1 การจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (model of the individual and family self-management)



ฉะนั้นการแทรกแซง (intervention) จึงควรให้ความสำคัญกับทั้ง 2 มิติของทฤษฎีคือบริบทและกระบวนการโดยการแทรกแซง (intervention) ในมิติบริบทสามารถลดปัจจัยเสี่ยง หรืออุปสรรคที่มีผลต่อการสนับสนุนการจัดการตนเอง ส่วนการแทรกแซง (intervention) สำหรับมิติกระบวนการ (process) สามารถเพิ่มพูนความรู้และความเชื่อ พฤติกรรมการควบคุมตนเองและการเข้าถึงแหล่งอำนวยความสะดวกทางสังคมเพื่อดูแลสุขภาพ

เปรียบเทียบระหว่างทฤษฎี

นักวิจัยทางการแพทย์บาลในปัจจุบันให้ความสนใจในการพัฒนาการแทรกแซง (intervention) เพื่อเพิ่มความสามารถของบุคคลและครอบครัวในการจัดการภาวะสุขภาพ แนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวมีประโยชน์ในการศึกษาทำความเข้าใจการตอบสนองของบุคคลต่อภาวะเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามยังมีแนวคิดที่มีความคล้ายคลึงกัน ซึ่ง Gray, Knafl & McCorkle¹¹ ได้นำเสนอคือกรอบแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัว (self and family management framework) ทั้งสองแนวคิดให้ภาพรวมของวิธีการที่คล้ายกัน แต่กรอบแนวคิดในการวิจัยแตกต่างกัน กรอบแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัว (self and family management framework) ซึ่งเกรและคณะ¹¹ ได้นำเสนอมีวัตถุประสงค์คือการระบุรูปแบบพฤติกรรมการจัดการโรคเรื้อรังของแต่ละบุคคลและครอบครัว และผลลัพธ์ที่เกิดจากพฤติกรรมจัดการนั้น ส่วนไรอันและชาวินมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนาการแทรกแซง (intervention) สำหรับพฤติกรรมจัดการตนเองตามแนวคิดของไรอันและชาวินไม่จำกัดอยู่เฉพาะกลุ่มบุคคลที่ป่วยด้วย โรคเรื้อรังเท่านั้น ปัจจัยเสี่ยงและป้องกัน (risk and protective factors) ทั้ง 2 แนวคิดระบุไว้ว่ามีอิทธิพลกับพฤติกรรมจัดการตนเองของบุคคล รวมทั้งสังคมวัฒนธรรมก็มีผลต่อการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวในการจัดการโรคในชีวิตประจำวัน 3-4 มิติ กระบวนการ (processes) ในการจัดการตนเอง เกรและคณะ อธิบายถึง ความต้องการที่เกิดจาก

ภาวะเจ็บป่วย (Illness needs) เช่นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยที่ต้องใช้ทักษะและการเรียนรู้เกี่ยวกับโรค รวมทั้งแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ซึ่งต่างจากไรอันและชาวินที่ให้ความสำคัญกับการควบคุมตนเอง

ดังนั้นในการเลือกใช้แนวคิดหรือทฤษฎีใดจึงขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในและการแทรกแซงที่ต้องการจะพัฒนาขึ้นเพื่อปรับพฤติกรรมจัดการ นอกจากนี้ควรมีการประเมินการแทรกแซงที่พัฒนาขึ้นว่ามีประสิทธิภาพต่อผลลัพธ์และผู้ป่วยแบบใด เช่น ในการศึกษาของ Gray & Whittemore¹² ที่พัฒนาการแทรกแซงโดยใช้อินเทอร์เน็ต สำหรับเด็กวัยรุ่นที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ไม่เพียงแต่จะประเมินประสิทธิภาพของการแทรกแซง แต่ประเมินผลกระทบของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันต่าง ๆ ต่อผู้ดูแลและผลลัพธ์ด้วย นอกจากนี้ ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ และคณะ¹³ ที่พัฒนาการแทรกแซงการจัดการครอบครัวที่มีบุตรโรคธาลัสซีเมียโดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัว (self and family management framework) ของ เกรและคณะ¹¹ เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาพบว่าครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพบุตรได้ดีขึ้นรวมถึงการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของครอบครัว แต่ใช้รูปแบบความเชื่อเรื่องภาวะเจ็บป่วย (illness belief model) เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมพลังให้กับผู้ดูแล (empowerment program)² ด้วยเช่นกัน ต่างจาก อรุณฯ วรณิและแวน ไรเปอร์ (Van Riper)¹⁴ ที่สนใจศึกษารูปแบบการจัดการครอบครัวที่มีลูกป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียโดยใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการจัดการในครอบครัว (family management styles framework) เป็นกรอบแนวคิดเพื่อให้ผลการศึกษาที่ได้เป็นแนวทางสำหรับการจัดการแทรกแซงให้เหมาะสมกับความต้องการของครอบครัวแต่ละรูปแบบ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาในประเทศไทยที่ใช้กรอบแนวคิดของไรอันและชาวินส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซึ่งผลการวิจัยพบว่าการ รับรู้สมรรถนะตนเอง



และการสนับสนุนจากครอบครัว⁶⁻⁷ มีผลต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองทางสุขภาพในผู้ป่วยให้สามารถปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม

สรุป

ทฤษฎี IFSMT เป็นทฤษฎีใหม่ที่มีข้อได้เปรียบจากการขยายงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองของแต่ละบุคคลโดยมุ่งเน้นที่บุคคลและครอบครัว ภายในบริบทของ ครอบครัวหรือหน่วย ครอบครัว และสามารถนำมาเป็น พื้นฐานสำหรับการขยายความเข้าใจเรื่องการจัดการ ตนเองของบุคคลในทุกช่วงวัย ไม่ว่าจะเป็นวัยผู้ใหญ่หรือ วัยเด็กและครอบครัว ในฐานะเป็นสมาชิกของสังคม

ข้อเสนอแนะ

สำหรับงานวิจัยในอนาคต IFSMT ได้รับการพัฒนา และ นำไปใช้ในครอบครัว ผู้ป่วยโรค เรื้อรังในสังคม วัฒนธรรมตะวันตก แต่แนวคิดหลักในกรอบทฤษฎีนี้ สามารถนำไปใช้ได้บริบทของสังคมไทย ซึ่งผู้ป่วยที่มี ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ด้วย อาศัยความร่วมมือในการจัดการทั้งของตนเองและ ครอบครัว อย่างไรก็ตามเพื่อให้เข้าใจในบริบทไทยให้ มากขึ้น จึงควรมีการศึกษาการจัดการตนเองของบุคคล ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและของครอบครัวเพื่อให้ บุคลากรสาธารณสุขได้มีแนวทางในการจัดการแทรกแซง (intervention) ที่เหมาะสมต่อพฤติกรรมจัดการ ตนเองทางสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถ ปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

References

1. International Health Policy Program. Burden of diseases in Thai population in 2013: The Grafico Systems Company Limited; 2558. (In Thai)
2. Wacharasin C, Phaktoop M, Sananreangsak S. Examining the usefulness of a Family Empowerment Program guided by the Illness Beliefs Model for families caring for a child with thalassemia. *Journal of family nursing*. 2015; 21(2):295-321.
3. Knafl KA, Deatrick JA. Further refinement of the family management style framework. *Journal of Family Nursing*. 2003; 9(3):232-56.
4. Knafl KA, Deatrick JA. Family management style and the challenge of moving from conceptualization to measurement. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2006; 23(1): 12-8.
5. Friedman MM, Bowden VR, Jones E. *Family nursing: Research, theory & practice*: Pearson; 2003.
6. Ryan P, Sawin KJ. The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing outlook*. 2009; 57(4):217-25. e6.
7. Ryan P. Integrated theory of health behavior change: background and intervention development. *Clinical nurse specialist CNS*. 2009; 23(3):161.
8. Chusri O, Family management in families of a child with thalassemia [Doctoral dissertation]. Chonburi Province: Burapha University; 2016
9. Chaiwong N, Duangpaeng S, Misingboon K. Factors influencing Self-management Behaviors among Acute Myocardial Infarction Patients. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*. 2014; 9(3):112-9. (In Thai)
10. Boonmeesrisap A, Deena A, Chunlestskul K. Determinants of eating behavior of patients with Coronary Artery Heart Disease. *The journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2011; 17(3):41-53. (In Thai)



11. Grey M, Knafl K, McCorkle R. A framework for the study of self-and family management of chronic conditions. *Nursing outlook*. 2006; 54(5):278-86.
12. Whittemore R, Jaser SS, Jeon S, Liberti L, Delamater A, Murphy K, et al. An internet coping skills training program for youth with type 1 diabetes: six-month outcomes. *Nursing research*. 2012; 61(6):395.
13. Siriyupa S, Development of family management program for school age children with thalassemia (Doctoral Dissertation), Bangkok: Mahidol university. 2011.
14. Chusri O, Wannee Deoisres, Van Riper M. The styles of management in families having a child with thalassemia. *SDU Research Journal*. 2016; 9(3).



หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดูแลหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

สุรศักดิ์ พุฒินิชย์*

นภาพร พุฒินิชย์*

จันทนา เกลี้ยงพร้อม**

บทคัดย่อ

จากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมาพบว่าพยาบาลมีวิธีปฏิบัติในการดูแลหะในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจที่แตกต่างกันทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ มากขึ้น เช่น ภาวะพร่องออกซิเจน มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ และมีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ เป็นต้น การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดูแลหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งสามารถแบ่งได้ 3 ขั้นตอน คือ 1) การพยาบาลผู้ป่วยก่อนการดูแลหะ ได้แก่ การประเมินข้อบ่งชี้ในการดูแลหะ การเลือกใช้สายยางดูแลหะ การให้ออกซิเจนความเข้มข้นสูงก่อนดูแลหะ การเพิ่มปริมาตรปอด และการเตรียมผู้ป่วย 2) การพยาบาลระหว่างการดูแลหะ ได้แก่ การใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลหะ ขนาดความดันลบที่ใช้ในการดูแลหะ ความลึกในการใส่สายดูแลหะ จำนวนครั้งที่ใช้ในการดูแลหะ และทักษะในการดูแลหะ 3) การประเมินผู้ป่วยภายหลังการดูแลหะ ได้แก่ การประเมินหลังการดูแลหะ และการให้ออกซิเจนความเข้มข้นสูงหลังการดูแลหะ ซึ่งพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

คำสำคัญ: หลักฐานเชิงประจักษ์; การดูแลหะ; ผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา, e-mail: surasak44332@gmail.com

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา



Evidence-Based Practice on Endotracheal Suctioning for Intubated Adult Patients

Surasak Puttiwanit*

Napaporn Puttiwanit*

Janthana Kliangprom**

Abstract

Based on a literature review and nursing experiences, nurses have been shown to employ different endotracheal suctioning methods. These methods may increase complications, such as hypoxia, changes in vital signs and pneumonia. The objective of this systematic review was to provide the available evidence on endotracheal suctioning for intubated adult patients. The suction procedure and nursing care reported in this article was divided into 3 steps.

1) Nursing practices before endotracheal suctioning included assessment of clinical indications to provide suction, selection of the suction catheter, giving high concentration oxygen before suctioning, increase in lung volume, and patient preparation.

2) Nursing practices during endotracheal suctioning included the use of sterile techniques, the duration of suctioning, the level of negative pressure of suctioning, the depth of the inserted catheter, the frequency of suctioning and suctioning skill.

3) Nursing evaluation after endotracheal suctioning included, the evaluation of the patient after suctioning and giving high concentration oxygen.

Nurses and other health care providers can utilize these practices as suctioning guidelines for intubated adult patients to promote safety and reduce suctioning complications.

Keywords: Evidence-based practice; Endotracheal suctioning; Intubated adult patients

*Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, e-mail: surasak44332@gmail.com

**Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj



ความเป็นมาและความสำคัญ

ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน การอุดกั้นทางเดินหายใจ หรือไม่สามาถหายใจได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อช่วยในการรักษาและพยุงชีวิตให้อยู่รอด¹ การใส่ท่อช่วยหายใจทำให้กลไกการทางเดินหายใจให้โล่งตามธรรมชาติลดลง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถไอออกได้เอง และไม่สามารถจัดเสมหะออกเองได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้มีเสมหะคั่งค้างในท่อช่วยหายใจและทำให้เกิดการอุดตันได้ง่าย² กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย คือ การดูดเสมหะเพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง และทำให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอโดยการส่งเสริมให้การแลกเปลี่ยนก๊าซระหว่างถุงลมและหลอดเลือดฝอยบริเวณถุงลมดีขึ้น³ ถึงแม้ว่าการดูดเสมหะจะมีความจำเป็นและเกิดประโยชน์ต่อชีวิตของผู้ป่วยแต่ก็อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยได้⁴

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบได้บ่อยจากการดูดเสมหะ ได้แก่ ภาวะพร่องออกซิเจน การเปลี่ยนแปลงของการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ ปอดแฟบ มีความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น เกิดการบาดเจ็บของเยื่อหุ้มปอด และเกิดความไม่สบายจากการดูดเสมหะ การเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวอาจส่งผลให้อัตราตาย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ จำนวนวันการนอนในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวเพิ่มสูงขึ้นได้^{3,5} มีการศึกษาพบว่าสภาพและพยาธิสภาพของผู้ป่วยรวมทั้งวิธีการดูดเสมหะของพยาบาล อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ได้³ นอกจากนี้ยังพบว่าวิธีการปฏิบัติการดูดเสมหะของพยาบาลที่มีความหลากหลายและ

แตกต่างกัน ซึ่งจะส่งผล ทำให้เกิดความรุนแรงของภาวะพร่องออกซิเจน การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ปอดแฟบ และเกิดการบาดเจ็บของเยื่อหุ้มปอดของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน³

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดูดเสมหะในผู้ใหญ่เป็นจำนวนมาก แต่การรวบรวมแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการดูดเสมหะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ยังมีข้อจำกัด ดังนั้น บททบทวนวิชานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดูดเสมหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพในการนำไปประยุกต์ใช้เมื่อปฏิบัติการดูดเสมหะให้กับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและลดหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการดูดเสมหะได้

หลักฐานเชิงประจักษ์

หลักฐานเชิงประจักษ์ หมายถึง การใช้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ โดยพิจารณาจากหลักฐานที่ดีที่สุด在那个ขณะนั้นซึ่งมีความชัดเจน และมีเหตุผล เพื่อนำความรู้ที่ได้มาใช้ในการประกอบการตัดสินใจในการดูแลหรือแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ⁶

ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน

สถาบัน The Joanna Briggs Institute⁷ ได้จัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานมีรายละเอียดดังต่อไปนี้



ตารางที่ 1 ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน

ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน	รายละเอียดหลักฐาน
Level 1 – Experimental designs	Level 1.a – Systematic review of Randomized Controlled Trials (RCTs) (การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบจากการวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง)
	Level 1.b – Systematic review of RCTs and other study designs (การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบจากการวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง และการออกแบบการศึกษาอื่น ๆ)
	Level 1.c – RCT (การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม)
	Level 1.d – Pseudo-RCTs (การวิจัยเชิงทดลองและมีกลุ่มควบคุมโดยไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม)
Level 2 – Quasi-experimental designs	Level 2.a – Systematic review of quasi-experimental studies (การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบจากการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง)
	Level 2.b – Systematic review of quasi-experimental studies and other lower study designs (การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบจากการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง และการออกแบบการศึกษาอื่น ๆ ที่ต่ำกว่า)
	Level 2.c – Quasi-experimental prospectively controlled study (การวิจัยเชิงกึ่งทดลองไปข้างหน้าโดยมีกลุ่มควบคุม)
	Level 2.d – Pre-test – post-test or historic/retrospective control group study (การทดสอบก่อน-หลัง หรือเชิงประวัติศาสตร์/การศึกษากลุ่มควบคุมย้อนหลัง)
Level 3 – Observational – Analytic designs	Level 3.a – Systematic review of comparable cohort studies (การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบจากการเปรียบเทียบไปข้างหน้า)
	Level 3.b – Systematic review of comparable cohort and other lower study designs (การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบจากการเปรียบเทียบไปข้างหน้า และการออกแบบการศึกษาอื่น ๆ ที่ต่ำกว่า)
	Level 3.c – Cohort study with control group (การวิจัยแบบไปข้างหน้าโดยมีกลุ่มควบคุม)



ตารางที่ 1 ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน

ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน	รายละเอียดหลักฐาน
	Level 3.d – Case-controlled study (การศึกษามีกลุ่มควบคุม)
	Level 3.e – Observational study without control group (การศึกษาแบบสังเกตการณ์โดยไม่มีกลุ่มควบคุม)
Level 4 – Observational – Descriptive studies	Level 4.a – Systematic review of descriptive studies (การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบจากการศึกษาเชิงพรรณนา)
	Level 4.b – Cross-sectional study (การศึกษาภาพตัดขวาง)
	Level 4.c – Case series (การศึกษาที่ติดตามผู้ร่วมการทดลอง)
	Level 4.d – Case study (การศึกษาเฉพาะกรณี)
Level 5 – Expert opinion and Bench research	Level 5.a – Systematic review of expert opinion (การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ)
	Level 5.b – Expert consensus (ข้อตกลงของผู้เชี่ยวชาญ)
	Level 5.c – Bench research/single expert opinion (การวิจัยในสัตว์ทดลอง/ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญคนเดียว)

หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดูแลหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

จากการประสมการณ์การทำงานและการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพยาบาลมีวิธีปฏิบัติในการดูแลหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจที่หลากหลายและแตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะพร่องออกซิเจน มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ปอดแฟบ และเกิดการบาดเจ็บของเยื่อปอดหลอดลม³ จึงมีความจำเป็นในการศึกษางานวิจัยและเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหะ เพื่อให้พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพใช้เป็นแนวทางในการดูแลหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ การสืบค้นงานวิจัยใช้การสืบค้นด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์จากฐานข้อมูล PubMed และ CINAHL โดยใช้คำสืบค้นดังนี้ evidence base suctioning, Guidelines Endotracheal suctioning โดยเป็นผลงานที่ได้รับการตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ.2006–2015 ได้งานวิจัย

จากการสืบค้นจำนวน 6 เรื่อง ซึ่งผู้เขียนได้เรียบเรียงรายละเอียดหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดูแลหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ดังนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนการดูแลหะ

1.1 การประเมินข้อบ่งชี้ในการดูแลหะ

ข้อบ่งชี้ในการดูแลหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ คือ การมีความดันโลหิตสูงขึ้นหรือลดลง ชีพจรเร็วขึ้นหรือลดลง หายใจเร็วขึ้นหรือลดลง หายใจเสียงดังครืดคราด หรือการได้ยินเสียงเสมหะ⁴ (ระดับ5a) ควรมีการประเมินผู้ป่วยก่อนดูแลหะโดยการตรวจดูสัญญาณชีพ และฟังเสียงเสมหะในทางเดินหายใจ เพื่อป้องกันการดูแลหะโดยไม่ข้อบ่งชี้ที่จำเป็น เนื่องจากการดูแลหะแต่ละครั้งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน คือ ภาวะพร่องออกซิเจน ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นผิดปกติ มีการเพิ่มขึ้นของความดันในกะโหลกศีรษะ และเกิดการบาดเจ็บต่อหลอดลม การประเมินผู้ป่วยก่อน



ดูดเสมหะและการพิจารณาตัดสินใจดูดเสมหะบนความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละรายมีความจำเป็น เพราะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการดูดเสมหะเป็นกิจวัตร⁸ (ระดับ5a) จะเห็นได้ว่าการประเมินข้อบ่งชี้ในการดูดเสมหะเป็นสิ่งที่จำเป็นเนื่องจากถ้าผู้ป่วยได้รับการดูดเสมหะโดยไม่มีความจำเป็นก็จะทำให้มีโอกาสดังกล่าวแทรกซ้อนจากการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจเพิ่มขึ้น

1.2 การเลือกใช้สายยางดูดเสมหะ

การเลือกสายยางดูดเสมหะไม่ควรเกินครึ่งหนึ่งของเส้นผ่าศูนย์กลางของท่อช่วยหายใจ เพื่อป้องกันความดันลบที่มากเกินไปดูดอากาศและออกซิเจนออกจากปอดอย่างรวดเร็วซึ่งทำให้เกิดภาวะปอดแฟบ ส่วนการใช้สายดูดเสมหะที่มีขนาดใหญ่ พบว่าเพิ่มความเสี่ยงของการระคายเคืองของเยื่อบุทางเดินหายใจและเพิ่มภาวะพร่องออกซิเจน⁹ (ระดับ5a) ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 7 ควรใช้ขนาดสายดูดเสมหะที่มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 12 เฟรนซ์ (French) สำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 8 ควรใช้ขนาดสายดูดเสมหะที่มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 14 เฟรนซ์ (French) การใช้สายดูดเสมหะที่มีขนาดเล็กทำให้ลมสามารถเข้าไปในปอดระหว่างดูดเสมหะได้ ซึ่งสามารถป้องกันการลดลงของอากาศที่ค้างค้างในปอดภายหลังการหายใจออกตามปกติได้ (functional residual capacity)¹⁰ (ระดับ5a)

1.3 การให้ออกซิเจนความเข้มข้นสูงก่อนดูดเสมหะ

การให้ออกซิเจนความเข้มข้นสูง 100 เปอร์เซ็นต์ ก่อนการดูดเสมหะเป็นสิ่งที่จำเป็น เพราะสามารถลดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำภายหลังการดูดเสมหะได้ ซึ่งประสิทธิผลของการเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนก่อนดูดเสมหะจะขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ สภาพของผู้ป่วยแต่ละคน ระยะเวลาในการดูดเสมหะ ความดันที่ใช้ในการดูดเสมหะ และขนาดของสายดูดเสมหะ จากการศึกษาพบว่า การให้ออกซิเจนที่มีความเข้มข้นสูง 100 เปอร์เซ็นต์ ก่อนดูดเสมหะสามารถลดภาวะพร่องออกซิเจนที่เกิดจากการดูดเสมหะร้อยละ 32 แต่ถ้ามีการให้ออกซิเจนทั้งก่อนและหลังดูดเสมหะ

จะสามารถลดภาวะพร่องออกซิเจนได้ร้อยละ 49 และหากมีการเพิ่มออกซิเจนความเข้มข้นสูงร่วมกับการเพิ่มปริมาตรปอด สามารถลดภาวะพร่องออกซิเจนมากกว่าร้อยละ 50 การเพิ่มปริมาตรปอดจะให้ 2-3 ครั้ง โดยในแต่ละครั้งของการเพิ่มปริมาตรปอดจะให้เพียง 1 เท่าครึ่งของปริมาตรหายใจเข้าออกปกติ (tidal volume)¹¹⁻¹² (ระดับ 2a และ 2a) ควรให้ออกซิเจนความเข้มข้นสูง 100 เปอร์เซ็นต์ อย่างน้อย 30 วินาที ในช่วงก่อนและหลังการดูดเสมหะเพื่อให้ออกซิเจนผ่านท่อเครื่องช่วยหายใจผ่านไปยังผู้ป่วย ซึ่งสามารถป้องกันการลดลงของระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดได้³ (ระดับ2a) ในการเพิ่มออกซิเจนความเข้มข้นสูง 100 เปอร์เซ็นต์ สามารถทำได้โดยการกดปุ่มออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ บนหน้าจอของเครื่องช่วยหายใจก่อนการดูดเสมหะ¹² (ระดับ2a)

1.4 การเพิ่มปริมาตรปอด

ควรประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนที่จะเพิ่มปริมาตรปอดให้กับผู้ป่วยทุกครั้ง และต้องปฏิบัติด้วยความระมัดระวัง เพราะอาจเกิดผลกระทบในผู้ป่วยบางรายได้ เช่น ผู้ป่วยที่ระบบไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ และผู้ป่วยที่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูง เมื่อได้รับการดูดเสมหะร่วมกับการเพิ่มปริมาตรปอดจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง ควรทำการเพิ่มปริมาตรปอดเพียงแค่ 2 ครั้งต่อ 1 รอบเพิ่มปริมาตรเพียง 1 เท่าครึ่ง ของปริมาตรอากาศในการหายใจเข้าออกใน 1 ครั้ง โดยใช้เครื่องช่วยหายใจ เพราะจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนโลหิต และเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของทางเดินหายใจน้อยกว่าการใช้ถุงช่วยหายใจ (self inflating bag) เพราะสามารถควบคุมแรงดันที่จะให้กับผู้ป่วยได้ดีกว่าการใช้ถุงช่วยหายใจ สำหรับผู้ป่วยที่มีระบบไหลเวียนโลหิตคงที่ ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ และผู้ป่วยที่ไม่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูง สามารถเพิ่มปริมาตรปอด โดยการบีบถุงช่วยหายใจ (self inflating bag) 4-5 ครั้ง ก่อนการดูดเสมหะในครั้งแรก^{3,9} (ระดับ 3a, และ 3a)



1.5 การเตรียมผู้ป่วยก่อนการดูดเสมหะ

การดูดเสมหะเป็นประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาสำหรับ ผู้ป่วย ดังนั้นควรมีการเตรียมผู้ป่วยก่อนการดูดเสมหะ เช่น การให้ข้อมูลก่อนการดูดเสมหะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยลดภาวะเครียด ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพ และความตระหนักในการดูดเสมหะของพยาบาลอีกด้วย⁸ (ระดับ 5a) และควรจัดทำให้เหมาะสมตามตำแหน่งของเสมหะที่ฟังได้ เช่น ถ้าฟังได้เสมหะที่ปอดข้างขวาก็ให้ผู้ป่วยนอนตะแคงซ้าย เพื่อให้เสมหะไหลได้สะดวกขึ้น สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการให้อาหารทางสายยางไม่ควรดูดเสมหะหลังให้อาหาร 30 - 60 นาที เพราะการดูดเสมหะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสสำลักเศษอาหารเข้าสู่หลอดลมได้⁸ (ระดับ 5a)

2. การพยาบาลระหว่างการดูดเสมหะ

2.1 การใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ

การดูดเสมหะเป็นการพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างจากการทบทวนเอกสาร และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อจากการดูดเสมหะ พบว่าการดูดเสมหะหลายครั้งทำให้เชื้อแบคทีเรียและเชื้อโรคขนาดเล็ก ๆ สามารถผ่านลงสู่ทางเดินหายใจส่วนล่าง โดยเฉพาะการใช้น้ำเกลือหรือนอร์มัลหยอดก่อนดูดเสมหะ จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้น้ำเกลือหรือนอร์มัลเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ดังนั้นการดูดเสมหะทุกครั้งต้องใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ^{3,11-12} (ระดับ 5a, 5a, และ 5a)

2.2 ระยะเวลาที่ใช้ในการดูดเสมหะ

ระยะเวลาที่ใช้ในการดูดเสมหะมีผลต่อความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการดูดเสมหะ เนื่องจากการใช้เวลาในการดูดเสมหะนานเกินไป จะทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด และการทำลายเยื่อบุทางเดินหายใจเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นระยะเวลาในการดูดเสมหะที่เหมาะสมควรใช้ระยะเวลาในการดูดไม่ควรเกิน 10-15 วินาที เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะ พร่องออกซิเจน และการได้รับการบาดเจ็บของเยื่อบุทางเดินหายใจ^{3,11} (ระดับ 5a, และ 5a)

2.3 ขนาดความดันลบที่ใช้ในการดูดเสมหะ

ควรใช้ความดันลบในการดูดเสมหะให้น้อยที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ ซึ่งความดันลบที่ใช้ควรอยู่ในช่วง 80-120 มิลลิเมตรปรอท และอาจสูงได้ถึง 200 มิลลิเมตรปรอท ถ้าใช้ขนาดของสายดูดเสมหะที่เหมาะสม³ (ระดับ 5a) ความดันลบที่ใช้ดูดเสมหะในช่วง 80-120 มิลลิเมตรปรอท สามารถลดภาวะพร่องออกซิเจนจากการดูดเสมหะได้ และความดันที่ใช้ดูดเสมหะควรเริ่มเมื่อถอนสายดูดเสมหะออกมาเท่านั้น เพื่อป้องกันสายดูดเสมหะติดกับผนังของหลอดลม⁸ (ระดับ 5a)

2.4 ความลึกในการใส่สายดูดเสมหะ

การใส่สายดูดเสมหะไม่ควรลึกเกินความยาวของท่อช่วยหายใจ หรือให้ใส่สายดูดเสมหะไปถึงตำแหน่งทางแยกของแขนงหลอดลม (carina) จากนั้นถอยออกมาประมาณ 1-2 เซนติเมตรเพื่อลดความเสี่ยงต่อการไปกระตุ้นประสาทเวกัส จากนั้นจึงทำการดูดเสมหะ วิธีการนี้จะประเมินความลึกของการใส่สายดูดเสมหะสามารถวัดได้จากความยาวของท่อช่วยหายใจ^{3,11} (ระดับ 2a, และ 2a)

2.5 จำนวนครั้งที่ใช้ในการดูดเสมหะ

จำนวนครั้งของการดูดเสมหะไม่ควรเกิน 2 ครั้งต่อรอบ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางศีรษะเฉียบพลันจะทำให้เกิดความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง มีการเปลี่ยนแปลงของระบบการไหลเวียนโลหิต ได้แก่ ความดันเลือดแดงเฉลี่ยและอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ดังนั้นการดูดเสมหะติดต่อกัน 3 ครั้งจึงมีความปลอดภัยน้อยกว่า 2 ครั้ง¹¹ (ระดับ 3a) การดูดเสมหะบ่อยครั้งจะทำให้ร่างกายตอบสนองโดยมีการสร้างเสมหะมากขึ้นด้วย และการดูดเสมหะที่บ่อยครั้งยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูดเสมหะมากขึ้นตามมา ดังนั้นจึงควรลดความถี่ในการดูดเสมหะให้น้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้⁸ (ระดับ 3a) อย่างไรก็ตามควรมีการดูดเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งใน 8 ชั่วโมงเพื่อลดความเสี่ยงการอุดตันบางส่วนของท่อช่วยหายใจ เนื่องจากมีการยืดเกาะของเสมหะที่ผนังท่อช่วยหายใจ¹⁰ (ระดับ 5a)



2.6 ทักษะในการดูดเสมหะ

การดูดเสมหะอาจส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บของเยื่อหลอดลมได้ ดังนั้นจึงควรดูดเสมหะอย่างมีทักษะและกระทำด้วยความนุ่มนวล การอธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับการดูดเสมหะ และใช้เทคนิคที่ช่วยลดการบาดเจ็บของเยื่อหลอดลม เช่น การไม่กระแทก หรือหมุนสายดูดเสมหะ สำหรับผู้ป่วยที่สามารถไอขับเสมหะได้ควรมีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอในขณะที่มีการดูดเสมหะด้วยก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้การดูดเสมหะมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น⁸ (ระดับ 3a) นอกจากนี้ไม่ควรดูดเสมหะในขณะที่ใส่สายดูดเสมหะเข้าไปทางท่อช่วยหายใจ แต่ควรดูดเสมหะในขณะที่มีการถอยสายดูดเสมหะออกจากท่อช่วยหายใจเท่านั้น ในการดูดเสมหะควรมีการดูดเสมหะในปากก่อนการดูดในท่อช่วยหายใจ เพราะการดูดเสมหะในปากก่อนเพื่อป้องกันการสำลักเสมหะหรือน้ำลายเข้าสู่หลอดลม¹¹ (ระดับ 3a)

3. การประเมินผู้ป่วยภายหลังการดูดเสมหะ

3.1 การประเมินหลังการดูดเสมหะ

หลังการดูดเสมหะให้ผู้ป่วยภายใน 10 นาที ต้องมีการประเมินติดตามการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน สีผิว ควรมีการสังเกตลักษณะเสมหะ สี ปริมาณ บันทึกสิ่งที่พบ มีการฟุ้งปอดหลังการดูดเสมหะ⁸⁻⁹ (ระดับ 5a, และ 5a) สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บศีรษะอย่างรุนแรงควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้ความดันภายในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นหรือความดันเลือดแดงเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ภายหลังการดูดเสมหะเป็นเวลาอย่างน้อย 10 นาที เช่น การยกตัว การพลิกตัว เป็นต้น⁹ (ระดับ 3a)

3.2 การให้ออกซิเจนความเข้มข้นสูงหลังการดูดเสมหะ

ภายหลังการดูดเสมหะผู้ป่วยอาจเกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้หากไม่ได้รับออกซิเจนจากเครื่องช่วยหายใจ จึงควรต่อเครื่องช่วยหายใจให้กับผู้ป่วยภายหลังการดูดเสมหะภายในเวลา 10 วินาที และให้ออกซิเจนความเข้มข้นสูงภายหลังการดูดเสมหะเพื่อ

ป้องกันการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด^{11,12} (ระดับ 2a, และ 2a) ในการเพิ่มออกซิเจนความเข้มข้นสูง 100 เปอร์เซ็นต์หลังการดูดเสมหะ สามารถทำได้โดยการกดปุ่มออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์บนหน้าจอของเครื่องช่วยหายใจ¹² (ระดับ 2a)

บทสรุป

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนอันไม่พึงประสงค์ขณะที่ต้องได้รับการดูดเสมหะทางท่อช่วยหายใจ พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยดังกล่าว จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันไม่พึงประสงค์จากการดูดเสมหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ จากหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดูดเสมหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจที่รวบรวมรวบรวมพบว่ามีตั้งแต่ระดับ 2a จนถึงระดับ 5a ซึ่งถือว่าน่าเชื่อถือ โดยเฉพาะหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 2a เป็นหลักฐานที่น่าเชื่อถือมาก ได้แก่ การให้ออกซิเจนความเข้มข้นสูงทั้งก่อนและหลังการดูดเสมหะ และความลึกในการในการใส่สายดูดเสมหะให้ปลายสายดูดเสมหะถึงตำแหน่งทางแยกของแขนงหลอดลมจากนั้นถอยออกมาประมาณ 1-2 เซนติเมตร ก่อนจึงดูดเสมหะ เพื่อช่วยส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยและภาวะแทรกซ้อนอันไม่พึงประสงค์จากการดูดเสมหะลง ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพจึงควรมีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดูดเสมหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจไปทดลองใช้และพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติในการดูดเสมหะในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจต่อไป

References

1. Boonrat J, Ratananakorn S. Spiritual care for critically ill patients and families in ICU: nursing experiences. Journal of Narathiwat Rajanagarindra University 2012; 4(1):1-13. (in Thai).



2. Joffe AM, Deem SA. Physiologic and pathophysiologic responses to intubation. In C. A. Hagberg (Ed.), Benumof and Hagberg's Airway Management. 3rd ed. Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders; 2012. p. 184–200.
3. Pedersen, CM, Nielsen, MR, Hjerminde J, Egerod I. Endotracheal suctioning of the adult intubated patient – what is the evidence? Journal of Intensive and Critical Care Nursing. 2009;25(1):21–30.
4. Kaplow R, Hardin SR. Critical care nursing: synergy for optimal outcome. Boston: Jones and Bartlett; 2007.
5. Finucane BT, Tsui BCH, Santora AH. Principles of airway management. 4th ed. Springer: New York; 2011. p. 683–730.
6. Kummatid A, Markrat M. Using the systematic review to provide a complete summary on a research question in Evidence-Based Practice: a 3-step method. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2016;3(3):246–59.(in Thai).
7. Joanna Briggs Institute. Reviewers' Manual 2014 Edition. Australia: Solito Fine Colour Printers. [Internet]. 2014 [cited 2016 May 10]. Available from: http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBI-Levels-of-evidence_2014.pdf.
8. Day T, Lles N, Griffiths P. Effects of performance feedback on tracheal suctioning knowledge and skills: randomized controlled trial. Journal of Advanced Nursing. 2009;65(7):1423–31.
9. American Association for Respiratory Care AARC Clinical Practice Guidelines. Endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways 2010. Respir Care. 2010;55(6):758–64.
10. Kuriakose SA. Using the synergy model as best practice in endotracheal tube suctioning of critically ill patients. Dimension of Critical Care Nursing. 2008;27(1):10–5.
11. Intensive Care Coordination and Monitoring Unit. Suctioning an adult ICU patient with an artificial airway: a clinical practice guideline. [Internet]. 2014 [cited 2016 May 10]. Available from: https://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0010/239554/ACI14_Suction_2-2.pdf
12. Overend TJ, Anderson CM, Brooks D, Cicutto L, Keim M, McAuslan D, et.al. Updating the evidence-base for suctioning adult patients: a systematic review. Can Respir J. ;2009 (3): 6–17.



สมรรถนะพยาบาลในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในยุคการเปลี่ยนแปลง

อติญาณ์ ศรีเกษตรริน*

รุ่งนภา จันทรา*

สุทธนันท์ กัลละ**

บทคัดย่อ

การบริการระดับปฐมภูมิเป็นการให้บริการแบบผสมผสาน ทั้งด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพที่ช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี การดำเนินงานในหน่วยบริการปฐมภูมินั้นพยาบาลวิชาชีพถือว่าสำคัญในการให้บริการดูแลด้านสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกในยุคปัจจุบันทำให้พยาบาลวิชาชีพต้องพัฒนาสมรรถนะเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของสังคมและประชาชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นการพัฒนาศรณะในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในส่วนของสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลต้องมีการทบทวนหลักสูตร แนวทางการจัดการศึกษาคุณสมบัติและสมรรถนะอาจารย์ผู้สอน มีการออกแบบร่วมกันระหว่างผู้ผลิตและผู้นำไปใช้เพื่อให้ผลิตนักศึกษาพยาบาลในยุคการเปลี่ยนแปลงที่สามารถดูแลสุขภาพประชาชนในหน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างมีคุณภาพ

คำสำคัญ: สมรรถนะพยาบาล; การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี, e-mail: atiya_s@hotmail.com

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ



Nursing Competency in Primary Care Services in a Changing Era

.....

Atiya Sarakshetrin*

Rungnapa Chanttra*

Sutthanan Kunlaka**

Abstract

The primary care service is a combination of health promotion, disease prevention and rehabilitation to improve the health of people. Operating in the PCU, nurses are responsible for providing health care services to the people. However, the rapid changes in global society mandates nurses to develop their competencies in response to the needs of the society more effectively. The nursing educational institutions, therefore, need to review the curriculum, educational process, and lecturers' attributes and competencies. Collaboration between the education and service sectors are imperative for the production of nursing workforce to provide quality care for people at primary care units.

Keywords: nursing competency; primary care service

*Boromarajonani College of Nursing, Suratthani, e-mail: atiya_s@hotmail.com

**Boromarajonani College of Nursing, Bangkok



ความเป็นมาและความสำคัญ

การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิหรือที่เรียกว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนในทุกตำบลทุกหมู่บ้านสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย หน่วยบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ จึงเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีลักษณะโดดเด่นคือเป็นบริการแบบองค์รวมเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคในเชิงรุกมากกว่าการรักษาโรค โดยมีเป้าหมายให้บริการที่ครอบคลุมและมีความต่อเนื่องจากบ้านไปสู่ชุมชนที่แต่ละ รพ.สต. รับผิดชอบ และหากเกินความสามารถที่จะรับไว้ในความดูแล รพ.สต.ก็ต้องมีการประสานเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยในพื้นที่เพื่อการรักษาได้อย่างทันทั่วถึง นอกจากนี้ยังเป็นหน่วยบริการที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stockholders) เพื่อสร้างความเข้มแข็งและสามารถช่วยกันจัดการปัญหาสุขภาพของชุมชน โดยชุมชน กิจกรรมการบริการจึงเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ให้การรักษาโรคเบื้องต้นแก่ผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ และให้การฟื้นฟูสภาพผู้ใช้บริการได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังเป็นหน่วยบริการที่เชื่อมโยงผู้ใช้บริการเข้าสู่ระบบสุขภาพที่ซับซ้อนขึ้นในระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ¹

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในระดับบริการปฐมภูมิเป็นพยาบาลที่ต้องให้บริการแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย และทุกกลุ่มโรคในพื้นที่รับผิดชอบ พยาบาลที่รับผิดชอบจำเป็นต้องมีความรู้ ความชำนาญหรือมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานหลายสมรรถนะเพื่อทำให้คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการดีขึ้น แต่จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในศตวรรษที่ 21 เป็นผลจากความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี เช่น โรคอุบัติใหม่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รุนแรง โรคที่เกิดจากพฤติกรรม การดำเนินชีวิต เป็นต้น ซึ่งโรคดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ที่ประชาคมโลกให้ความสำคัญและ

ร่วมผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยการมุ่งสร้างระบบบริการสุขภาพที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะระบบบริการปฐมภูมิและการเปลี่ยนแปลงในยุคประเทศไทย 4.0 ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนการให้บริการสุขภาพ เช่น

แนวคิดการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

องค์การอนามัยโลกกำหนดให้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นระบบการดูแลสุขภาพที่จำเป็นและเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของสุขภาพดี การกำหนดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจะทำให้ปัญหาสุขภาพทั้งในระยะเรื้อรังและระยะเฉียบพลันได้รับการแก้ไขโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน เน้นการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อสุขภาพของคนในโลกมีการเปลี่ยนแปลงไปตามเทคโนโลยีที่วิวัฒนาการมากขึ้น จากรายงานว่าปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปี 2005 พบอัตราการเสียชีวิตในเด็กร้อยละ 19 และอัตราการเสียชีวิตในผู้สูงอายุร้อยละ 53 แต่ในปี 2030 สัดส่วนดังกล่าวจะเปลี่ยนเป็นอัตราการเสียชีวิตในเด็กร้อยละ 9 และอัตราการเสียชีวิตในผู้สูงอายุร้อยละ 62 ทั่วโลกจะพบอัตราการตายจากโรคไม่ติดต่อจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 61 ถึง ร้อยละ 68 แนวโน้มดังกล่าวจะคล้ายกันทั่วโลกแต่จะพบมากในแอฟริกาที่มีการระบาดของเอชไอวี/เอดส์ระบาด และในประเทศที่ยากจน²

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ระบบบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นบริการด่านแรกที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุดเป็นกลไกและยุทธศาสตร์สำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ช่วยทำให้ระบบบริการสาธารณสุขมีประสิทธิภาพและมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดี ด้วยค่าใช้จ่ายไม่สูงเกินไป ข้อมูลเชิงประจักษ์บ่งชี้ว่าระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิจะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น และสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพแก่ และยังพบว่าความเข้มแข็งของระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะ



สุขภาพของประชาชนในประเทศ และระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ มีบทบาทสำคัญในการทำให้สุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนดีขึ้น โดยเฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ยากไร้และด้อยโอกาสในสังคม สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาวิจัยหลายชิ้นเรื่อง ระบุว่าหน่วยบริการปฐมภูมิมีบทบาทหลักในการสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นของประชาชน ส่วนประชาชนที่เข้าถึงบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิมากที่สุดคือประชากรกลุ่มที่มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากไร้ในเขตชนบท³ เนื่องจากการให้บริการระดับปฐมภูมิเป็นการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานเชิงรุก ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับประชาชนทั่วไปและประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เป้าหมายของการจัดบริการระดับปฐมภูมิเพื่อลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรค

พยาบาลวิชาชีพถือว่ามีส่วนสำคัญในการให้บริการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนทำหน้าที่เสมือนพยาบาลประจำครอบครัวที่มีหน้าที่ในการดูแลทุกคนในแต่ละครอบครัวที่รับผิดชอบ นำมาแบ่งกลุ่มการดูแล เป็นกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดและกลุ่มผู้ป่วยในโรคทั่วไป และโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ยังมีการแบ่งกลุ่มตามช่วงวัยอีกด้วย ได้แก่กลุ่มเด็กปฐมวัย/สตรี กลุ่มวัยเรียน และกลุ่มวัยทำงาน ทั้งหมดนี้เป็นการดูแลทั้งระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน³ การดำเนินงานดังกล่าวตรงกับนิยามสุขภาพปฐมภูมิว่าเป็นการบริการที่ทุกคนสามารถเข้าถึงได้ มีการดำเนินงานแบบบูรณาการอย่างต่อเนื่อง และเป็นทีมโดยการดูแลเน้นคนมากกว่าโรค เน้นการประสานงานครอบครัวและชุมชน เคารพในความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการและเป็นผู้สนับสนุนบทบาท⁴ หลักการดังกล่าวจึงต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทของพยาบาลในการบริการหน่วยปฐมภูมิเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของโลกคือ การเข้าถึงวัฒนธรรมและสังคมที่แตกต่างกันในช่วงเวลาที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมถูกมองว่าเป็นภัยคุกคามไม่ใช่เป็นโอกาส

การบูรณาการในกรอบที่มีการกระจายตัวที่เพิ่มขึ้นด้วย สิ่งอำนวยความสะดวกความต่อเนื่องในการให้บริการไม่ว่าผู้รับบริการมีการย้ายถิ่นไปที่ไหนก็ตามและการประสานงานในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลแบบซับซ้อนมากขึ้น⁵

สถานการณ์เปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการให้บริการสุขภาพของไทยมี 2 ประการหลัก คือ

1) การเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ 21 เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม มีอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้เกิดกระแสด้านความเป็นธรรมทางด้านสุขภาพจากประเทศต่างๆ องค์การอนามัยโลกได้ตระหนักถึงประเด็นดังกล่าวเพื่อให้ประชากรโลกมีสุขภาพดีถ้วนหน้าจึงนำไปสู่การปฏิรูประบบสาธารณสุขในประเทศต่างๆ มากขึ้น เช่นเดียวกับประเทศไทยที่ต้องเผชิญกับภาวะแรงกดดันและภาวะวิกฤตของระบบสุขภาพสาเหตุมาจากการเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังและโรคติดต่อ การพัฒนาทางเทคโนโลยีที่ทันสมัยที่ทำให้จำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้นรวมทั้งประชาชนไม่พอใจกับระบบสุขภาพที่ต้องการการตอบสนองที่ดีกว่าและเร็วกว่าการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนจึงมีการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยได้แก่ การปฏิรูปความครอบคลุมการให้บริการการปฏิรูปการจัดการบริการโดยให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางการปฏิรูปนโยบายสาธารณะและการปฏิรูปภาวะผู้นำทางสุขภาพ6การให้บริการสุขภาพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนไปมีการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพหรือสมรรถนะให้แก่บุคลากรด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงและตอบสนองความต้องการของสังคมและประชาชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น



2) การเปลี่ยนแปลงจากนโยบาย Thailand 4.0 เป็นการเปลี่ยนแปลงประเทศโดยเน้นให้ก้าวไปสู่การเป็นประเทศในโลกที่หนึ่งที่มีความมั่นคงและยั่งยืน พัฒนาจากประเทศที่มีรายได้ขนาดปานกลางเป็นประเทศที่มีรายได้สูง โดยจะต้องมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเศรษฐกิจจากเดิมที่ขับเคลื่อนด้วยการพัฒนาประสิทธิภาพในการผลิตอุตสาหกรรม ไปสู่เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรม (innovation driven economy) ซึ่งนวัตกรรมอย่างหนึ่งที่ถูกกำหนดเพื่อขับเคลื่อนประเทศไทยคือ นวัตกรรมกลุ่มสาธารณสุข สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์⁷ ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขระยะ 20 ปี ตามนโยบายรัฐบาลที่จะนำประเทศไทยก้าวสู่ Thailand 4.0 โดยกำหนดแผนงานเพื่อผลักดันนโยบายสำคัญของรัฐบาลไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม และยั่งยืน ซึ่งแผนงานการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพเป็น 1 ในทั้งหมด 16 แผนงานภายใต้นโยบาย Thailand 4.0⁸

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้นเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการสุขภาพในทุกระดับ ดังนั้นผู้ให้บริการบริการสุขภาพในยุคการเปลี่ยนแปลงจำเป็นต้องมีสมรรถนะที่ทันต่อการเปลี่ยนแปลง ในส่วนของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิถือว่าเป็นส่วนสำคัญในการให้บริการดูแลด้านสุขภาพแก่ประชาชน เนื่องจากต้องปฏิบัติงานใกล้ชิดกับชุมชนพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) ได้รับการยอมรับว่าเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการผลักดันให้การดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ตลอดจนมีหน้าที่สำคัญในการสื่อสารความรู้ไปสู่ประชาชน และปฏิบัติตนเป็นผู้ช่วยเหลือสนับสนุนด้านต่างๆ ของประชาชน⁹ การดำเนินงานที่ได้ครอบคลุมในทุกปัญหาทางสุขภาพและทุกช่วงวัยได้

อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีนั้น ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิต้องมียุทธศาสตร์การปฏิบัติงานตามที่กำหนด ประกอบด้วย 5 ประเด็นคือ 1) การให้บริการสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง 2) การทำงานแบบหุ้นส่วน 3) การพัฒนาคุณภาพงานบริการ 4) เทคโนโลยีการสื่อสารและการจัดการข้อมูล และ 5) การมีมุมมองแบบนักสาธารณสุข¹⁰⁻¹¹ เพื่อให้การดูแลประชากรทุกกลุ่มอายุทั้งกลุ่มปกติกลุ่มเสี่ยงกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพกายและจิตภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้พิการตามมาตรฐานวิชาชีพพร้อมทั้งปฏิบัติงานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมายจึงต้องพัฒนาความรู้ความสามารถและทักษะในการดูแลผู้ป่วยในยุคการเปลี่ยนแปลงที่มีปัญหาทางสุขภาพที่ซับซ้อนหลากหลาย และมีความเกี่ยวพันกันในหลายมิติ จากบทบาทหน้าที่และขอบเขตการให้บริการ จะเห็นได้ว่าหากพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะที่สูงขึ้นก็เท่ากับว่าการให้บริการพยาบาลมีคุณภาพและได้มาตรฐานมากยิ่งขึ้นไปด้วยพยาบาลวิชาชีพทุกคนจะต้องมีความรู้ทักษะและพฤติกรรมหรืออาจกล่าวได้ว่าต้องมีสมรรถนะสัมพันธ์กับภาระงานที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถและการตัดสินใจในการปฏิบัติงาน เพื่อให้ประชาชนในชุมชนมีภาวะสุขภาพที่ดีและสามารถดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพระดับปฐมภูมิ

สภาการพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิประกอบด้วยความรู้ความสามารถและการตัดสินใจในการปฏิบัติงานแบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ¹² คือ

1. สมรรถนะทั่วไป เป็นสมรรถนะพื้นฐานที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน 8 สมรรถนะ
2. สมรรถนะการพยาบาลเฉพาะทางด้านการพยาบาลชุมชน เป็นสมรรถนะที่สำหรับ พยาบาลวิชาชีพผู้ที่ได้รับวุฒิบัตรการอบรมผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะ



ทางเวชปฏิบัติชุมชนประกอบด้วย สมรรถนะด้านการพยาบาลชุมชน สมรรถนะด้านการรักษาโรคเบื้องต้น

3. สมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลชุมชน เป็นสมรรถนะสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ผู้ได้รับวุฒิบัตรการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่แสดงออกถึงความสามารถ ในการบริหารจัดการการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค แก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่ หรือของประเทศรวมทั้งการรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งต้องอาศัยความรู้ความชำนาญและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโดยใช้ระบบการจัดการรายบุคคลกลุ่มบุคคลครอบครัวและชุมชนรวมทั้งการจัดการระบบการดูแลในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ¹³ ประกอบด้วย 1) สมรรถนะด้านการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลบุคคล กลุ่มคน ครอบครัว และชุมชนด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ 2) สมรรถนะด้านการดูแลและให้การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการวัยรุ่น ผู้สูงอายุมารดา และทารกและกลุ่มอื่นในชุมชนที่มีปัญหาซับซ้อน และ 3) สมรรถนะด้านการประสานงาน

4. สมรรถนะการบริหารการพยาบาลชุมชนเป็นสมรรถนะที่กำหนดขึ้นเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับผู้บริหารการพยาบาลหรือในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้แก่ 1) สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ 2) สมรรถนะด้านจริยธรรมจรรยาบรรณ และกฎหมาย 3) สมรรถนะด้านการบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ 4) สมรรถนะด้านนโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ 5) สมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ และ 6) สมรรถนะด้านสังคม

ถึงแม้ว่าจะมีการกำหนดสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพระดับปฐมภูมิ อย่างไรก็ตามจากการทบทวนงานวิจัยยังพบว่า ในบางสมรรถนะยังมีช่องว่างระหว่างสมรรถนะที่กำหนดและการปฏิบัติงานจริง

เห็นได้จากการศึกษาทบทวนสถานการณ์งานวิจัยด้านสมรรถนะ และบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในปี 2551 สมรรถนะที่พยาบาลวิชาชีพประเมินว่ายังมีสมรรถนะที่ไม่สูงมาก คือ สมรรถนะภาวะผู้นำ สมรรถนะการสร้างความร่วมมือร่วมกับเครือข่ายชุมชน สมรรถนะในการบริหารจัดการสุขภาพร่วมกับภาคเครือข่ายสุขภาพสมรรถนะด้านการวิจัย เทคโนโลยี สารสนเทศ และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยที่มีเฉพาะโรคและความซับซ้อนเช่น ผู้สูงอายุ ออติสติก ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สตรีที่ถูกกระทำรุนแรง¹⁴ และการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ในปี 2559 พบว่าสมรรถนะด้านการวิจัยและการถ่ายทอดความรู้ สมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศยังเป็นสมรรถนะที่ยังไม่สูง⁹ ข้อค้นพบที่น่าสนใจผลการศึกษาที่ระยะเวลาการศึกษาห่างกันถึง 8 ปี แต่สมรรถนะในด้านการวิจัย และเทคโนโลยียังคงเป็นสมรรถนะที่พยาบาลวิชาชีพประเมินตนเองว่ามีสมรรถนะที่ไม่สูงมาก ดังนั้น สมรรถนะดังกล่าวจึงเป็นสมรรถนะที่มีความสำคัญและต้องเร่งสร้างเพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในยุคการเปลี่ยนแปลงที่เน้นให้มันวัตกรรมการสุขภาพโดยเป็นประเด็นความท้าทายต่อทั้งต่อหน่วยงานการให้บริการสุขภาพและสถาบันการศึกษาในยุคการเปลี่ยนแปลงในการเร่งพัฒนาบุคลากรสุขภาพทั้งที่ปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน และที่กำลังจะเข้าสู่การปฏิบัติ เพื่อให้เกิดคุณภาพในการให้บริการแก่ประชาชน

ความท้าทายเพื่อสร้างสมรรถนะพยาบาลระดับปฐมภูมิในยุคการเปลี่ยนแปลง

ความท้าทายที่มีต่อหน่วยงานการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลในการเตรียมบุคลากรพยาบาลในยุคการเปลี่ยนแปลงทั้งศตวรรษที่ 21 และประเทศไทย 4.0 พอสรุปได้ ดังนี้

1. ความท้าทายต่อหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จากระบบสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงอย่าง



รวดเร็วตาม การเปลี่ยนแปลงของโลกและของประเทศ ทำให้คนที่อยู่ในระบบสุขภาพต้องมีการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกันเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อประเทศ¹⁵ ทำให้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิต้องวิเคราะห์ว่าพยาบาลมีสมรรถนะที่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ เช่น สมรรถนะในการทำงานเป็นทีม การใช้ผลงานวิจัย การพัฒนาระบบบริการสุขภาพร่วมกับเครือข่าย เพื่อแก้ปัญหาการที่ประชาชนมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและหลากหลายมากขึ้น ซึ่งในการแก้ปัญหาดังกล่าวทำภายใต้การใช้ผลงานวิจัยเป็นฐานหรือการพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ ดังเห็นได้จากการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพพบบทบาทของพยาบาลวิชาชีพพยาบาลวิชาชีพในฐานะหมอบรรลุชีวิตต้องให้การดูแลรอบคอบทั้งเชิงรับและเชิงรุก ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ข้อมูล (Evidence Base Practice) และยึดความคุ้มค่า คุ้มค่า เหมาะสมตามบริบทของครอบครัว ส่งเสริมการใช้พลังอำนาจของครอบครัว (Empowerment) การให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพ แก่ครอบครัวที่รับผิดชอบ หรือมีการให้คำปรึกษาผ่านเทคโนโลยีที่ต่างๆ การประสานและปฏิบัติงานแบบเป็นหุ้นส่วน ทั้งในทีมด้านสุขภาพ และทีมด้านสังคม และทีมสหวิชาชีพอื่นๆ¹⁶ รวมถึงสมรรถนะเกี่ยวกับเทคโนโลยีสารสนเทศการจัดเก็บข้อมูลสารสนเทศและการตัดสินใจต่างๆ ผ่านฐานข้อมูล เนื่องจากทำให้พยาบาลที่มีหน้าที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำเป็นต้องใช้ระบบสารสนเทศในการบันทึกและประมวลผลข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวนมาก เพื่อจัดส่งข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพและการเงินการคลังให้กับศูนย์ข้อมูลระดับอำเภอ จังหวัด และเขตบริการสุขภาพ

ดังนั้นหากผู้บริหารในหน่วยงานไม่ได้ทำการวิเคราะห์สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพอาจทำให้เกิดปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติ ดังเช่น การให้มุมมองเกี่ยวกับลักษณะงานที่พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพปฏิบัติแห่งหนึ่งว่า “ปัจจุบันบุคลากรในรพ.สต. มีปริมาณงานที่ต้องป้อนข้อมูลต่างๆ เพิ่มมากขึ้น

อาจเพราะจากนโยบายในการจัดสรรงบประมาณ การเข้าสู่ยุค Thailand 4.0 แต่บุคลากรมีความรู้ความสามารถในเทคโนโลยีที่แตกต่างกันทำให้มีผลกระทบต่อการทำงานบ้าง” และการวิจัยเป็นตัวบ่งชี้ที่กำหนดให้ รพ.สต. ทุกแห่ง ทำการวิจัยโดยเฉพาะวิจัยพัฒนางานประจำฐานงานวิจัยอย่างน้อยปีละ 1 เรื่องและมีการประกวดผลงานวิจัยและนวัตกรรมประเภทงานประจำฐานงานวิจัยทุกปี ทั้งในระดับอำเภอ จังหวัด และระดับเขตบริการสุขภาพ⁹

2. ความท้าทายต่อสถาบันการศึกษาทางการพยาบาล การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพอย่างรวดเร็วทำให้การทำงานในระบบสุขภาพจึงต้องทำงานเชิงรุกรวมถึงการทำงานในบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ แต่จากการวิเคราะห์ระบบการศึกษาของบุคลากรสาธารณสุขในระดับนโยบายชาติพบว่าระบบการศึกษายังไม่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง การศึกษาปัจจุบันยังคงมุ่งเน้นด้านวิทยาศาสตร์พื้นฐานทำให้เป็นการเรียนรู้แบบแยกส่วนบัณฑิตที่จบมาจึงมีความรู้ทักษะและความสามารถที่ไม่สอดคล้องกับสภาพความต้องการของระบบสาธารณสุขในสถานการณ์ปัจจุบัน¹⁶ สิ่งเหล่านี้เป็นที่มาที่ทำให้มีนโยบายผลักดันให้มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานในระบบสุขภาพ ในเรื่องการพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพยุคศตวรรษที่ 21 สถาบันการศึกษาจึงต้องมียุทธศาสตร์ในเรื่อง การผลิตบุคลากรด้านสุขภาพในโลกยุคปัจจุบันเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็วมีการวางแผนความต้องการกำลังคนและการผลิตกำลังคนที่มีคุณภาพโดยมีการพัฒนาระบบการศึกษาให้สอดคล้องกันระหว่างฝ่ายผลิตและฝ่ายปฏิบัติการ¹⁶

นอกจากนี้การผลิตบุคลากรสาธารณสุขไม่ใช่ผลิตตามความต้องการของผู้ผลิตเท่านั้น แต่จะต้องรู้ว่าจะไร การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ระบบสุขภาพต้องการบุคลากรด้านสุขภาพที่มีสมรรถนะในเรื่องอะไรเป็นพิเศษ จึงต้องมีการออกแบบร่วมกันระหว่างผู้ผลิตและผู้นำไปใช้สิ่งที่สำคัญคือความร่วมมือของทุกวิชาชีพ¹⁷ เพื่อให้



ตอบโจทย์ของคุณลักษณะบัณฑิตทางสุขภาพในยุค ศตวรรษที่ 21 ที่ต้องสื่อสารเป็น มีความคิดสร้างสรรค์ เป็นผู้นำ ทำงานเป็นทีมและต้องเป็นนายตัวเองหรือ ยึดมั่นในศีลธรรมเพื่อรู้จักกำกับตัวเอง¹⁸ จากข้างต้นเป็น ท้าทายต่อสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลควรทบทวน ว่า การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลในปัจจุบัน ทันต่อการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ หลักสูตร ปรัชญาการศึกษา แนวทางการจัดการศึกษา การคัดเลือกคุณสมบัติ และสมรรถนะอาจารย์ผู้สอนยังเป็นแบบเดิมหรือมีการ ปรับเปลี่ยนเพื่อให้ตอบสนองต่อการสร้างนักศึกษา พยาบาลเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในยุคการ เปลี่ยนแปลงหรือไม่

สำหรับการทบทวนประเด็นการจัดการเรียนการสอน เพื่อสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพระดับปริญญามีให้กับ นักศึกษาพยาบาลจากรายงานการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า มีการเปลี่ยนแนวการจัดการศึกษาจากบนลงล่าง เป็นการเน้นความร่วมมือจากชุมชนมากขึ้นเพื่อเป็น หุ่นส่วนด้านสุขภาพกับชุมชนมากขึ้น ซึ่งการจัดการศึกษา ต้องการปรับหลักสูตร เพิ่มกลยุทธ์ในการจัดการศึกษา เน้นการสร้างนวัตกรรมเพื่อสร้างชุดความรู้ในการดูแล สุขภาพให้กับประชาชน¹⁹ ตลอดจนการเปิดโอกาสให้ ประชาชนเข้าถึงข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่จำเป็นได้ ตลอดเวลา โดยยุทธศาสตร์ความสามารถของนักศึกษา ในการปฏิบัติ ต้องมี 6C ได้แก่ การดูแลความเห็นอก เห็นใจความสามารถการสื่อสาร ความกล้าหาญและความ มุ่งมั่นเป็นองค์ประกอบสำคัญเพื่อให้มีคุณภาพ การดูแลผู้ป่วย²⁰ การเรียนรู้ที่สำคัญในอนาคตของ การศึกษาพยาบาลเกิดจากความร่วมมือผู้ป่วยและการมี ส่วนร่วมของประชาชน การเรียนรู้ทางการพยาบาล เป็นการเรียนรู้ที่ไม่เพียงแต่จะเกิดขึ้นในห้องเรียนเท่านั้น แต่ต้องมีความสมดุลระหว่างการเรียนในสถาบันการ ศึกษาและการเรียนคลินิกหรือในชุมชนเพื่อให้นักศึกษา เข้าใจบริบทของพื้นที่และปัญหาที่ผู้รับบริการมีนอกจาก นี้อาจารย์ผู้สอนควรให้ความสนใจถึงคุณค่าของการ

ผสมทักษะและความจำเป็นที่เป็นพื้นฐานที่จะต้องสร้าง ให้เกิดในผู้เรียนเพื่อให้ผู้เรียนนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการ ดูแลสุขภาพผู้รับบริการได้²¹

สรุป

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปริญญามี จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนและพัฒนาสมรรถนะให้ สอดรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ดังนั้นสถาบัน การศึกษาทางการพยาบาลต้องดำเนินการปรับหลักสูตร การเรียนการสอนเป็นการเรียนการสอนที่เน้นสมรรถนะ ของพยาบาลวิชาชีพให้สามารถปรับตัวได้สอดคล้องกับยุค การเปลี่ยนแปลงใน มีการวางแผนร่วมกันระหว่างสถาบัน การศึกษาพยาบาลกับหน่วยบริการเริ่มการแนวคิด การพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอน สมรรถนะของ ผู้ที่จบการศึกษาพยาบาลที่ต้องการร่วมกับการวิเคราะห์ ความต้องการของประชาชนโดยเน้นการทำงานเป็นหุ้น ส่วนด้านสุขภาพกับชุมชนมากขึ้น โดยแนวการจัดการ ศึกษาปรับเป็นเน้นการมีส่วนร่วมจากชุมชนเพิ่มมากขึ้น เพิ่มกลยุทธ์ในการจัดการเรียนการสอนที่เน้นการสร้าง นวัตกรรมเพื่อสร้างชุดความรู้ในการดูแลสุขภาพให้กับ ประชาชนเพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองใน ระดับปริญญามีได้การพัฒนาสมรรถนะอาจารย์ผู้สอนเพื่อ ให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงและการสร้างสมรรถนะของ นักศึกษาพยาบาลให้มีความรู้ ความสามารถที่จะไป ปฏิบัติงานในบริการระดับปริญญามีอย่างมีคุณภาพ

Reference

1. Janprasert S, Rattanagrethakul S. Improve of nursing service system immunization in “Health promotion nursing guidelines (HPN guideline) for professional nurses. Mata Printing Co., Ltd. 2016.(in Thai).



2. Social and Cultural Planning Office. Social and cultural report 2000. The Hague: Social and Cultural Planning Office. 2000. (in Thai).
3. Health Systems Research Institute. Primary care [internet]. 2009 [cited 2017 Oct 31]. Available from: <http://www.hisro.or.th/main/?name=knowledge&file=readknowledge&id=18>. (in Thai).
4. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. New York, NY: Oxford University Press. 1998
5. Jan D. M., Shabir M. , Yongyuth P. & Arthur K. Primary health care in a changing world [internet]. 2008 [cited 2017 Oct 31]. Available from: Primary health care in a changing world. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2573981/>
6. Keawanuchit C, Thongpoon K, Chaikarn C. Towards primary health care reforms in 21st century. The Public Health Journal of Burapha University 2014; 9(2): 108–20. (in Thai).
7. Bureau of Policy and Strategy. Thailand 4.0 Summary of public health [internet]. 2017 [cited 2017 Oct 31]. Available from: https://ict.moph.go.th/upload_file/files/f458b9e53681c00be9b974f6f22e8f76.pdf. (in Thai).
8. Mekthon S. A Roadmap to Value-based Health Care 4.0. [internet]. 2016 [cited 2017 Oct 31]. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/plan20year8sep2016.pdf. (in Thai).
9. Ruangdej Chaosuansreecharoen K., Chaosuansreecharoen P, Dumtip P. Community nursing competency among registered nurses working at tambon health promoting hospital in three southern bordered provinces. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2016; 26(3): 52–65. (in Thai).
10. World Health Organization. Preparing a health care workforce for the 21st century: the challenge of chronic conditions. Geneva: Switzerland. 2005
11. Kittherawut N, & Techartwat T. Context-based learning: a strategy for achieving the sub-district health promotion hospital policy. Journal of Public Health Nursing 2012; 26(1): 80–100. (in Thai).
12. Thailand nursing and midwifery council. Professional nursing practice manual in district health promotion hospital. Bangkok: Golden Point Co., Ltd. 2013. (in Thai).
13. Thailand nursing and midwifery council. Nursing competence and certification of advanced nursing practices and certificate. Bangkok: Siriyod Printing. 2010. (in Thai).
14. Janthasiri J. Situational review of primary care research roles and competencies of nurses in primary care units: Northeastern Region [Final report]. Nontaburee: Institute of Community Based Health Care Research and Development. 2008. (in Thai).
15. Panich V. Transformative learning. A discussion paper in New teaching and learning management 21st century style 2016. Bangkok: Borromrajchonnani Bangkok 2016. (in Thai).



16. Cheangoungkeaw W. Produces “health graduates” not meet the needs accelerated overhaul of new production supports the 21st century[internet]. 2016 [cited 2017 Oct 31]. Available from: <http://manager.co.th/Election48/ViewNews.aspx?NewsID=9590000116397>
17. Sakolsattayaporn S. Produces “health graduates” not meet the needs accelerated overhaul of new production supports the 21st century [internet]. 2016 [cited 2017 Oct 31]. Available from: <http://manager.co.th/Election48/ViewNews.aspx?NewsID=9590000116397>
18. Gail T.M., & Annette E. R. Nursing leadership in primary health care for the achievement of sustainable development goals and human resources for health global strategies.[internet]. 2009 [cited 2017 Oct 31]. Available from: http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/ICN_PolBrief2NsgLeadershipPHC.pdf
19. Andrea B, Ruta V, Alyshah K. Primary health care and nursing education in the 21st century: A discussion paper, 2009 health human resources primary health care and nursing education in the 21st century[internet]. 2009 [cited 2017 Oct 31]. Available from: <https://fhs.mcmaster.ca/nhsru/documents/SeriesReport16PrimaryHealthCareandNursingEducationinthe21stCenturyADiscussionPaper.pdf>
20. College of Nurses of Ontario. Fact sheet: requisite skills and abilities for nursing practice. Toronto: Author. 2012
21. Donona D. Nurse education in the 21st Century[internet]. 2013 [cited 2017 Oct 31]. Available from: <http://www.nursinginpractice.com/article/nurse-education-21st-century>



การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม

ยมนา ชนะนิล *

พรชัย จุลเมตต์ **

บทคัดย่อ

การทำทารุณกรรมหรือถูกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุนับเป็นหนึ่งในหลาย ๆ ปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยในปัจจุบัน และจะทวีความรุนแรงมากขึ้นในอนาคต เมื่อประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า โดยพบว่าบุคคลที่กระทำรุนแรงได้แก่บุคคลใกล้ชิดทั้งที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันและจากบุคคลรอบข้างในสังคม ทั้งนี้ลักษณะพฤติกรรมการทำทารุณกรรมต่อผู้สูงอายุมีทั้งการทำร้ายร่างกายและจิตใจ การละเลยและการแสวงหาผลประโยชน์จากผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงเป็นความจำเป็นที่ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำทารุณกรรมต้องได้รับการดูแลและช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ

การพยาบาลตามแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อการเยียวยาสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรมเป็นวิธีการหนึ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากการนำศักยภาพที่มีอยู่ภายในตัวผู้สูงอายุมานำใช้ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเห็นศักยภาพของความสามารถแห่งตน และเชื่อมั่นว่าสามารถดูแลตนเองได้ รวมทั้งทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการมีอำนาจการควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีอิสระในการตัดสินใจ ในการเลือกใช้วิธีการต่าง ๆ ที่จะดูแลตนเองเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุสร้างเกราะป้องกันตนเอง และป้องกันผลกระทบที่จะเกิดจากการถูกระทำทารุณกรรม ส่งผลให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; การทารุณกรรมในผู้สูงอายุ; การเสริมสร้างพลังอำนาจ

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, e-mail: yomp.2522@gmail.com

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



Nursing Care for Empowerment of Abused Older Persons

Yommana Chananin *

Pornchai Jullamate**

Abstract

Abuse or violence in older people is one of the significant problems in aging society and this problem will increasingly more intense in Thailand as it is becoming an aging society. It is found that abusers are often close relatives either living in the same family or other persons in the society. Physical and psychological assaults, neglect, and financial or material abuse are common abusive behaviors towards older persons. This affects the health status and quality of life of older persons.

Nursing care that applies empowerment concepts is an important intervention to heal physical, psychological, emotional, social, and the spiritual well-being of the elderly who have been abused. The focus is to use the potential of the elderly to take care of and promote their own health. Additionally, it can help older persons to discover their efficacy and abilities. It also makes older persons believe in taking care of themselves, including enhancing the perception towards their power and control of related factors. It assists them to independently make decisions in employing several means to take care of themselves. This may help older persons build self-protection and prevention from the effects of abuse. As a result, they can live happy and successful lives.

Keywords: elderly; elderly abuse; empowerment

* Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University, e-mail: yomp.2522@gmail.com

** Faculty of Nursing, Burapha University



ความเป็นมาและความสำคัญ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยประจำปี 2558 พบว่ามีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 10.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16 จากประชากรไทย 65.1 ล้านคน เนื่องจากการเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมากของประชากรสูงอายุไทย คือสูงกว่าร้อยละ 4 ต่อปี ในขณะที่ประชากรรวมเพิ่มขึ้นด้วยอัตราเพียงร้อยละ 0.5 เท่านั้น คาดการณ์ว่าประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) คือมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 และจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super aged society) เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28 ในปี พ.ศ. 2574¹ สะท้อนถึงการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งถือได้ว่าใช้เวลาสั้นเมื่อเทียบกับกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วเช่นฝรั่งเศสใช้เวลา 115 ปีสวีเดน 85 ปีออสเตรเลีย 73 ปีและสหรัฐอเมริกา 69 ปีเป็นต้น² ทำให้ประเทศเหล่านี้มีเวลาปรับตัวปรับโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ ขณะที่ประเทศไทยมีเวลาการเตรียมการกับสถานการณ์ค่อนข้างน้อย จากสภาพสังคมปัจจุบันทั้งจากสถานการณ์ทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และความเชื่อแบบเดิมต่อความสูงอายุ ทำให้มีทัศนคติแบบเหมารวม (stereotype) กล่าวคือการมองว่าผู้สูงอายุมีความเหมือนกันทุกคนก่อให้เกิดเจตคติเชิงลบ (ageism) ต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุนำมาสู่การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ (elder mistreatment) จนถึงการกระทำทารุณกรรมในผู้สูงอายุ³ ซึ่งข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก พบว่าแต่ละเดือนประชากรสูงอายุ 1 ใน 10 คน มีประสบการณ์การทารุณกรรม ร้อยละ 1.6 มีประสบการณ์การทารุณกรรมทางด้านร่างกายและร้อยละ 5.2 ถูกเอาเปรียบทางการเงินจากบุคคลในครอบครัว⁴ สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษา ความชุกปัจจัยที่เกี่ยวข้องและปัจจัยทำนายการทารุณกรรมผู้สูงอายุไทย พบว่าร้อยละ 14.6 ของผู้สูงอายุมีประสบการณ์ของพฤติกรรมทารุณกรรม⁵

ในปีพ.ศ. 2552 มีการศึกษาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุไทยโดยการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน⁶ พบจำนวนผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะกรณีผู้สูงอายุที่ถูกทะเลาะทอดทิ้ง และถูกกระทำรุนแรงทางด้านจิตใจจากบุตรหลานหรือสมาชิกในครอบครัวเนื่องจากปัญหาเศรษฐกิจและสังคม จากรายงานเบื้องต้นเกี่ยวกับประสบการณ์ทางจิตใจของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง⁷ พบว่าผู้สูงอายุที่มีประวัติถูกกระทำรุนแรงทั้งร่างกายและจิตใจมีอายุเฉลี่ย 69.4 ปี ผลจากการทบทวนกรรมทำให้ผู้สูงอายุมีประสบการณ์ทางด้านจิตใจ 5 ลักษณะได้แก่ 1) ความรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจในชีวิต 2) ความรู้สึกอ้างว้างไม่เหลือใคร 3) ลึ้นหัวหมดอาลัยตายอยาก 4) คร่ำครวญอดีต และ 5) รอคอยอนาคต ซึ่งการเผชิญปัญหาของผู้สูงอายุมี 6 ลักษณะด้วยกัน ได้แก่ 1) การยอมรับความเป็นจริง 2) แสวงหาความช่วยเหลือ 3) คิดว่าเป็นเวรกรรม 4) โอลิโงจเวร 5) การคิดปลง และ 6) ปล่อยเรื่องราวเลวร้ายในอดีตให้ผ่านไป

ปัจจุบันมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและดำเนินการเกี่ยวกับปัญหาการถูกกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุ ได้แก่ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นหน่วยงานหลักที่ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ได้รับความเดือดร้อนและได้รับอันตรายจากการถูกกระทำรุนแรง หรือถูกแสวงหาผลประโยชน์ โดยมีขอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง สำหรับมาตรการทางกฎหมายและการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองแก่ผู้สูงอายุที่ได้รับความรุนแรงในประเทศไทย ได้แก่ 1) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ในส่วนที่เป็นการคุ้มครองป้องกันการทำร้ายผู้สูงอายุการกระทำ ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ นั้น รัฐธรรมนูญได้บัญญัติไว้ในมาตราที่ 53 ซึ่งกล่าวว่า “เด็ก เยาวชน และ บุคคลในครอบครัว มีสิทธิได้รับการคุ้มครองโดยรัฐจากการใช้ความรุนแรงและการปฏิบัติอันไม่เป็นธรรม” ซึ่งถึงแม้ว่าจะไม่มีการระบุลงไปเฉพาะกับผู้สูงอายุก็ตาม แต่ก็เป็นการคุ้มครองโดยภาพรวม 2) ประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งเป็นมาตราทางกฎหมายที่คุ้มครองป้องกัน



ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้จากการทำร้ายและถูกทอดทิ้ง ได้กำหนดไว้ในมาตราที่สำคัญโดยเฉพาะ มาตราที่ 307 มาตราที่ 398 และ มาตราที่ 392 3) ปณิญาผู้สูงอายุไทยเป็นพันธกรณีเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิในสาระสำคัญ 9 ข้อ 4) พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 เป็นบทบัญญัติเกี่ยวกับสิทธิของผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ มีการกำหนดมาตราที่กล่าวถึงสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือเมื่อผู้สูงอายุได้รับอันตรายจากการทารุณกรรม หรือแสวงหาผลประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายหรือการทอดทิ้ง รวมทั้งสิทธิในการได้รับคำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในทางคดีหรือในทางการแก้ไขปัญหาคอครบ 5) พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550 เป็นกฎหมายล่าสุดที่เกี่ยวข้องกับการกระทำ ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ในพระราชบัญญัตินี้มีบทบัญญัติ 18 มาตรา มีสาระสำคัญกำหนดหลักเกณฑ์กว้างๆ เพื่อแก้ปัญหา คือกำหนดให้ผู้พบเห็นการกระทำ ความรุนแรงในครอบครัวมีหน้าที่แจ้งเหตุต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ มีบทบัญญัติลงโทษผู้กระทำความรุนแรงในครอบครัว และกำหนดให้มีวิธีการช่วยเหลือผู้ถูกกระทำมีการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้กระทำและผู้ถูกกระทำ รวมทั้งมีบทห้ามการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเรื่องความรุนแรงในครอบครัวต่อสาธารณะ⁶

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือดูแลด้านสุขภาพแก่ประชาชน รวมถึงผู้สูงอายุที่ได้รับการกระทำรุนแรงให้ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องปลอดภัย ซึ่งปัญหาการทารุณกรรมส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และนำไปสู่การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่งจากผลกระทบที่ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ พยาบาลจึงเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแล สิ่งสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม คือ การให้เสรีภาพและอิสระในการตัดสินใจ ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยง ระวังไม่ให้ผู้สูงอายุอยู่ในสภาพ ที่ต้องเผชิญ

กับความกลัวหรือการข่มขู่ ปฏิบัติด้วย ความให้เกียรติ และเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำ ความรุนแรง จะช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและชัดเจนมากยิ่งขึ้น

ทั้งนี้การนำเสนอบทความวิชาการในครั้งนี้ มุ่งหวังให้พยาบาลสามารถประยุกต์ใช้แนวคิด การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) มาเป็นแนวทางในการพยาบาลที่เหมาะสมในผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม การพยาบาลตามแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อการเยียวยาสภาพจิตใจ อารมณ์ของผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรมจึงมีความสำคัญ โดยดึงศักยภาพที่มีอยู่ภายในตัวผู้สูงอายุมาใช้ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเห็นศักยภาพความสามารถของตนเอง และเชื่อมั่นว่าสามารถดูแลตนเองได้ รับรู้ถึงการมีอำนาจควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดการถูกทารุณกรรม และมีอิสระในการตัดสินใจเลือกที่จะดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้สูงอายุสร้างเกราะป้องกันตนเอง และป้องกันผลกระทบที่จะเกิดจากการทารุณกรรม

ความหมายและประเภทของการทารุณกรรม

การทารุณกรรมหรือการกระทำ ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุเป็นการกระทำที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความทุกข์ ความเจ็บปวดทางร่างกายจิตใจ อารมณ์และสังคม นำมาซึ่งอันตรายต่อสวัสดิภาพของผู้สูงอายุ เป็นการกระทำที่ไม่เหมาะสมอาจด้วยความตั้งใจ หรือไม่ได้ตั้งใจ การกระทำอาจเกิดขึ้นเพียงครั้งเดียวหรือเกิดซ้ำๆ ก่อให้เกิดอันตรายหรือความทุกข์กับผู้สูงอายุ⁶ สามารถแบ่งประเภทการทารุณกรรมตามลักษณะของการทารุณกรรมที่เกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุได้⁵ ประเภท^{6,8} ดังนี้ 1) การทารุณกรรมด้านร่างกาย (physical abuse) เป็นการกระทำต่อร่างกายผู้สูงอายุทำให้ได้รับอันตรายและได้รับความทุกข์ เช่น การทุบตี เตะ การผูกมัด เป็นต้น 2) การทารุณกรรมด้านอารมณ์และจิตใจ (psychological abuse) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกต่อผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความรู้สึกและจิตใจ ซึ่งเกิดจากพฤติกรรม



การแสดงออกทางกาย เช่น การไม่เคารพให้เกียรติ ก้าวร้าว เป็นต้น 3) การละเมิดสิทธิผู้สูงอายุ (infringement elderly) การทำให้ผู้สูงอายุเกิดการสูญเสียความเป็น ส่วนตัวขาดอิสระทางด้านร่างกายและจิตใจขาดอำนาจในการตัดสินใจด้วยตนเอง เช่น การบังคับให้ผู้สูงอายุกระทำ ในสิ่งที่ไม่ต้องการการส่งผู้สูงอายุเข้าสถานสงเคราะห์ คนชรา เป็นต้น การละเมิดสิทธิดังกล่าวหมายรวมไปถึง การละเมิดทางด้านทรัพย์สินและวัตถุต่างๆ ที่เป็น กรรมสิทธิ์ของผู้สูงอายุ (financial/material abuse) 4) การคุกคามทางเพศ (sexual abuse) เป็นพฤติกรรม การล่วงละเมิดทางเพศโดยไม่ได้รับความยินยอมจาก ผู้สูงอายุ การแสดงออกที่ล่วงละเมิดทางเพศต่อผู้สูงอายุ โดยการใช้คำพูดการสัมผัสหรือการมอง 5) การทอดทิ้ง การละเลยหรือละเว้นการกระทำ (neglect) อาจเกิดจาก การกระทำโดยตั้งใจหรือการกระทำโดยไม่ได้ตั้งใจทำให้ ผู้สูงอายุเกิดอันตรายเกิดความทุกข์ได้แก่การทอดทิ้งการ ไม่ดูแลไม่ให้อยู่ร่วมอาศัยและ การละเลยหรือละเว้น การกระทำเป็นการกระทำที่เกิดจากการรู้เท่าไม่ถึงการณ์ การขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลรักษาผู้สูงอายุเช่น การให้ยาผิดหรือการให้ยาในปริมาณที่มากหรือน้อยเกินไป รวมถึงการขาดการกระตุ้นในการเข้าสังคม

สาเหตุและปัจจัยที่ก่อให้เกิดการทารุณกรรม

ทั้งนี้สาเหตุและปัจจัยที่ก่อให้เกิดการทารุณกรรมใน ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านผู้สูงอายุ ได้แก่ ลักษณะบุคลิกภาพของผู้สูงอายุ⁸ ตลอดจนลักษณะ ทางเพศ ซึ่งผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสถูกทารุณกรรมสูง กว่าผู้สูงอายุเพศชายถึง 5 เท่าและผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงระดับสูง(dependency) มีโอกาสถูกทารุณกรรม สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับต่ำถึง 6 เท่า⁹ ปัญหา สุขภาพทางกาย และสุขภาพจิต ศักยภาพการกิจวัตร ประจำลดลง (impaired capacity)การแยกจากสังคม ของผู้สูงอายุ (isolation)⁹⁻¹⁰ โอกาสในการถูกทารุณกรรม เพิ่มขึ้น 2) ปัจจัยด้านผู้กระทำ ได้แก่ความเครียด ของผู้ดูแลการใช้สารเสพติด อุปสรรคด้านภาษาและ วัฒนธรรม จากลักษณะบุคลิกภาพของผู้กระทำนำไปสู่

พฤติกรรมความรุนแรง⁹⁻¹⁰ และ 3) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ การมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับสมาชิกในครอบครัว เสี่ยงต่อการเกิดการทารุณกรรมต่อผู้สูงอายุสูงกว่า ครอบครัวสัมพันธภาพระหว่างครอบครัวดีและปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับความรุนแรงมากที่สุด คือครอบครัวที่มี ปัญหาทางเศรษฐกิจร่งลงมากคือสมาชิกในครอบครัวมี ความขัดแย้งทะเลาะกันและปัญหาสมาชิกเจ็บป่วย⁵

การทารุณกรรมไม่ว่าเกิดจากสาเหตุใดย่อมส่งผล กระทบต่อผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับลักษณะ และความรุนแรง ของการทารุณกรรม ผลกระทบจากการด่าว่าประจาน ก่อให้เกิดความทุกข์ทางอารมณ์และจิตใจ เกิดความ อับอาย เครียดกังวล ซึมเศร้า ผลกระทบจากการทอดทิ้ง ก่อให้เกิดความหวาดกลัว และปัญหาสัมพันธภาพ ระหว่างครอบครัวตามมา ผลกระทบจากการละเลย ขาดการดูแลก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอันตรายต่อชีวิต ผลกระทบจากการทารุณกรรมก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ ทางด้านร่างกายและจิตใจตลอดจนคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุ¹¹ ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาทารุณกรรมส่วนใหญ่ ยังขาดการแสวงหาความช่วยเหลือ จากการไม่ทราบสิทธิ ของตนเอง ไม่เข้าใจหรือไม่รู้จักสถานการณ์การละเมิด ความเคยชินคิดว่าไม่เป็นอะไรกลัวผลกระทบอื่นๆ ที่อาจ เกิดขึ้นหากแสดงการปกป้องตนเอง มีความละอายใจ ต่ำหนิตัวเอง และบางคนแยกทางสังคมตลอดจนอิทธิพล จากความเชื่อทางสังคมและศาสนา ยังเป็นอุปสรรคใน การให้ข้อมูลปัญหาผลกระทบการทารุณกรรมในผู้สูงอายุ จึงไม่ปรากฏอย่างชัดเจน กล่าวคือเมื่อผู้สูงอายุไม่กล้า บอกกล่าวสถานการณ์การทารุณกรรมที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข ย่อมเกิดผลกระทบต่อ ผู้สูงอายุในระยะยาว

การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจใน ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการส่งเสริม ใ้บุคคลที่ขาดความสามารถในการช่วยเหลือตนเองมี แรงจูงใจที่จะเอาชนะหรือสามารถจัดอุปสรรคเพื่อให้ ตนเองสามารถช่วยเหลือตนเองหรือพึ่งพาตนเองได้¹²



มุ่งเน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการถ่ายโอนพลังอำนาจก่อให้เกิดความอิสระและมีพลัง¹³ กระบวนการให้ความรู้พัฒนาศักยภาพ และสร้างแรงจูงใจแก่บุคคล โดยเพิ่มความแข็งแรงด้านร่างกาย จัดสิ่งสนับสนุนทางสังคม และเพิ่มภาพลักษณ์ที่มีต่อตนเองในทางบวก มุ่งเน้นที่การเสริมสร้างการรับรู้ตนเองประสิทธิภาพแห่งตน (self-efficacy) และการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถตัดสินใจในการดูแลตนเอง เรียนรู้ผ่านประสบการณ์ทางสังคม และการตอบสนองทางด้านจิตใจ¹⁴ เป็นกระบวนการทางสังคมที่ช่วยส่งเสริมและพัฒนาบุคคลให้มีความมั่นใจ ในความรู้และความสามารถของตนเอง สามารถค้นพบปัญหาและความต้องการของตนเอง สามารถควบคุมปัจจัยที่กระทบต่อความเป็นอยู่ รวมทั้งสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง¹⁵

โดยสรุปการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นกระบวนการหนึ่งที่จะช่วยในการพัฒนาบุคคล จากที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรืออยู่ในภาวะไร้พลัง (powerlessness) ให้มีพลังสามารถค้นพบปัญหาด้วยตนเองสามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเองมีความเชื่อมั่นและมั่นใจในการปฏิบัติมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและมีกำลังใจในการเอาชนะหรือจัดสาเหตุและอุปสรรคที่ทำให้ตนเองไร้พลัง

รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ

รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (Gibson's Empowerment Model)¹⁵ ถูกนำประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในการพยาบาลกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามรูปแบบของ Gibson ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบความจริง (discovering reality) จุดประสงค์เพื่อให้ยอมรับกับการถูกกระทำรุนแรง

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) จุดประสงค์เพื่อให้เรียนรู้แนวทางที่เหมาะสมในการดูแลตนเองเพื่อเยียวยาหรือป้องกันการถูกกระทำรุนแรง

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่

เหมาะสม (taking charge) เพื่อให้ผู้สูงอายุกำหนดเป้าหมายและระบุแนวทางที่จะปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายของตน

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งวิธีการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on)

การพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจต้องมียุทธศาสตร์พื้นฐานความเชื่อว่าบุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพสุขภาพเป็นความรับผิดชอบของบุคคล พยาบาลทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพโดยเคารพในสิทธิของบุคคล การเคารพนับถือต่อศักยภาพและความสามารถในการตัดสินใจของบุคคล การเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดขึ้นภายในบุคคล พยาบาลมีบทบาทในการช่วยเหลือให้เกิดการคงทนของพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและใช้ทรัพยากรที่ดีให้เกิดประโยชน์สูงสุดเพื่อให้เกิดความรู้สึกละเอียดสามารถควบคุมได้และเชื่อมั่นในความสามารถของตนยอมรับความสำคัญเกี่ยวกับความร่วมมือของชุมชน และมีอิสรภาพในการตัดสินใจกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเกิดขึ้นได้จากความเคารพนับถือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการปฏิสัมพันธ์ของทั้งสองฝ่ายควรเป็นแบบเกื้อกูลกัน

จากข้อมูลการสัมมนาทางวิชาการและการทบทวนวรรณกรรมผู้เขียนนำเสนอตัวอย่างการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรมตามรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson รายละเอียดมีดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนการค้นพบความจริง (Discovering reality)

เป็นขั้นของการประเมินตามกระบวนการพยาบาล มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุยอมรับการสถานการณ์การทารุณกรรมที่ก่อให้เกิดความทุกข์ ยอมรับต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ขั้นการค้นพบสถานการณ์จริงประกอบด้วยกระบวนการการรับรู้ปัญหาการแสวงหาข้อมูลการตระหนักและยอมรับถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ควรเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเล่าถึงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจตามสภาพจริงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ

หลักสำคัญสำหรับการพยาบาลผู้สูงอายุที่ถูกทารุณ



กรรมในขั้นการค้นพบสถานการณ์จริง คือการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ มีความเข้าใจความเป็นปัจเจกบุคคล (individualization)¹⁶ ของผู้สูงอายุซึ่งต้องการการให้ความสำคัญและเห็นคุณค่าของตนแตกต่างกันออกไป และการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (respect for human dignity) ซึ่งประกอบด้วย

1) เคารพในการยินยอมให้ข้อมูล และตัดสินใจอย่างอิสระในการให้ข้อมูลโดยปราศจากการข่มขู่บังคับ หรือให้สินจ้างรางวัล (respect for free and informed consent and respect to autonomy of decision making)

2) เคารพในความเป็นส่วนตัวของผู้สูงอายุ (respect for privacy) เข้าใจถึงความเป็นบุคคลซึ่งมีสิทธิส่วนบุคคลพฤติกรรมส่วนตัวพฤติกรรมปกปิดเคารพในความเป็นส่วนตัวของผู้สูงอายุ ซึ่งทำได้โดยการจัดสถานที่ให้เหมาะสมก่อนการพูดคุยเพื่อค้นหาความจริง

3) เคารพในการเก็บรักษาความลับข้อมูลส่วนตัวของผู้สูงอายุ (respect for confidentiality)

นอกจากความเข้าใจปัจเจกบุคคลแล้วพยาบาลต้องใช้หลักการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดความเชื่อถือไว้วางใจ (trust)¹⁷ อันจะนำมาซึ่งการให้ความร่วมมือและเต็มใจบอกกล่าวเรื่องราวเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หลักการสร้างสัมพันธภาพเริ่มจากการทักทายด้วยถ้อยคำสุภาพ แนะนำตัวเองทุกครั้งเริ่มสนทนาด้วยเรื่องทั่วๆ ไปตามความเหมาะสมแสดงออกถึงความเต็มใจที่อยากช่วยเหลือการเรียกชื่อผู้สูงอายุเป็นการแสดงออกถึงความใส่ใจ หรือการเลือกใช้สรรพนามแทนตัวผู้สูงอายุตามความเหมาะสม สบตาขณะสนทนา และแสดงออกทางอวัจนภาษา เช่น เมื่อผู้สูงอายุมีอาการเศร้าอาจสัมผัสมือเบาๆ แสดงการให้กำลังใจ แสดงบุคลิกภาพที่เหมาะสมขณะสัมภาษณ์ ไม่แสดงอาการขบขัน อารมณ์ร้ายคาย ไม่พอใจ หรืออารมณ์โกรธ เมื่อมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยต้องพยายามคิดเสมอว่าสิ่งที่ผู้สูงอายุแสดงออก อาจเป็นผลจากความไม่สุขสบายทางกาย และใจจากการถูกทารุณกรรมเมื่อผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจจะทำให้สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุและผู้สูงอายุกล้าที่จะเล่าถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเอง

นอกจากนี้พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ทักษะเทคนิคการสนทนา เพื่อให้เข้าใจความหมายและอารมณ์ของผู้สูงอายุกำลังบอกเล่า การฟังอย่างตั้งใจ (active listening) การเงียบ (silence) เป็นเทคนิคที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุเล่าถึงปัญหาหรือสิ่งที่เกี่ยวข้องโดยไม่มีการขัดจังหวะ เป็นการส่งเสริมหรือกระตุ้นให้บทสนทนาที่ตนเองบอกเล่าการส่งเสริม (facilitating) เป็นเทคนิคในการใช้คำพูดสั้นๆ หรือกริยาท่าทางตอบสนองผู้สูงอายุในขณะพูดคุยเพื่อส่งเสริมหรือสนับสนุนให้เล่าต่อไปหรือพูดต่อไปอย่างต่อเนื่องให้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นว่าเป็นปัญหาที่ตนต้องแก้ไขเช่น

ผู้สูงอายุ : “ผมนอนไม่หลับมาหลายวันแล้ว และก็เป็นอย่างนี้นานแล้วครับ”

พยาบาล : “ค่ะแล้วยังไงอีกคะคุณตา”

และเทคนิคการเผชิญหน้า (confrontation) เป็นการทำความเข้าใจของข้อมูล หากพบว่าข้อมูลเกี่ยวกับความคิดพฤติกรรมหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุนั้นมีความขัดแย้งหรือไม่สอดคล้องกันระหว่างสิ่งที่พูดกับสิ่งที่สังเกตเห็นหรือข้อมูลที่ได้รับทราบมาก่อนการใช้ น้ำเสียงในการใช้เทคนิคนี้ต้องระมัดระวังระดับน้ำเสียงที่พูดควรบ่งบอกว่าพยาบาลมีความเอื้ออาทรเข้าใจมากกว่าการจับผิดหรือคัดค้านความจริงเช่น

“คุณตาบอกว่าไม่ได้คิดถึงภรรยาแล้วแต่เวลาพูดถึงภรรยาคุณตาน้ำตาคลอและก้มหน้าตลอดเลยนะคะ”

ทั้งนี้ระหว่างการสนทนาต้องมีการประเมินการตอบสนองแต่ละด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) การตอบสนองทางอารมณ์ (emotional response) ของผู้สูงอายุจากสถานการณ์โดยการสังเกตท่าทางที่แสดงออก และการระบายความรู้สึก น้ำเสียงที่แสดงออกระหว่างการพูดคุย และ 2) การตอบสนองด้านความคิดหรือการรับรู้ (cognitive response) ของผู้สูงอายุ โดยการประเมินการรับรู้ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จำเป็นต้องใช้ข้อคำถามในการประเมินเพื่อให้รับรู้กระบวนการคิดต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น 3) ประเมินการตอบสนองด้านพฤติกรรม



(behavioral response) ของผู้สูงอายุโดยประเมินลักษณะ พฤติกรรมการแสดงออกของผู้สูงอายุ เช่น ซึมเศร้า ร้องไห้ อยู่คนเดียว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม

ตัวอย่างข้อคำถามที่ใช้ในการประเมินสถานการณ์ การทารุณกรรมเพื่อให้ค้นหาข้อมูลลักษณะการ

ทารุณกรรมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุซึ่งแปลจากข้อคำถาม ของ Carney, Kahan, & Paris จำนวน 15 ข้อ¹⁸ มี รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อคำถามที่ใช้ในการประเมินสถานการณ์การทารุณกรรมในผู้สูงอายุ

ประเภทของการทารุณกรรม	ข้อคำถาม
Physical Abuse	1. มีบุคคลในบ้านทำให้คุณเกิดความรู้สึกกลัวหรือไม่ (Are you afraid of anyone at home?) 2. คุณเคยถูกทำร้ายร่างกาย จากการตบ ตี ตะ หรือไม (Have you been struck, slapped or kicked?) 3. คุณเคยถูกผูกมัดหรือกักขังให้อยู่ในห้องหรือไม่ (Have you been tied down or locked in a room?) 4. เคยมีบุคคลมาสัมผัสร่างกาย (ถูกเนื้อต้องตัวคุณ) โดยคุณไม่ยินยอมหรือไม่ (Has anyone touched you without your permission?)
Emotional Abuse	5. คุณเคยรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว ใช่หรือไม่ (Do you ever feel alone?) 6. คุณเคยถูกคุกคาม ลงโทษ ด้วยการถูกกีดกันหรือกักกันหรือไม่ (Have you been threatened with punishment, deprivation, or institutionalization?) 7. คุณไม่ได้รับการใส่ใจดูแลใช่หรือไม่ (Have you received the “silent treatment”?) 8. คุณเคยถูกบังคับทำให้เสียใจ ใช่หรือไม่ (Have you been force fed?) 9. อะไรจะเกิดขึ้นเมื่อคุณและผู้ดูแลเกิดความขัดแย้งกัน (What happens when you and your caregiver disagree?)
Neglect	10. คุณถูกละเลยในด้านการช่วยเหลือ เช่น ในเรื่องแว่นตาเครื่องช่วยฟัง หรือฟันปลอมหรือไม่ (Do you lack aids such as eyeglasses, hearing aids, or false teeth?)



ตารางที่ 1 ข้อคำถามที่ใช้ในการประเมินสถานการณ์การทารุณกรรมในผู้สูงอายุ (ต่อ)

ประเภทของการทารุณกรรม	ข้อคำถาม
Financial Abuse:	11. คุณเคยถูกปล่อยให้อยู่ตามลำพังเป็นเวลานานใช้หรือไม่ (Have you been left alone for long periods?)
	12. กรณีมีความจำเป็นต้องความช่วยเหลือคุณได้รับการช่วยเหลืออย่างไร (If you need assistance, how do you obtain it?)
	13. คุณได้รับความช่วยเหลืออย่างไรบ้าง (How do you get help?)
	14. คนดูแลคุณต้องพึ่งพาคุณในเรื่องที่อยู่อาศัยหรือค่าใช้จ่าย ใช้หรือไม่ (Does your caregiver depend on you for shelter or financial support?)
	15. คุณเคยถูกขโมยเงินหรือไม่ (Has money been stolen from you?)

จากตารางข้อคำถามข้างต้นเป็นเพียงแนวทางในการตั้งประเด็นคำถามเพื่อใช้ในการประเมิน ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการทารุณกรรม ทั้งนี้ในการนำไปใช้พยาบาลจะต้องประยุกต์ข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทสังคมวัฒนธรรมของผู้สูงอายุร่วมด้วยจากเทคนิคทางการพยาบาล และการตอบข้อคำถามต่างๆ จะช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ปัญหาหรือรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและเกิดความตระหนักถึงความจำเป็นในการแก้ไข

2. ขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection)

เป็นขั้นของการวิเคราะห์ปัญหาตามกระบวนการพยาบาล มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุเรียนรู้แนวทางที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง ประเมินทางเลือกที่จะใช้ในการแก้ไขปัญหา ทั้งนี้จากขั้นตอนการค้นพบความจริงทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ เข้าใจ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นตระหนักและยอมรับปัญหา และเกิดความคับข้องใจต้องการพัฒนาตนเองให้ดีขึ้นในขั้นตอนสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณนี้ เป็นขั้นของการพิจารณาแง่มุมต่างๆ ทุกด้านอย่างครอบคลุม ทั้งสาเหตุของการเกิดปัญหา ผลกระทบของปัญหา และแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยผู้สูงอายุมีอิสระในการเลือกและพิจารณาแง่มุมต่างๆ เพื่อให้เกิดความชัดเจนของการแก้ไขปัญหาและเกิด

ความมั่นใจในการเลือกแนวทาง

ขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณนี้เทคนิคการสนทนาที่พยาบาลควรใช้ คือ การกล่าวซ้ำ (restatement) เป็นการพูดซ้ำหรือย้อนความคิดเรื่องที่คุณสูงอายุกำลังพูดถึงเทคนิคนี้ช่วยให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนมากขึ้นและช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงสิ่งที่กำลังพูดถึงและการทำให้กระจ่าง (clarification) โดยการถามเพื่อทำความเข้าใจในสิ่งที่ผู้สูงอายุพูด ที่มีความไม่ชัดเจนจนหรือสับสนเช่น

“คุณยายบอกว่าที่บ้านไม่เหลือใครแล้วหมายความว่าอย่างไรคะ”

ร่วมกับเทคนิคการสะท้อนกลับ (reflection) สะท้อนสิ่งที่ผู้สูงอายุแสดงความรู้สึกความคิดเห็นของตนเองออกมาเทคนิคนี้จะช่วยให้ได้บทวนสิ่งที่พูดหรือความรู้สึกที่แสดงออกเนื่องจากความคิดเห็นทัศนคติความรู้สึกเป็นสิ่งที่มีความหมายที่ต้องรับฟังและหลีกเลี่ยงการตัดสินจากคำบอกเล่าว่าถูกต้องหรือไม่ถูกต้องเช่น

ผู้สูงอายุ : “เคยพยายามจะเล่า และบอกลูก ๆ หลานรอบแล้ว แต่ไม่เคยมีใครมีเวลาพอจะรับฟัง คิดว่าจะไม่พูดอีกแล้ว เพราะเขาไม่เคยสนใจฉัน”

พยาบาล : “ดูเหมือนว่าคุณยายกำลังโกรธลูก ๆ ของคุณยายอยู่นะคะ”



ขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณในการพิจารณาแง่มุมต่างๆของสาเหตุการเกิดปัญหา อาจต้องใช้หลักการทางจิตวิทยาเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น การรู้จักตนเอง (self perception) คือ การรับรู้และเข้าใจในสัณฐานอารมณ์ข้อจำกัด ความต้องการของตนเองการยอมรับตนเองและเห็นคุณค่าในตนเอง (self concept and self esteem) ทำให้รู้จักตนเองและผู้อื่น เข้าใจและยอมรับตนเองและผู้อื่น¹⁹ จะช่วยให้มองสาเหตุของปัญหาได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้นและพยาบาลทำหน้าที่สนับสนุนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเพื่อการเรียนรู้แนวทางที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง สามารถประเมินทางเลือกที่จะใช้ในการแก้ไขปัญหาใช้การอภิปรายปัญหาร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้สูงอายุ

3. ขั้นตอนการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม (taking charge)

เป็นขั้นของการวางแผนตามกระบวนการพยาบาล เพื่อให้ผู้สูงอายุกำหนดเป้าหมายและระบุแนวทางที่จะปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายของตนหากยังไม่ตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายของตนจำเป็นต้องย้อนกลับไปขั้นของการค้นพบสถานการณ์จริงและการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณใหม่เพื่อให้ผู้สูงอายุตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติไปสู่เป้าหมายของตนได้พยาบาลต้องเชื่อว่าผู้สูงอายุแต่ละคนมีความภาคภูมิใจในศักยภาพของตน และมีสิทธิ์ที่จะตัดสินใจเลือกการปฏิบัติหรือดำเนินชีวิตด้วยตนเอง (self esteem and independence)¹⁶

ทั้งนี้พยาบาลต้องเข้าใจว่าการที่บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุดนั้น ทางเลือกวิธีการที่หลากหลายขึ้นอยู่กับ การแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหของบุคคลการดูแลตนเองเป็นการปกป้องสิทธิประโยชน์ตนเอง (advocating) เป็นภาระหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเอง บุคคลเรียนรู้การแก้ปัญหา (learning the ropes) จากประสบการณ์เดิมและจากทีมสุขภาพเรียนรู้ในการคงพฤติกรรม (learning to persist) หากเป็นเป้าหมายเป็นผลดีและก่อให้เกิดประโยชน์การมีปฏิสัมพันธ์กับทีมสุขภาพการสร้าง

ความรู้สึกร่วมกัน (establishing partnerships) ในการแก้ปัญหาและการตัดสินใจทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง¹⁵

การพยาบาลที่เอื้อต่อการกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ¹⁷ ในขั้นการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมคือ การเสริมสร้างบรรยากาศที่ดีให้ผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็นให้มีความสำคัญกับความคาดหวังและความสนใจของผู้สูงอายุที่บอกผ่านมากับการเล่าเรื่องราวส่งเสริมให้มีอิสระในการตัดสินใจ โดยพยาบาลมีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะคำปรึกษาช่วยให้ผู้สูงอายุแสดงออกถึงอารมณ์ความรู้สึกและสนับสนุนดูแลสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ตลอดจนการให้เวลาในการตัดสินใจ

พยาบาลแนะนำแนวทางเพื่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในการปฏิบัติเพื่อการเยียวยาสภาพจิตใจ อารมณ์ ความเครียดที่เกิดขึ้นจากผลกระทบของการทารุณกรรม²⁰ ได้แก่การฝึกและปรับเปลี่ยนวิธีคิด มองโลก และบุคคลอื่นในแง่ดียอมรับตนเองและมองตนเอง อย่างมีคุณค่า ทำให้มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง เมื่อทำผิดพลาดก็จะให้อภัยตนเอง และพยายามปรับปรุงแก้ไขตลอดจนพัฒนาตนเอง สามารถที่จะเลือกกระทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ ซึ่งจะนำไปสู่ความรู้สึกพึงพอใจและ ความสุขจากความเครียดจัดการกับความโกรธอย่างเหมาะสม รู้เท่าทันความรู้สึกและจัดการอย่างเหมาะสมเรียนรู้ที่จะปลดปล่อยและระบายความรู้สึกทางลบออกดำเนินชีวิตด้วยความยืดหยุ่นสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่นไม่หมกมุ่นกับปัญหาหรือเรื่องราวอย่างใดอย่างหนึ่งตลอดเวลาใช้เหตุผลและความเป็นจริงในการพิจารณาเลือกตัดสินใจในสิ่งต่างๆ หลีกเลี่ยงการเผชิญกับสถานการณ์ที่รุนแรง เลวร้ายหาแนวทางผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการต่างๆ หาที่พึ่งทางใจ ยึดมั่นและปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา และนอนหลับให้เพียงพอเพราะหากนอนไม่พอจะทำให้มีความเครียด หงุดหงิด ทำให้ร่างกายอ่อนเพลียง่าย

ขั้นตอนการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมนี้ เทคนิคการสนทนาที่พยาบาลควรใช้ คือการแปลความหมาย (interpretation) โดยอาศัยข้อมูลจากสิ่งที่ผู้สูงอายุ



บอกเล่าเชื่อมโยงขณะที่สัมภาษณ์ออกมาเป็นการแปลความหมายและการสรุปความ (summarizing) ภายหลังการสนทนาศาสนาพยาบาลต้องแจ้งต่อผู้สูงอายุเพื่อช่วยให้รับทราบถึงปัญหาของตนเองขณะเดียวกันพยาบาลทราบถึงความต้องการของผู้สูงอายุในการตัดสินใจเกี่ยวกับการแก้ปัญหาการร่วมมือในการหาทางเลือกและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรืออาจใช้บุคคลต้นแบบเพื่อยกเป็นตัวอย่างให้เห็นภาพชัดเจนในการเลือกวิธีการปฏิบัติตัว

4. ขั้นตอนการคงไว้ซึ่งวิธีการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on)

เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและเป็นขั้นของการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล เพื่อให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งวิธีการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายตามที่ผู้สูงอายุกำหนดไว้ ตามแนวทางปฏิบัติที่ตัดสินใจเลือกในขั้นของการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมขั้นตอนการคงไว้ซึ่งวิธีการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพนี้เทคนิคการสนทนาที่พยาบาลควรใช้ คือการให้ความมั่นใจ(reaffirmation) เป็นการพูดให้ผู้สูงอายุทราบว่าสิ่งที่ปฏิบัติหรือพูดออกมานั้นถูกต้องแล้วเช่น

“คุณลงไปที่กบตร ทำบุญ ตอนเช้าทุกวันดีมากะ”

“พยายามฝึกสมาธิอย่างนี้ทุกวันนะคะคุณลงทำแบบนี้มันจะค่อย ๆ ดีขึ้นคะ”

บทบาทพยาบาลต้องทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมั่นใจ มีความเข้มแข็ง โดยให้ลองปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจ เปิดโอกาสให้พูดคุยกักถามข้อสงสัย ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นสิ่งที่ได้ทำร่วมกับพยาบาลการเยี่ยมบ้านและครอบครัวของผู้สูงอายุ หรือการสอบถามทางโทรศัพท์ เป็นการติดตามค้นหาปัญหา เพื่อให้คำแนะนำช่วยเหลือหากพบปัญหาในการปฏิบัติ พยาบาลและผู้สูงอายุจะร่วมมือแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นผลจากการเกิดความตระหนักในอำนาจของตนเองความสามารถและศักยภาพของตนเองพยายามคงอยู่ด้วยตนเองแม้ว่าสถานการณ์ต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไป การชมเชย และ การกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมี

ส่วนร่วมอภิปรายปัญหาทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ช่วยให้การแก้ปัญหาเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ คงพฤติกรรมและปฏิบัติอย่างต่อเนื่องไม่ย่อท้อพยายามทำสิ่งที่ดีที่สุดเพื่อตนเองดำรงไว้ซึ่งการปฏิบัติและพัฒนาตนเองแสวงหาข้อมูลที่ทันสมัยและเป็นประโยชน์จนกลายเป็นส่วนสำคัญในการดูแลตนเองและสามารถคงไว้ซึ่งความรู้สึกพลังอำนาจในตนเอง

บทสรุป

การทบทวนกรรมในผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุที่ถูกทบทวนกรรมจะช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ เข้าใจปัญหา รับรู้หน้าที่ ความรับผิดชอบของตนเองที่ต้องจัดการกับปัญหา มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น เปิดใจยอมรับผู้อื่นมากขึ้น มีความหมายและความหวังในชีวิตมากขึ้น การเสริมสร้างพลังอำนาจก่อให้เกิดผลเชิงบวกเมื่อบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเองได้รับรู้ถึงความสำเร็จมีการพัฒนาตนเองพึงพอใจในตนเองมองเป้าหมายและความหมายในชีวิตของตนเองยังทำให้บุคคลมีศักยภาพความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ความรู้สึกถึงสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy)

โดยสรุปขั้นตอนการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุที่ถูกทบทวนกรรมตามแนวทางของ Gibson นั้นเริ่มจากขั้นตอนการค้นพบความจริง ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ปัญหาและยอมรับถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจากการค้นหาปัญหาเหล่านั้นนำสู่ขั้นการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผู้สูงอายุจะเรียนรู้แนวทางในการดูแลตนเอง ประเมินทางเลือกที่จะใช้ในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง และตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมนำไปสู่เป้าหมายของตนเอง และท้ายที่สุดคือการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติตามแนวทางที่เลือกไว้อย่างมีประสิทธิภาพจึงจะถือว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้นประสบความสำเร็จ แต่หากเกิดปัญหาในกระบวนการใดกระบวนการหนึ่งจะต้องย้อนกลับไปในแต่ละขั้นตอนนั้น ๆ ทั้งนี้พยาบาลมีส่วน



ร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินการเพื่อให้ผู้สูงอายุบรรลุเป้าหมาย

ความสำเร็จในการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองยังขึ้นอยู่กับการให้คุณค่า หรือความสำคัญ (values) และความเชื่อ (beliefs) ความตั้งใจ (determination) ประสบการณ์ (experience) และการสนับสนุนทางสังคม (social support)¹⁵ และการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุยังต้องเข้าใจถึงข้อจำกัดของผู้สูงอายุด้านร่างกาย สถานะภาพของผู้สูงอายุ สังคม เศรษฐกิจ นโยบายและกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิของผู้สูงอายุจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุ คือ การเคารพ ยอมรับให้เกียรติผู้สูงอายุการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ ดูแลผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงวัฒนธรรมที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ รวมทั้งให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนการสนับสนุนในการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคมในระดับนโยบาย รัฐบาลสร้างเสริมพลังอำนาจทางเศรษฐกิจและสังคม²¹ พยาบาลอาจจำเป็นต้องสร้างภาคีเครือข่ายเพื่อก่อให้เกิดความร่วมมือและแก้ไขปัญหาได้อย่างจริงจังจะช่วยให้การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรมประสบความสำเร็จ

References

1. Prasartkul P. (Ed.). Situation of the Thai elderly 2015. Institute for Population and Social Research, Mahidol University and Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Bangkok :Amarin Printing &Publishing; 2015.
2. Pompugde C. Aging society in Thailand. [Internet]. 2013.[cited 2016 June 6]. Availablefrom:http://library.senate.go.th/document/Ext6078/6078440_0002.PDF (in Thai).
3. Sritanyaratana W, Dumrikanlert L. (Eds). Knowledge management practices and synthesis of health promoting hospital : The practice of elderly services. Nonthaburi: Sahamit Phrinting and Publishing ; 2010. (in Thai).
4. World Health Organization (WHO). Elder abuse. [Internet]. 2016. [cited 2016 October 5]. Available from :<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/>
5. Chompunud S, Charoenyooth C, Palmer MH, Pongthavornkamol K, Vorapongsathorn T, Jitapunkul S. Prevalence associated factors and predictors of elder abuse in Thailand. Pacific Rim International Journal of Nursing Research 2010;14(4): 283–296. (in Thai).
6. Kespichayawattana J, Wivatvanit S. Elderly mistreatment among Thai elderly :The review state of science and current situation. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute.[Internet]. 2009. [cited 2016 November 6]. Available from: <http://thaitgri.org/?p=37285> (in Thai).
7. Sirisup K. Preliminary report: Psychological experiences of the abused elderly. Journal of Mental Health of Thailand 2013;21(1):21–30. (in Thai).
8. Wichawut C, Chayovan N, Wongchai Y, Intara sombat P, Tummanawut N, Tunmanwut N. (Eds). Review and synthesis of the knowledge on Thai elderly 2002–2007. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. Bangkok: Q.P.; 2010. (in Thai).



9. Budd J. Prevention of elder abuse project and the respect for seniors campaign. [Internet].2012. [cited 2016 October 5]. Available from: <http://www.respectforseniors.org/pdf/Primary%20Interventions%20Literature%20Review.pdf>
10. Elder Abuse Prevention Unit. A guide for elder abuse protocols.Queensland Government, Department of Communities.[Internet]. 2012. [cited 2016 October 12] Available from: http://www.eapu.com.au/uploads/EAPU_general_resources/EA_Protocols_FEB_2012-EAPU.pdf
11. Wolf RS, Bennett G, Daichman, L. Abuse of older people.In BL Green, MJ Friedman, J de Jong, SD Solomon, TM Keane, JA Fairbank, B Donelan, E Frey-Wouters (Eds.), Trauma interventions in war and peace. (pp. 105–128). New York: Kluwer Academic; 2003.
12. Srisatidnarakul B. Leadership and strategic management in nursing organization for the 21st century. Bangkok: Chulalongkorn University; 2007.(in Thai).
13. Leyshon S. Empowering practitioners: an unrealistic expectation of nurseeducation. *Journal of Advanced Nursing* 2002;40(4): 466–474.
14. Shearer NB, Fleury J, Ward KA, O'Brien AM. Empowermentinterventions for older adults. *Western Journal of Nursing Research*2012;34(1): 24–51.doi : 10.1277/019394591037788
15. Gibson CH. A study of empowerment in mothers of chronically ill children.(Doctoral dissertation). Boston College: Boston ; 1993.
16. Yodpet S. Social welfare for older persons: concept and method for social work practice. 2nd ed. Bangkok: Misterkopy; 2006. (in Thai).
17. Aujoulat I, d' Hoore W, Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony. *Patient Education and Counseling* 2007;66(1): 13–20.
18. Carney MT, Kahan FS, Paris BEBE. Elder abuse: Is every bruise a sign of abuse?.*The Mount Sinai Journal of Medicine*2003;70(2):69–74.
19. Kuha A. Psychology for daily life. 2nd ed. Pattani: Mittraphap ; 2013. (in Thai).
20. Sathirapanya C. Mental health. 2nd ed. Shongka: Umsilp-advertise ; 2009. (in Thai).
21. Beales S. Empowerment and older people: enhancing capabilities in an ageing world. Paperpresented at the Expert Group Meeting on Promoting people's empowerment in achieving poverty eradication, social integration and productive and decent work for all2012 September 10–12 ;UN Headquarters, New York. [Internet]. 2012. [cited 2016 October 5]. Available from: www.un.org/esa/socdev/egms/docs/2012/SylviaBeales.pdf



การวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์

อัญญา ปลดเปลื้อง*

อมราวดี บุญยรัตน์*

สุพรรณิ กัณห์ดิลก**

เพ็ญพักตร์ ลูกอินทร์***

ณัฐพร อุทัยธรรม****

พรพรรณ พรประยูร*****

จิรียา อินทนา*****

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพลของปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลในจังหวัดกาญจนบุรี สุพรรณบุรี ราชบุรี และเพชรบุรี จำนวน 611 คน ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้คือแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว แบบวัดการมองโลกในแง่ดี แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองและแบบวัดคุณภาพชีวิต สถิติที่ใช้ได้แก่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์อิทธิพล

ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีคุณภาพชีวิตสูงและไม่แตกต่างตามปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2=4.958$, $df=1$, $\chi^2/df = 4.958$, $p=.026$, $GFI=.997$, $AGFI=.943$, $CFI=.998$, $TLI=0.973$, $RMSEA=0.081$, $RMR=0.004$, $NFI=.998$) โดยคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ได้รับอิทธิพลรวมสูงสุดจากการสนับสนุนทางสังคม รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถของตนเองสัมพันธภาพในครอบครัว การมองโลกในแง่ดีและการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเองและการมองโลกในแง่ดีมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ตัวแปรทั้งหมดอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 69

คำสำคัญ: วิเคราะห์อิทธิพล; คุณภาพชีวิต; หญิงตั้งครรภ์

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช, e-mail: anya_p12@hotmail.com

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท

*** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุพรรณบุรี

**** วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี

***** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สระบุรี

***** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี



Path Analysis of Factors Affecting Quality of Life of Pregnant Women

Unya Plodpluang*

Ammarawadee Boonyarat*

Supanee Kanhadilok**

Penpak Luk-in***

Nattaporn Uthathum****

Pornpan Pomphayoon *****

Jiriya Intana*****

Abstract

The aim of this research was to study the factors related to quality of life and to analyze the path model of factors affecting quality of life of pregnant women. The sample consisted of 611 pregnant women in Kanchanaburi, SuphanBuri, Ratchaburi and Phetchaburi selected by purposive sampling. The research instruments included an optimism scale, family relationships scale, self-esteem scale, social-support scale, self-efficacy scale and quality-of-life scale. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation and path analysis.

The results showed that the quality of life of the pregnant women was at a high level. The path model affecting the quality of life is in accordance with empirical data $\chi^2 = 4.958$, $df=1$, $\chi^2/df=4.958$, $p=0.026$, $GFI=0.997$, $AGFI=0.943$, $CFI=0.998$, $TLI=0.973$, $RMSEA=0.081$, $RMR=0.004$, $NFI=0.998$. The quality of life of the pregnant women was based on social support, self-efficacy, family relationships, optimism, and self-esteem. Optimism, family relationships, self-efficacy, social support, and self-esteem directly and positively influenced quality of life in the pregnant women. Self-esteem, self-efficacy and social support were indirectly affecting quality of life by the transmission of optimism. All variables explained the variance of quality of life of the pregnant women at 69 percent.

Keywords: Path analysis; Quality of life; Pregnant women

*Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj, e-mail: anya_p12@hotmail.com

**Boromarajonani College of Nursing, Phraputthabat

***Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi

****PhrachomklaoPhetchaburi College of Nursing

*****Boromarajonani College of Nursing, Saraburi

*****Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi



ความเป็นมาและความสำคัญ

คุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์มีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม¹ กล่าวคือ การที่หญิงตั้งครรภ์มีสุขภาพกายสมบูรณ์แข็งแรงและสามารถประกอบการหรือภาระหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมีสุขภาพ ด้านจิตใจเป็นความสามารถของหญิงตั้งครรภ์ในการปรับตัวได้อย่างเหมาะสมเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ขึ้น ซึ่งอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายสิ่งแวดล้อม และสังคมแล้วส่งผลกระทบต่อจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีสุขภาพจิตใจดียอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและแสดงพฤติกรรมตอบสนองได้อย่างเหมาะสม การมีสัมพันธภาพทางสังคมที่ดีเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับบุคคลต่างๆ หญิงตั้งครรภ์พึงมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น อาทิ เพื่อนในสถานที่ทำงาน หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล หรือเพื่อนๆ เพื่อที่จะได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อไปได้ นอกจากนั้นแล้วการที่หญิงตั้งครรภ์อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ปลอดภัยจากมลภาวะต่างๆ ซึ่งจะส่งผลดีต่อทั้งหญิงตั้งครรภ์และลูกในครรภ์

ในการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์สามารถทำได้หลายวิธี เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย เล่นโยคะ ซึ่งจะช่วยให้รู้สึกสบายทั้งกายและจิตใจของมารดา รวมถึงการป้องกันอาการต่างๆ เช่น อาการแพ้ท้อง การใช้ยาในระหว่างการตั้งครรภ์ อิริยาบถต่างๆ การนั่ง การยืน ทั้งนี้การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพและการมีส่วนร่วมของบุคคลต่างสมาชิกในครอบครัวที่ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ การดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งในระหว่างตั้งครรภ์และการคลอด รวมถึงในระยะหลังคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีคุณภาพชีวิตที่ดี²

มีการศึกษาและค้นคว้าวิธีต่างๆ ที่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ดูแลตนเองและสุขภาพของบุตรในขณะตั้งครรภ์

เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การปฏิบัติตนที่ดีในขณะตั้งครรภ์จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์มีสุขภาพดี อาทิ ภาวะโภชนาการ การดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ กิจกรรมทางร่างกาย และการออกกำลังกาย การละเว้นจากบุหรี่เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือยาอื่น ๆ ในขณะตั้งครรภ์ การยอมรับ และจัดการกับอารมณ์ที่เหมาะสมเพนเดอร์ กล่าวว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตนที่ดีเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การดูแลตนเองโดยทั่วไป โภชนาการ การออกกำลังกาย และกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน แบบแผนการนอนหลับ การจัดการกับความเครียด⁴ จากการศึกษาของเบคเกอร์และไมแมน⁵ พบว่า บุคคลจะกระทำใดๆ เพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้นขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบกับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคและประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพบุคคลจะกระทำกิจกรรมใดเพื่อส่งเสริมสุขภาพและปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตนั้น เป็นผลมาจากปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกเฉพาะต่อพฤติกรรม

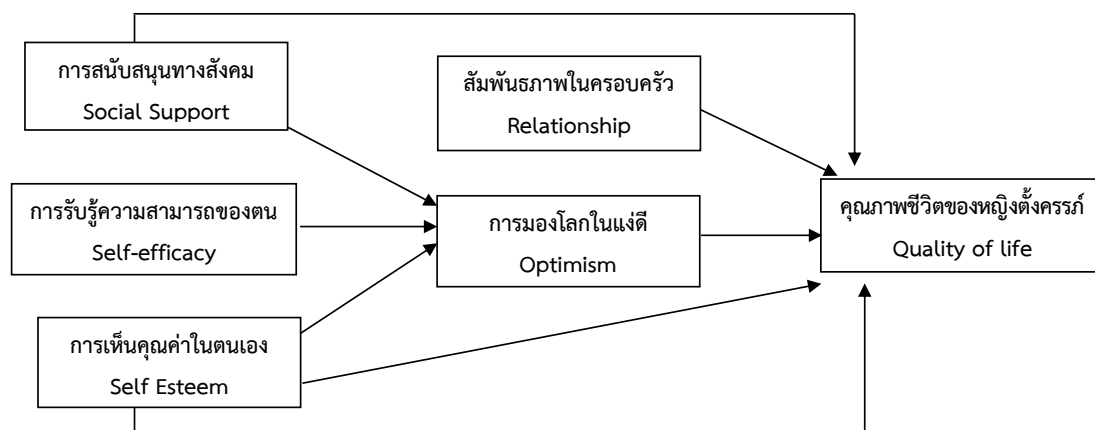
ปัจจัยและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองล้วนมีผลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งจะแตกต่างกันตามการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะชีวิตภายใต้บริบทของวัฒนธรรม และค่านิยมในการดำรงชีวิต ซึ่งจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานของสังคมและสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมในแง่ของสุขภาพร่างกายของแต่ละคน สภาพจิตใจ ระดับความเป็นอิสระ สัมพันธภาพทางเศรษฐกิจและสังคม และสิ่งแวดล้อมของหญิงตั้งครรภ์¹ การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งร่างกายและจิตใจในระยะตั้งครรภ์ย่อมส่งผลต่อชีวิต ความเป็นอยู่ของหญิงตั้งครรภ์ซึ่งอาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์⁶ จากการศึกษาของ อะเคื่อ กุลประสูติ⁷ ถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต พบว่าการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิต ส่วนการเห็นคุณค่าในตนเองการรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตโดยส่งผ่านการมองโลกในแง่ดีตัวแปรทั้งหมดอธิบายความแปรปรวนของ



คุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 54 และจากการศึกษาของ พรนภา เจริญสันต์ และคณะ⁶ พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของ หญิงตั้งครรภ์โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปร ของคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 37.0

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยพบว่ามีตัวแปร หลายตัวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถนำมาเป็น กรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังนี้ 1) การมองโลกในแง่ดี เป็นการมองสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นใน ทางบวกเห็นว่าทุกสิ่งทุกอย่างไม่ได้เลวร้ายและมีทาง แก้ไขได้สามารถปรับตัวตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมที่ เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างเหมาะสม การมองโลกในแง่ดี สามารถทำนายคุณภาพชีวิต⁷⁻⁹ 2) การเห็นคุณค่าใน ตนเองเป็นความรู้สึกที่บุคคลประเมินตนเองเป็นผู้มีความ สามารถมีคุณค่าทัดเทียมผู้อื่นมีความรู้สึกดีต่อตนเองมี ความพร้อมและมีพลังกำลังสามารถทำอะไรประสบความสำเร็จไปได้ด้วยดีมีความนับถือและภาคภูมิใจในตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเองสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้¹⁰⁻¹¹ การเห็นคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลส่งผ่านตัวกลางคือ การมองโลกในแง่ดี¹²⁻¹³ 3) การรับรู้ความสามารถในตน เป็นการมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะ ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองหรือแก้ไข ปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ได้ การการรับรู้ความสามารถ

ในตนสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้¹⁴ และการรับรู้ ความสามารถในตนมีอิทธิพลส่งผ่านตัวกลางคือ การมอง โลกในแง่ดี¹⁵ 4) สัมพันธภาพในครอบครัวหมายถึงความ สัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวที่แสดงบทบาทของ สมาชิกทั้งบทบาทเป็นผู้สั่งสอนผู้ดูแลมีการช่วยเหลือ เกื้อกูลกันร่วมกันรับรู้ถึงความรู้สึกช่วยแก้ปัญหา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างอิสระรวมถึงส่งเสริม ความรักความอบอุ่นภายในครอบครัว 5) การสนับสนุน ทางสังคม เป็นการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ต่อการได้รับการ ช่วยเหลือจากครอบครัวและบุคคลอื่นในด้านต่างๆ ทั้ง ด้านอารมณ์ด้านวัตถุและด้านข้อมูลข่าวสารการสนับสนุน ทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิต และการสนับสนุน ทางสังคมมีอิทธิพลส่งผ่านตัวกลางคือ การมองโลกในแง่ดี¹⁵ และ 6) คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อ สถานะชีวิตภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและค่านิยมใน การดำรงชีวิตและจะสัมพันธ์กับเป้าหมายความคาดหวัง มาตรฐานของสังคมและสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องครอบคลุม ในแง่ของสุขภาพร่างกายของแต่ละคนสภาพจิตใจระดับ ความเป็นอิสระสัมพันธภาพทางสังคมความสัมพันธ์ที่มี ต่อสภาพแวดล้อมของพวกเขาคือ คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายที่สำคัญและเป็นสิ่งที่บุคคลต้องการในการดำเนิน ชีวิตของตนเองจากการศึกษาผู้วิจัยจึงนำมาสังเคราะห์ เป็นกรอบแนวคิดตั้งต้น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดตั้งต้นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์



จากการทบทวนยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ ในการศึกษาจะช่วยให้ได้ข้อมูลปัจจัยที่ส่งผลต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 5 ที่มีความหลากหลายของประชากรทั้งในเขตเมืองและชุมชนอันจะนำไปสู่การพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพด้านการตั้งครรภ์ที่จะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ให้เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์
2. เพื่อศึกษาเส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี การเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2558 ถึง 30 มิถุนายน 2559 การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา หมายเลข 2/2559

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 4 จังหวัดได้แก่ จังหวัดกาญจนบุรี สุพรรณบุรี ราชบุรีและเพชรบุรี

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ ที่แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลในจังหวัดกาญจนบุรี สุพรรณบุรี ราชบุรี และเพชรบุรี ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

จำนวน 640 รายตามคุณสมบัติที่กำหนดคือ

1. เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 12-36 สัปดาห์
2. สามารถรับรู้วัน เวลาและสถานที่ ไม่มีอาการแสดงหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช
- 3.สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี และ 4.สามารถดูแลและช่วยเหลือตนเองได้ จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้มาจากแนวคิดของคอมเบย์และลี¹⁶ สรุปจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิเคราะห์ปัจจัยไว้ดังนี้ 100= ไม่ดี, 200= ดีปานกลาง, 30 = ดี, 500 = ดีมาก, 1,000 หรือมากกว่า = ดีที่สุดซึ่งการศึกษานี้กำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 คนต่อจังหวัดการวิจัยนี้ส่งแบบสอบถามไปจำนวนทั้งสิ้น 640 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามตอบกลับมาทั้งสิ้น 611 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 95.47

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบวัด 6 ฉบับ ดังนี้

1. แบบวัดการมองโลกในแง่ดีปรับปรุงจากแบบวัดของอะเคื่อ กุลประสูติ⁶ จำนวน 10 ข้อ
2. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมปรับปรุงจากแบบวัดของวรรณรัตน์ลาวัง รัชนิสรเสรีญ ยูติรอดจากภย นิภาวรรณสามารถกิจจิตรพรหล่อสุวรรณกุล และเวธกากลันวิชิต¹⁷ ซึ่งครอบคลุม 4 ด้านคือการสนับสนุนทางด้านข้อมูลการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านการประเมินคุณค่าการสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของจำนวน 8 ข้อ
3. แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวปรับปรุงจากแบบวัดของวรรณรัตน์ลาวังและคณะ¹⁷ ซึ่งครอบคลุม 4 ด้านคือการแสดงบทบาทของสมาชิกการสื่อสารในครอบครัวการแสดงออกทางอารมณ์และการถ่ายทอดความรู้สึกจำนวน 10 ข้อ
4. แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองปรับปรุงจากแบบประเมินของนิลวรรณ ศิวภุขพงษ์¹⁰ จำนวน 10 ข้อ
5. แบบวัดการรับรู้ความสามารถในตนเองปรับปรุงจากแบบวัดของเบญจมาศนาควิจิตร¹⁴ จำนวน 10 ข้อ



6. แบบวัดคุณภาพชีวิต ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต ฉบับ WHOQOL – BREF ที่แปลโดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ¹⁸ จำนวน 26 ข้อ

การแปลผลคะแนนการมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว การเห็น

คุณค่าในตนเองการรับรู้ความสามารถในตนเอง และคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ คือ เมื่อผู้ตอบแบบสอบถามครบทุกข้อแล้ว นำคะแนนของแต่ละคนมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย ตามแนวทางของ¹⁹ Best & Kahn โดยกำหนดความหมายคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้านดังนี้

คะแนนเฉลี่ย

การแปลผล

4.51 – 5.00

มีการรับรู้ความรู้สึกและพฤติกรรมอยู่ระดับมากที่สุด/ดีมาก/สูงมาก

3.51 – 4.50

มีการรับรู้ความรู้สึกและพฤติกรรมอยู่ระดับมาก/ดี/สูง

2.51 – 3.50

มีการรับรู้ความรู้สึกและพฤติกรรมอยู่ระดับปานกลาง/พอใช้

1.51 – 2.50

มีการรับรู้ความรู้สึกและพฤติกรรมอยู่ระดับน้อย/ต่ำ/ไม่ค่อยดี

1.00 – 1.50

มีการรับรู้ความรู้สึกและพฤติกรรมอยู่ระดับน้อยที่สุด/ต่ำมาก/ไม่ดี

การหาคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) พิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม (IOC: Index of Item Objective Congruence) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาตรวจทานคำผิดและปรับแก้เบื้องต้น แล้วจึงนำแบบสอบถามพร้อมด้วยโครงร่างงานวิจัยฉบับย่อและตารางวิเคราะห์เนื้อหาตามโครงสร้างของข้อคำถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลและทางด้านการศึกษายาบาลจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา²⁰ จากการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิพบว่า มีข้อคำถามที่ซ้ำซ้อนกันหลายข้อ และบางองค์ประกอบมีจำนวนข้อคำถามมากเกินไป จึงมีความเห็นที่สอดคล้องกันให้ปรับจำนวนข้อคำถามจาก 79 ข้อ เหลือ 74 ข้อ โดยผู้ทรงคุณวุฒิได้แนะนำให้ปรับข้อคำถาม ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามคำแนะนำ และจัดพิมพ์เป็นชุดแบบสอบถามหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามที่จัดพิมพ์เป็นชุดเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 30 ราย นำมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของ

แบบสอบถามในแต่ละด้าน มีค่าความเชื่อมั่นของแต่ละแบบสอบถามดังนี้ แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองมีค่าเท่ากับ .66 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว เท่ากับ .81 แบบวัดการมองโลกในแง่ดี เท่ากับ .92 แบบวัดการรับรู้ความสามารถตนเอง เท่ากับ .70 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .79 และแบบวัดคุณภาพชีวิต เท่ากับ .82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิจักรีรัช เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยถึงโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่วิจัย
2. คณะผู้วิจัยแบ่งพื้นที่วิจัยในแต่ละจังหวัดและเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยนำหนังสือขอความร่วมมือมอบให้กับผู้เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลในจังหวัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จังหวัดกาญจนบุรี สุพรรณบุรี ราชบุรี และเพชรบุรี เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองแล้ว ผู้วิจัยในพื้นที่รวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามส่งคืนผู้วิจัยหลักทางไปรษณีย์ผู้วิจัยหลักติดตามรวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความสมบูรณ์อีกครั้ง ระยะเวลาการรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 4 เดือน



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น การวิเคราะห์ค่าสถิติเบื้องต้นของตัวแปรที่เกี่ยวกับภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ การวิเคราะห์ส่วนนี้ใช้โปรแกรม SPSS 16.0 for Windows

2. วิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์หาคอนและสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (multiple correlations and coefficients of determination) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกับข้อมูลประจักษ์ และวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ ด้วย Path analysis ใช้โปรแกรม AMOS 16.0

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์

ผลการวิเคราะห์พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีอายุน้อยกว่า 20 ปีคิดเป็นร้อยละ 47.14 รองลงมามีอายุ 20-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.35 และมีอายุ 35 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 8.51 หญิงตั้งครรภ์ประกอบอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 40.26 รองลงมาได้แก่ ทำงานบ้านคิดเป็น

ร้อยละ 29.14 จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นการตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 50.23 และเป็นครรภ์ที่ 5 น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ .49 หญิงตั้งครรภ์มีรายได้ 10,001 - 15,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 30.76 และไม่มีรายได้คิดเป็นร้อยละ 28.32

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับมาก (Mean=3.52, SD=.90) หญิงตั้งครรภ์มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ ในระดับมาก (Mean=4.04, SD=.92) หญิงตั้งครรภ์มีการมองโลกในแง่ดีอยู่ในระดับมาก (Mean=4.44, SD=.92) หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับมาก (Mean=3.80, SD=.89) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก (Mean=4.21, SD=.86) และหญิงตั้งครรภ์มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก (Mean=4.01, SD=.88) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์

ตัวแปร	ระดับความคิดเห็น	Mean	SD
การเห็นคุณค่าในตนเอง	มาก	3.52	.90
สัมพันธภาพในครอบครัว	มาก	4.04	.92
การมองโลกในแง่ดี	มาก	4.44	.92
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	มาก	3.80	.89
การสนับสนุนทางสังคม	มาก	4.21	.86
คุณภาพชีวิต	มาก	4.01	.88



อิทธิพลของตัวแปรที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์

จากการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ตัวแปรที่เกี่ยวข้องก่อนการวิเคราะห์เส้นทางเป็นดังนี้

สัมพันธภาพในครอบครัวมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์โดยค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลของสัมพันธภาพในครอบครัว เท่ากับ .21 ($p<.001$) หมายความว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวสูงจะมีคุณภาพชีวิตสูง

การมองโลกในแง่ดีมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์โดยค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลของการมองโลกในแง่ดีเท่ากับ .16 ($p<.001$) หมายความว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการมองโลกในแง่ดีสูงจะมีคุณภาพชีวิตสูง

การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์โดยค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ .33 ($p<.001$) หมายความว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีคุณภาพชีวิตสูง

การรับรู้ความสามารถในตนเองมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์โดยค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลของการรับรู้ความสามารถในตนเองเท่ากับ .17 ($p<.001$) หมายความว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ความสามารถในตนเองสูงจะมีคุณภาพชีวิตสูง

การเห็นคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์โดยค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลของการเห็นคุณค่าในตนเองเท่ากับ .09 ($p<.001$) หมายความว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะมีคุณภาพชีวิตสูง

กรณีอิทธิพลทางอ้อม พบว่าการสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่าในตนเองการรับรู้ความสามารถในตนเอง มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์เป็นอิทธิพลทางอ้อมที่ส่งผ่านตัวแปรการมองโลกในแง่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 รายละเอียดดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์เป็นอิทธิพลทางอ้อมที่ส่งผ่านตัวแปรการมองโลกในแง่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .31 ($p<.001$) หมายความว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะส่งผลต่อการมองโลกในแง่ดีสูง และการมองโลกในแง่ดีสูงจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์สูง

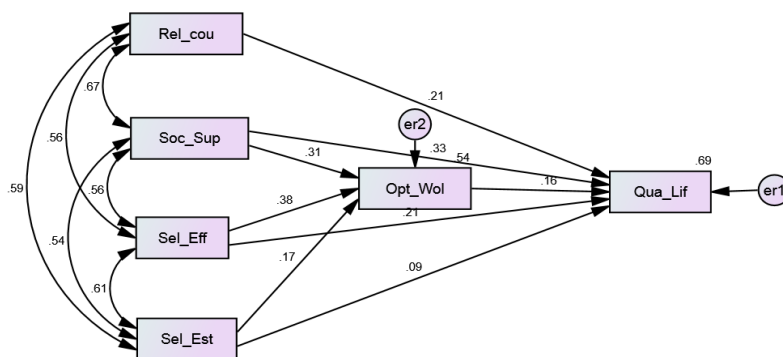
การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์เป็นอิทธิพลทางอ้อมที่ส่งผ่านตัวแปรการมองโลกในแง่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .36 ($p<.001$) หมายความว่าหญิงตั้งครรภ์ที่รับรู้ความสามารถในตนเองที่สูงจะส่งผลต่อการมองโลกในแง่ดีสูงและการมองโลกในแง่ดีที่สูงจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์สูงด้วย

การเห็นคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์เป็นอิทธิพลทางอ้อมที่ส่งผ่านตัวแปรการมองโลกในแง่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .17 ($p<.001$) หมายความว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เห็นคุณค่าในตนเองที่สูงจะส่งผลต่อการมองโลกในแง่ดีสูงและการมองโลกในแง่ดีที่สูงจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์สูงด้วย

จากการวิเคราะห์เส้นทางปัจจัย (path analysis) ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ผู้วิจัยได้ ปรับรูปแบบโดยพิจารณาจากดัชนีปรับรูปแบบและจากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องผลจากการปรับรูปแบบทำให้รูปแบบที่ได้มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบความตรงของรูปแบบตั้งนี้ โมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับดี โดยมีค่าไค-สแควร์ เท่ากับ 4.958 ที่องศาอิสระ (Degree of freedom) เท่ากับ1 ค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ (χ^2/df)=4.958 ค่าความน่าจะเป็น (p) เท่ากับ .026 มีดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (Goodness of Fit Index = GFI) เท่ากับ .997 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน

ที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) เท่ากับ .943 ดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือ (Root Mean Square Residual=RMR) เท่ากับ .004 แสดงว่า โมเดลที่ศึกษาสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ค่าความคลาดเคลื่อนการประมาณค่าพารามิเตอร์ (RMSEA) เท่ากับ .081 และการไม่เข้าสู่ศูนย์กลางของพารามิเตอร์ (NCP) เท่ากับ 3.96 แสดงว่า ค่าสถิติของการทดสอบมีการกระจายแบบไค-สแควร์ ค่า ECVI (Expected Cross - Validation Index) มีค่าเท่ากับ .074 ค่าดัชนี ECVI ในโมเดลอิมตัว มีค่าเท่ากับ .069 และ ECVI ในโมเดลอิสระ มีค่าเท่ากับ 3.671 ส่วนค่าดัชนี AIC และ CAIC มีค่า 44.958 และ 153.26 ตามลำดับ

ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับ AIC และ CAIC ในโมเดลอิมตัว คือ มีค่า 42.00 และ 155.717 แสดงว่า โมเดลการวิจัยสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์²¹ ดังนั้นผลการวิเคราะห์จึงยอมรับสมมติฐานหลักที่ว่า เส้นทางอิทธิพลที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ตามกรอบแนวคิดมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือรูปแบบมีความตรงทั้งนี้ตัวแปรการเห็นคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การมองโลกในแง่ดีการรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นตัวแปรในโมเดลเส้นทางอิทธิพลสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 69 ดังแสดงในภาพที่ 2



$$\chi^2 = 4.958, df = 1, \chi^2 / df = 4.958, p\text{-value} = .026, GFI = .997, AGFI = .943, \\ CFI = .998, TLI = .973, RMSEA = .081, RMR = .004, NFI = .998$$

ภาพที่ 2 โมเดลเส้นทางอิทธิพลที่ปรับแก้แล้วที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์



จากภาพที่ 2 เมื่อพิจารณาขนาดอิทธิพลของเส้นทางที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์จากค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลจำแนกตามตัวแปรพบว่าคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายได้รับอิทธิพลรวมสูงสุดจากตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม

(.344) รองลงมาคือการรับรู้ความสามารถของตนเอง (.265) สัมพันธภาพในครอบครัว (.175) การมองโลกในแง่ดี (.141) และการเห็นคุณค่าในตนเอง (.134) มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ขนาดอิทธิพลของเส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์

ตัวแปร	อิทธิพลต่อการมองโลกในแง่ดี			อิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE
การเห็นคุณค่าในตนเอง	.227	-	.227	.102	.032	.134
สัมพันธภาพในครอบครัว	-	-	-	.175	-	.175
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.432	-	.432	.204	.061	.265
การสนับสนุนทางสังคม	.322	-	.322	.298	.046	.344
การมองโลกในแง่ดี	-	-	-	.141	-	.141

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยด้านการมองโลกในแง่ดี การเห็นคุณค่าในตนเองการรับรู้ความสามารถของตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์พบว่า

การมองโลกในแง่ดี หญิงตั้งครรภ์มีการมองโลกในแง่ดีอยู่ในระดับสูงทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลก็จะได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์ ซึ่งจะส่งผลให้การมองสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นไปในทางที่ดีเห็นว่าทุกสิ่งทุกอย่างไม่ได้เลวร้ายและมีทางแก้ไขได้และสามารถปรับตัวสนองต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา คงชนะ และคณะ²² ที่ว่า การสอนและให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติตนที่ดีต่อสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีการมองโลกในแง่ดีมีพลังชีวิตและสุขภาพที่ดี การเห็นคุณค่าในตนเอง หญิงตั้งครรภ์มีการเห็นคุณค่า

ในตนเองในระดับสูงทั้งนี้อาจเนื่องมาจากหญิงตั้งครรภ์อยู่ในวัยที่มีวุฒิภาวะสมบูรณ์จึงมีความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งในการศึกษานี้ผู้ให้ข้อมูลเป็นหญิงตั้งครรภ์มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาล อาจถือได้ว่าการยอมรับต่อการตั้งครรภ์ในครั้งนี้จึงมารับบริการฝากครรภ์ และได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนจากเจ้าหน้าที่พยาบาล เกิดการพัฒนาตนเองเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ต่อตนเองและบุตรอย่างต่อเนื่อง จึงเห็นคุณค่าในตนเองและคุณค่าของการตั้งครรภ์ มีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าบุตรในครรภ์เป็นสิ่งมีค่า การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกของหญิงตั้งครรภ์ที่ยอมรับนับถือตนเองมีความเชื่อมั่นในตนเองรู้สึกตนมีค่ามีการเคารพตนเองซึ่งการเคารพตนเองรวมถึงการเห็นคุณค่าในตนเองและการได้รับการเห็นคุณค่าจากผู้อื่นมีความเข้มแข็งและมีสมรรถภาพในการกระทำสิ่งต่าง ๆ⁶ ความเชื่อหรือความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง มีความเคารพและยอมรับตนเองว่ามีความรู้ความสามารถรู้จักใช้ความสามารถของตนเองเพื่อที่จะประสบความสำเร็จตามที่ตั้ง



เป้าหมายไว้ได้

การรับรู้ความสามารถของตนเอง หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูงอาจเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลและได้รับความรู้ในการปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์ โดยหญิงตั้งครรภ์จะต้องเข้ารับการอบรมให้ความรู้และข้อแนะนำในการดูแลส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ในโครงการโรงเรียนพ่อแม่²³ จำนวน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะที่พ่อแม่เฝ้าเด็กมารับบริการที่คลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี การเข้าโครงการที่ส่งเสริมความรู้นี้จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองหรือแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ในขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอดได้ดีขึ้น สัมพันธภาพในครอบครัว หญิงตั้งครรภ์มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับสูงเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นครรภ์แรก ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญญา ปลดเปลื้อง²⁴ ที่ว่า ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนการตั้งครรภ์ของมารดาด้วยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสนับสนุนทางอารมณ์ ด้วยการให้กำลังใจ และการได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และสอดคล้องกับการศึกษาของพรนภาเจริญสันต์และคณะ⁶ ที่ว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ กล่าวคือหากสัมพันธภาพในครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ดีก็จะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ด้วย

การสนับสนุนทางสังคม หญิงตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสถานะของหญิงตั้งครรภ์เป็นสถานะที่ทุกคนในสังคมต้องช่วยกันดูแลและร่วมกันสนับสนุนให้การตั้งครรภ์เป็นไปอย่างราบรื่นสมบูรณ์เพื่อให้สามารถคลอดบุตรออกมาได้อย่างปลอดภัยการสนับสนุนทางสังคมมีอยู่ 4 ด้าน²⁵ ได้แก่การสนับสนุนทางด้านข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์จน

กระทั่งคลอด เนื่องจากร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การสนับสนุนทางด้านอารมณ์หญิงตั้งครรภ์พึงได้รับกำลังใจจากผู้ใกล้ชิดและผู้เกี่ยวข้องซึ่งจะส่งผลดีต่อทารกในครรภ์ด้วยการสนับสนุนทางด้านการประเมินคุณค่าหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการให้ความสำคัญและการให้เกียรติจากทุกคนในสังคมและการสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของตามความเหมาะสมทั้งนี้หญิงตั้งครรภ์พึงได้รับการสนับสนุนต่างๆ จากคนในสังคม เพื่อให้สามารถแสดงบทบาทของการเป็นมารดาที่สมบูรณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์ศิริพรหมใจษา, กรรณิกการกันธรักษาและจันทร์รัตนเจริญสันต์²⁶ ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยบทบาทการเป็นมารดาในระยะตั้งครรภ์สูงกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีบทบาทการเป็นมารดาในระยะตั้งครรภ์หลังได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนทางสังคม

การวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์

จากผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ในกาญจนบุรี สุพรรณบุรี ราชบุรี และเพชรบุรี ได้รับอิทธิพลรวมสูงสุดจากการสนับสนุนทางสังคม (.344) รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (.265) สัมพันธภาพในครอบครัว (.175) การมองโลกในแง่ดี (.141) และการเห็นคุณค่าในตนเอง (.134) ตามลำดับ โดยมีการสนับสนุนทางสังคมการรับรู้ความสามารถของตนเองสัมพันธภาพในครอบครัว การมองโลกในแง่ดีและการเห็นคุณค่าในตนเอง มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .001 และการรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคมการเห็นคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ผ่านการมองโลกในแง่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .001 ซึ่งเป็นตัวแปรในโมเดลเส้นทางอิทธิพลอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 69 โดยมีรายละเอียดดังนี้



การเห็นคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์โดยค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลของการเห็นคุณค่าในตนเองเท่ากับ .09 ($p<.001$) หมายความว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะมีคุณภาพชีวิตสูงอาจเนื่องมาจากหญิงตั้งครรภ์เห็นคุณค่าในตนเองที่กำลังจะมีบทบาทของการเป็นแม่คน โดยเฉพาะการมีความหวังที่จะได้เห็นบุตรที่สมบูรณ์แข็งแรงสอดคล้องกับการศึกษาของนิลวรรณศุภพงษ์¹⁸ ศึกษาปัจจัยภายในและภายนอกที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครและในต่างจังหวัดพบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงมีภาพรวมคุณภาพชีวิตและด้านต่าง ๆ ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และปัจจัยที่สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ดีที่สุดโดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 42 คือการเห็นคุณค่าในตนเอง และจากการศึกษาพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของผู้หญิงตั้งครรภ์เป็นอิทธิพลทางอ้อมที่ส่งผ่านตัวแปรการมองโลกในแง่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .17 ($p<.01$) หมายความว่า ผู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีการมองโลกในแง่ดีที่สูงจะส่งผลต่อการมองโลกในแง่ดีสูงและการมองโลกในแง่ดีที่สูงจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่สูงด้วย

สัมพันธภาพในครอบครัวมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์โดยค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลของสัมพันธภาพในครอบครัว เท่ากับ .21 ($p<.001$) หมายความว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวสูงจะมีคุณภาพชีวิตสูงอาจเนื่องจาก ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่รักใคร่กลมเกลียว ให้ความเวลาในการดูแลเอาใจใส่ สามารถปรับทุกข์และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์ก็จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้สึกเป็นสุขทั้งกายและจิตใจ ฟังพอใจในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของชุดิเดช เจริญตอน และคณะ²⁷ ที่พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและจากการศึกษาพบ

ว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเห็นคุณค่าในตนเอง ($r=.59$) สอดคล้องกับ Coopersmith²⁸ ที่กล่าวว่า ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวมีอำนาจมากต่อการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็ก ซึ่งการเห็นคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์โดยค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลของการเห็นคุณค่าในตนเองเท่ากับ .09 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .001

การรับรู้ความสามารถในตนเอง มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์โดยค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลของการรับรู้ความสามารถในตนเองเท่ากับ .17 ($p<.001$) หมายความว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ความสามารถในตนเองสูง จะมีคุณภาพชีวิตสูงเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง อาจเกิดจากการได้รับความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์จากการมารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง (Mean=3.80, SD=.89) จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของวิลัยรัตน์พลวงวัน และสมพรพัฒน์กุลเกียรติ²⁹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง นอกจากนี้การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์เป็นอิทธิพลทางอ้อมที่ส่งผ่านตัวแปรการมองโลกในแง่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .36 ($p<.001$) หมายความว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ความสามารถในตนเองที่สูงจะส่งผลต่อการมองโลกในแง่ดีสูงและการมองโลกในแง่ดีที่สูงจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่สูงด้วย



การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวก ต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์โดยค่าสัมประสิทธิ์ ขนาดอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ .33 ($p < .001$) หมายความว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีคุณภาพชีวิตสูงอาจเนื่องมาจากหญิงตั้งครรภ์ได้รับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติตน ทั้งจากสื่อสาธารณะทั่วไป หนังสือ หรือวารสาร อีกทั้งได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในด้านต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมที่จะช่วยกันดูแล หญิงตั้งครรภ์ให้ได้รับความสะดวกสบายในทุกที่ของสังคมอยู่แล้ว จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย รับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเองรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคมมีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์เป็นอิทธิพลทางอ้อมที่ส่งผ่านตัวแปรการมองโลกในแง่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .31 ($p < .001$) หมายความว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะส่งผลต่อการมองโลกในแง่ดีสูง และการมองโลกในแง่ดีสูงจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่สูงด้วย

การมองโลกในแง่ดี มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวก ต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์โดยค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลของการมองโลกในแง่ดีเท่ากับ .16 ($p < .001$) หมายความว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการมองโลกในแง่ดีสูงจะมีคุณภาพชีวิตสูงอาจเนื่องมาจากหญิงตั้งครรภ์มองเห็นสถานการณ์ของการตั้งครรภ์ว่า เป็นเรื่องดี และการตั้งครรภ์เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในครอบครัว และสามารถปรับตัวตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้ จึงมีความพึงพอใจและเป็นสุขต่อการตั้งครรภ์ มีความสามารถในการต่อสู้อุปสรรคโดยไม่ย่อท้อจากการศึกษาพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อการมองโลกในแง่ดีตัวแปรทั้งหมดอธิบายความแปรปรวนของการมองโลกในแง่ดีได้ร้อยละ 54 และการมองโลก

ในแง่ดีมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิต อธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิต ได้ร้อยละ 69

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับหญิงตั้งครรภ์ควรนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลในการวางแผนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ดังนี้

1. ควรให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารด้านความมั่นคงทางอารมณ์และอำนวยความสะดวกให้แก่หญิงตั้งครรภ์ทุกคนรวมทั้งจัดกิจกรรมให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองและการเห็นคุณค่าในตนเองนำไปสู่การมองโลกในแง่ดีเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ให้ดียิ่งขึ้น
2. ควรส่งเสริมคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์โดยกำหนดเนื้อหาหรือสอดแทรกกิจกรรมที่เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธ์ภายในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเองการเห็นคุณค่าในตนเอง และการมองโลกในแง่ดี

References

1. WHO. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment instruments. In: Orley J, Kuyken W, editor. Quality of life Assessment: international perspectives. New York: Springer-Verlag. 1994.
2. Luchacam T, Poonsuk Hingkanon P, Suntayanont C, Pachanban P, The Factors of Influencing to Self-Care Behaviors in Teenage Pregnancy. Journal of Nursing and Health Sciences 2012; 6(2):25-34. (in Thai).
3. Gordon E, Eric G McCormack B. Health and Wellness. Jones and Bartlett. 1999.



4. Pender NJ, Murdaugh C, & Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice (6th ed.). Boston, MA: Pearson. 2011.
5. Becker MH, Maiman LA. The health Belief Model: Origins and Correlation in Psychological Theory. Health Education Monography 1975; 2.winter: 336-85.
6. Chareoesan P, Doundee K, Poonperm R. The Quality of Life among pregnant women who received antenatal care at Phramongkutklao Hospital. Journal of the Royal Thai Army Nurses 2012; 13(3): 47-59. (in Thai).
7. Kulprasutidilok A, Jirawongnusorn S, Chitmanasak N, Supawan tanakul D. Path analysis of factors affecting quality of life in the elderly in Bang Khen district, Bangkok. Journal of Health Science Research 2014; 8(2):35-45. (in Thai).
8. Leung, BWC, Moneta, GB, McBride-Chang C. Think positively and feel positively: Optimism and Life satisfaction in late life. The International Journal of Aging and Human Development 2005; 61(4): 335-65.
9. Reis JP. Prenatal yoga practice late pregnancy and patterning change in optimism, power, and well-being. Unpublished master's thesis, East Carolina University, North Carolina. 2011.
10. Sivapuchpong N. Internal and External Factors Correlated to Quality of Life of the Elders in Bangkok and Provincial areas.[Master thesis]. Bangkok. Srinakharinwirot University. 2011. (in Thai).
11. Wongpanarak N, Wongpiriyayothar A. Relationships Between Self-Esteem, Social Support, and Quality of Life Among Persons with Disabilities in Urban Area. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2015; 16 (3): 14-22.
12. Lonhlam S, Sutiwan P, and Pornprasertmanit S. Relationships among trait anxiety, optimism, and self-esteem of university students. Journal Health Research 2008; 22(2): 91-96.
13. Cheerachareonpong S. Causal factors influencing Positing Thinking of Senior highschool students under secondary educational service area 11. [Master thesis]. Bangkok. Srinakharinwirot University. 2013. (in Thai).
14. Nakwijit B. Psycho-social factors related to self- care behavior and happiness of the senior citizen club members in the hospitals under medical service department, Bangkok metropolis.[Masterthesis]. Bangkok: Srinakharinwirot University.2008. (in Thai).
15. Karademas EC. Positive and negative aspects of well-being: Common and specific Predictors. Personality and Individual Differences 2005; 43(2): 277-87.
16. Comrey AL, Lee, HB. A first Course in Factor Analysis. Hillsdale, NJ: Erlbaum.1992.
17. Lawang W, Sunserree R, Rodjarkpai Y, NiphawanSamartkit and Wethaka Klinwichit. Evidence, Problems, and Health Care Needs for HypertensionPatients at Baan-bung District, Chon-Buri Province. Journal of Nursing and Education 2011; 4(1): 2-16. (in Thai).



18. Mhatnirangul S, Silapakij P, Pumpaisanchai W. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). *Journal of Mental Health of Thailand* 1998; 5(3): 4-15. (in Thai).
19. Best, JW& Kahn, JV *Research in Education*. (7thed). Boston: Allyn and Bacon. 1993.
20. Kanchanawasi S. *Evaluation Theory*. (8thed). Bangkok: ChulalongkornUniversity. 2011. (in Thai).
21. Joseph FH, William CB, Barry B, Rolph EA Ronald. *LT Multivariate Data Analysis*. (6thed). United States of America: Pearson Prentice Hall. 2006.
22. Khongchana K, Chukumnerd P, Chatchawet W. Development of Practice Guideline using Yogic Health Promotion for Pregnant Women. *Songklanagarind Journal of nursing* 2014; 34(3): 1-18. (in Thai).
23. Department of Health, Ministry of Public Health. *School Parents Guide*. Nakhon Sawan: Abby Graphic. 2013. (in Thai).
24. Plodpluang U. *The Relationship between Personal Factors, Health Promoting Behavior and Quality of Life of Pregnant Women*. Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj. 2013. (in Thai)
25. House, JS. *Work stress and social support*. New Jersey: Prentice-Hall. 1981.
26. Phromchaisa P, Kantaruksaand K, Chareonsanti J. Effect of Social Support Enhancement on Maternal Role Among Adolescent Pregnant Women. *Nursing Journal* 2014; 41(2): 97-106. (in Thai).
27. Jiandon C, Suwannapong N, Boonshuyar C, Nopporn Howteerakul. Quality of Life of Rural Elderly in Wangnamkheaw District, Nakhonratchasima Province. *Journal of Public Health* 2011; 41 (3):229-39.(in Thai).
28. Coopersmith S. *The Antecedent of Self -Esteem*. 2nd ed. California: Consulting Psychologist Press, Inc; 1981.
29. Plangwan W, Wattananukulkiat S. Effects of Self-Efficacy Enhancement Program on Nutritional Health Behavior of Pregnant Adolescents. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2012; 30 (2):6-22. (in Thai).



พฤติกรรมสูบบุหรี่และปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ของวัยรุ่นตอนต้นจังหวัดพะเยา

ชลลดา ไชยกุลวัฒนา*

ประกายดาว สุทธิ*

วิชานีย์ ไจมาลัย*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคลิกภาพ การรับรู้ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านสังคมประชากร และปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น โดยทำการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ในสถานศึกษาสายสามัญประกอบด้วยโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา 2 แห่ง และสายอาชีพระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) 2 แห่ง ของจังหวัดพะเยา จำนวน 392 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ Chi-square และ Logistic regression ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ร้อยละ 31.1 อายุที่กลุ่มตัวอย่างเริ่มสูบบุหรี่คือ 13 ปี อัตราการสูบบุหรี่ของเพศชาย เท่ากับ 45.4 เพศหญิงเท่ากับ 13.2 เหตุผลที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ คือ อายากลอง ร้อยละ 43.4 รองลงมา คือ ลดความเครียดและตามเพื่อน ร้อยละ 32.8 และ 22.1 ตามลำดับ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่พบว่า เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่สูงกว่าเพศหญิง 3.78 เท่ารองลงมา คือ วัยรุ่นที่มีคนในครอบครัวและเพื่อนสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่คนในครอบครัวและเพื่อนสูบบุหรี่ไม่สูบบุหรี่ 3.55 เท่านอกจากนี้ยังพบว่าทัศนคติที่ดีต่อการสูบบุหรี่และผลการเรียน เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น

ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของสถาบันครอบครัวและการศึกษาในการปลูกฝังทัศนคติและเป็นต้นแบบที่ถูกต้องต่อการไม่สูบบุหรี่ สถาบันการศึกษาควรมีนโยบายและกฎระเบียบเคร่งครัดในการป้องกันการสูบบุหรี่

คำสำคัญ: พฤติกรรมการสูบบุหรี่; วัยรุ่น; ปัจจัยเสี่ยง



Smoking Behavior and Risk Factors Associated with Smoking of Early Adolescents in Phayao Province, Thailand

Cholada Chaikoolvatana*

Prakaidao Sutti*

Wichanee Jaimalai*

Abstract

This cross-sectional survey study was conducted to investigate prevalence of smoking in adolescents, the relationship between personality factors and perceived environment and socialization, and factors predicting smoking behavior of early adolescents. The sample consisted of 392 Thai students studying in two secondary schools and two vocational education colleges located in Phayao province, Thailand. Data were collected using self-administered questionnaires. Descriptive statistics and Chi-square tests were used to analyze relationships between variables. Logistic regression was used to calculate odds ratios. The result found that the prevalence of smoking was 31.1%. The minimum age of early smoking initiation was 13 years. The smoking rates of male and female adolescents were 54.4 % and 13.2 %, respectively. The reasons for being a smoker were curiosity (43.4%), stress reduction (32.8%) and persuasion of friends (22.1%). The predicting factors for smoking behavior was sex. Male adolescents had a 3.78 times greater chance of smoking than females (OR= 3.78). The second most important factor was having parents or friends who smoked. They were 3.55 times more likely to be smokers, as compared to those having non-smoking parents nor friends. Moreover, having a positive attitude towards smoking and academic achievement were the other significant factors related to smoking behavior in adolescents.

The findings suggest that family and educational institutions play an important role to enhance positive attitudes among early adolescents and to become non-smoking role models for them. The educational institutes should have restricted policies and rules to prevent the students from smoking.

Keywords: smoking behavior; adolescents; risk factors



ความเป็นมาและความสำคัญ

สำนักงานสถิติแห่งชาติได้สำรวจการบริโภคยาสูบของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2554 พบว่าประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปบริโภคยาสูบ 10.77 ล้านคน (19.94%) อัตราการบริโภคยาสูบของเพศชายเท่ากับ 39% เพศหญิงเท่ากับ 2.05%¹ และการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรไทยประมาณ 48,244 คนต่อปี โดยเฉลี่ยผู้ชาย 1 ใน 6 คนและผู้หญิง 1 ใน 25 คนเมื่อพิจารณาภาวะโรคจากบุหรี่ พบว่า โรคมะเร็งปอดในสูงสุดคิดเป็น 75% รองลงมาคือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคิดเป็น 50% นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังนำไปสู่การสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยพบว่า ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดจากความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์เท่ากับ 43.6 พันล้านบาท หรือคิดเป็น 0.5% ของ GDP โดยคิดเป็นค่าใช้จ่ายทางตรงทางการแพทย์เท่ากับ 14,956 ล้านบาท และคิดเป็นค่าใช้จ่ายทางอ้อมทางการแพทย์เท่ากับ 952 ล้านบาท ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความสูญเสียทางเศรษฐกิจนี้คิดเป็น 11% ของค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพทั้งหมด 15% เป็นค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุข และ 61% เป็นงบประมาณทางด้านสาธารณสุข²

สถานการณ์การบริโภคยาสูบของจังหวัดพะเยา ปีพ.ศ. 2554 พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 22.69 ในปี พ.ศ. 2550 เหลือร้อยละ 16.01 ในปีพ.ศ. 2554 ในขณะที่วัยก่อนวัยสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลงจาก 18.33 ปี ในปี พ.ศ. 2550 เป็น 17.54 ปี ในปีพ.ศ. 2554 นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 29.27 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปได้พบเห็น/ได้กลิ่นบุหรี่ในสถานศึกษาระดับต่ำกว่าอุดมศึกษา ซึ่งเป็นอัตราที่สูงเมื่อเทียบกับระดับประเทศ (ร้อยละ 15.25)³ จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า ปัญหาการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยายังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข ถึงแม้สถิติการสูบบุหรี่ของจังหวัดมีแนวโน้มลดลงแต่บุหรี่ซึ่งจัดเป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่งที่สามารถหาซื้อได้ง่ายและไม่ผิดกฎหมาย การสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุยังน้อยมีโอกาสเสี่ยงต่อการนำไปสู่การใช้สิ่งเสพติดอื่นๆ ที่รุนแรงขึ้นการสูบบุหรี่ส่งผลเสียต่อสุขภาพของทั้งผู้สูบเองและ

บุคคลรอบข้าง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศด้วย⁴ จากการทบทวนผลงานวิจัยในจังหวัดพะเยาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ยังมีวัยรุ่นมีน้อยมาก ผู้วิจัยจึงให้ความสนใจศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรมสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยาและศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ย เช่น ความรู้ ทศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่⁵⁻⁶ การกำกับดูแลของบิดามารดา⁷⁻⁸ พฤติกรรมสูบบุหรี่ของคนในครอบครัวและเพื่อน⁵⁻⁶ เป็นต้น เพื่อนำข้อมูลเหล่านี้มาใช้ประเมินพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ยและเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นให้เหมาะสมและยังช่วยในการกำหนดนโยบายของภาครัฐที่เกี่ยวข้องต่อไปได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การสูบบุหรี่ของวัยรุ่นจังหวัดพะเยา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคลิกภาพ การรับรู้ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านประชากรและสังคมกับพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ยของวัยรุ่นจังหวัดพะเยา
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ใช้ทำนายพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ยของวัยรุ่นจังหวัดพะเยา

สมมติฐาน

ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ การรับรู้ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสังคมสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ยของวัยรุ่นจังหวัดพะเยาได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้นำทฤษฎีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Problem-Behavior Theory: PBT)⁹⁻¹⁰ มาใช้เพื่ออธิบายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ยของวัยรุ่น ทฤษฎีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของ Jessor⁹ มีแนวคิดว่า พฤติกรรมเบี่ยงเบนหรือปัญหาที่เกิดขึ้นในวัยรุ่นเป็นผลจากการที่วัยรุ่นมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยปัจจัยสำคัญของการเกิดปัญหาหรือพฤติกรรมเบี่ยงเบนของวัยรุ่น



แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) สิ่งแวดล้อมทางประชากรและสังคม (socialization and demography) 2) ระบบการรับรู้สิ่งแวดล้อม (perceived environment system) 3) ระบบบุคลิกภาพ (personality system) ทฤษฎีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้นำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมเบี่ยงเบนหรือปัญหาที่เกิดขึ้นในวัยรุ่น เช่น พฤติกรรมการดื่มสุรา สูบบุหรี่และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เป็นต้น ผู้วิจัยได้ใช้ปัจจัยทั้ง 3 ด้าน มาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ปัจจัยด้านการรับรู้ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ พฤติกรรมสูบบุหรี่ของเพื่อนและครอบครัว การได้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่และการกำกับดูแลของบิดามารดาและปัจจัยด้านประชากรและสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ผลการเรียน เงินที่ได้รับจากผู้ปกครอง และระดับการศึกษาของผู้ปกครอง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional survey research) เพื่อศึกษาสถานการณ์การสูบบุหรี่ของวัยรุ่นและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นจังหวัดพะเยา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัยเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน และระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษาจังหวัดพะเยา ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2557 จำนวน 4,186 คน ผู้วิจัยได้คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยสูตรยามาเน่ (Yamane) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 365 คน เพื่อป้องกันการลดลงของกลุ่มตัวอย่างหรือการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างขึ้นร้อยละ 10 ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 402 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกโดยใช้วิธีการเลือกแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ได้โรงเรียนระดับมัธยมศึกษา 2 แห่ง และระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ จำนวน 2 แห่ง ได้แบบสอบถามกลับคืนมา 392 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 7 ส่วนดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยเพื่อสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 9 ข้อ

2. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์จากงานวิจัยของธราดลและคณะ¹¹ ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามการสำรวจการสูบบุหรี่ของผู้หญิงในภูมิภาคเอเชีย ตะวันออกเฉียงใต้ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบกึ่งปลายเปิดและปลายปิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น จำนวน 10 ข้อ เช่น การเคยสูบบุหรี่ อายุที่เริ่มสูบ จำนวนบุหรี่ที่สูบ เหตุผลที่สูบ สถานที่สูบบุหรี่ ชนิดของบุหรี่ การได้มาของบุหรี่ เป็นต้น

3. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยเป็นคำถามเกี่ยวกับบุหรี่ พิษภัยบุหรี่ ผลกระทบต่อสุขภาพ และกฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่ จำนวน 12 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้น้อย มีคะแนน 0-6 คะแนน ความรู้ปานกลาง มีคะแนน 7-9 คะแนน และความรู้ดี มีคะแนน 10-12 คะแนน มีค่า KR-20 เท่ากับ .60

4. แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ประยุกต์จากแบบสอบถามของศูนย์ วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)¹² เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการสูบบุหรี่ การควบคุม การบริโภคยาสูบ การโฆษณาบุหรี่ การเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่ เป็นต้น จำนวน 15 ข้อ มีทั้งข้อความเชิงบวกและลบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) การแปลผลแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ เห็นด้วย มีคะแนน 15-41 คะแนน ไม่เห็นด้วย มีคะแนน 42-60 คะแนน มีค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ .82

5. แบบสอบถามการกำกับดูแลของบิดามารดา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากงานวิจัยของชลลดา ไชยกุลวัฒน์¹³ เป็นคำถามเกี่ยวกับการควบคุม



กำกับ ดูเลขของบิตามารดาในเรื่องต่างๆ เช่น การคบเพื่อน การใช้เวลาว่าง เป็นต้น ตามการรับรู้ของวัยรุ่น จำนวน 8 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคือ ประจํา (4 คะแนน) ถึง ไม่เคย (1 คะแนน) การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ดี มีคะแนน 26-32 คะแนนปานกลาง มีคะแนน 19-25 คะแนน และน้อย มีคะแนน 8-24 คะแนน มีค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ .89

6. แบบสอบถามพฤติกรรมสูบบุหรี่ของคนในครอบครัวและเพื่อน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนในครอบครัวและเพื่อนสนิท จำนวน 8 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคือ ประจํา (1 คะแนน) ถึง ไม่เคย (4 คะแนน) การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือมาก มีคะแนน 8-18 คะแนน ปานกลาง มีคะแนน 19-25 คะแนน และน้อย มีคะแนน 26-32 คะแนน มีค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ .92

7. แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านบุหรี่ เป็นแบบสอบถามที่ประยุกต์จากแบบสอบถามของศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)¹² ข้อคำถามเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการห้ามสูบบุหรี่ผ่านทางสื่อต่างๆ และการสอนเรื่องบุหรี่ในโรงเรียน จำนวน 9 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคือ ประจํา (4 คะแนน) ถึง ไม่เคย (1 คะแนน) การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ มาก มีคะแนน 29-36 คะแนน ปานกลาง มีคะแนน 22-28 คะแนน และน้อย มีคะแนน 9-21 คะแนน มีค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ .77

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการของสถานศึกษาที่เก็บข้อมูลวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายถึงวิธีการตอบแบบสอบถามและการพิทักษ์สิทธิให้กับกลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม พร้อมแจกใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการ

อนุญาตจากผู้ปกครองและยินดีเข้าร่วมงานวิจัยจะตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ผู้วิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนรับแบบสอบถามคืน

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากมหาวิทยาลัยพะเยาแล้ว (HE 57-02-04-004) และขอความยินยอมจากผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผลจะนำเสนอในรูปแบบของภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่เกี่ยวข้อง และใช้สถิติ Chi-square test และ Logistic regression (Odds Ratio) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆและทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การสูบบุหรี่ของวัยรุ่นจังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 70.3 ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 55.1 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.4 ผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 68.9 และเคยสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 31.1 อายุเฉลี่ยในการสูบบุหรี่ครั้งแรก คือ 14 ปี (SD=2.36) การสูบบุหรี่ในรอบ 1 เดือน พบว่าร้อยละ 28.7 สูบมากกว่า 10 วัน และร้อยละ 32.0 สูบบุหรี่ 1-10 มวน สาเหตุของการสูบบุหรี่คืออยากลองร้อยละ 43.4 รองลงมาคือลดความเครียด และตามเพื่อนร้อยละ 32.8 และ 22.1 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สูบบุหรี่กันกรอกร้อยละ 79.5 บุหรี่มวนเองร้อยละ 8.2 สถานที่ที่ใช้ในการสูบบุหรี่คือบ้านตนเอง คิดเป็นร้อยละ 32 รองลงมาคือบ้านเพื่อนและโรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 23.8 และ 20.5 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างได้บุหรืโดยการซื้อจากร้านค้า เช่น ร้านขายของชำ แผงลอย คิดเป็นร้อยละ 34.4 รองลงมาคือขอจากเพื่อน



และซื้อจากร้านสะดวกซื้อคิดเป็นร้อยละ 27.9 และ 18.9 ตามลำดับ ความยากง่ายในการหาบุหรี่มาสูบ กลุ่มตัวอย่างคิดว่าเป็นเรื่องง่ายมาก ร้อยละ 41.3 รองลงมาคือไม่ยากไม่ง่าย คิดเป็นร้อยละ 36.4

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านบุคลิกภาพ การรับรู้ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านประชากรและสังคมพบว่า ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 81.9 และมีทัศนคติไม่เห็นด้วยกับการสูบบุหรี่ ร้อยละ 74.5 ปัจจัยด้านการรับรู้สิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับการกำกับดูแลของบิตามารดาอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 45.4) คนในครอบครัวและเพื่อนมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ในระดับปานกลางถึงมาก ร้อยละ 61.7 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเคยถูกญาติ (ร้อยละ 51.6) หรือเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ (ร้อยละ 61.3) การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการห้ามสูบบุหรี่ผ่านทางสื่อต่างๆ และการสอนเรื่องบุหรี่ในโรงเรียนอยู่ในระดับน้อย

(ร้อยละ 44.9) และปัจจัยด้านสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.6 เพศหญิง ร้อยละ 44.4 ผลการเรียนรู้เฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.01-3.50 คิดเป็นร้อยละ 30.87 อายุเฉลี่ย 16.2 ปี (SD=1.76) และเงินที่ได้รับเงินจากผู้ปกครองต่อเดือน 1,001-3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 63.14

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคลิกภาพ การรับรู้ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านประชากรและสังคมและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น โดยใช้สถิติ Chi-square test พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ เพศ ผลการเรียนรู้ ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมสูบบุหรี่ของคนในครอบครัวและเพื่อน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น

ปัจจัย	Chi-square (χ^2)	p-value
ปัจจัยด้านประชากรและสังคม		
อายุ	0.17	.677
เพศ	46.78	<.001
ผลการเรียน	14.78	.001
เงินที่ได้รับจากผู้ปกครอง	1.51	.470
ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง	12.94	.120
ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ		
ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่	13.46	.001
ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่	29.97	<.001
ปัจจัยด้านการรับรู้สิ่งแวดล้อม		
การกำกับดูแลของบิตามารดา	4.13	.127
พฤติกรรมสูบบุหรี่ของคนในครอบครัวและเพื่อน	51.07	<.001
การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านบุหรี่	1.87	.392



4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น โดยนำปัจจัยทั้ง 3 กลุ่มมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ Logistic regression (Odds Ratio) พบว่า เพศ ผลการเรียน ทักษะคิดเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมสูบบุหรี่ของคนในครอบครัวและเพื่อน เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมสูบบุหรี่ของวัยรุ่น โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่มากเป็น 3.78 เท่าของเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างที่มีคนในครอบครัวและเพื่อน

สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่คนในครอบครัวและเพื่อนสูบบุหรี่ไม่สูบบุหรี่ 3.55 เท่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติเห็นด้วยกับการสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่มากเป็น 2.82 เท่าของกลุ่มที่มีทัศนคติไม่เห็นด้วยกับการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างที่มีผลการเรียนในระดับปานกลางมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่มีผลการเรียนในระดับดี 2.04 เท่า ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น

ปัจจัย	OR	95%CI	p-value
ปัจจัยด้านประชากรและสังคม			
อายุ	1.830	1.035-3.236	.380
เพศชาย	3.778	2.154-6.627	<.001
ผลการเรียน	2.041	1.216-3.425	.007
ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ			
ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่	2.822	1.615-4.933	<.001
ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่	.860	.351-2.104	.074
ปัจจัยด้านการรับรู้สิ่งแวดล้อม			
การกำกับดูแลของบิดามารดา	.940	.048-2.167	.884
การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านบุหรี่	1.341	.568-3.164	<.001
พฤติกรรมสูบบุหรี่ของคนในครอบครัวและเพื่อน	3.550	1.882-6.697	<.001

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นตอนต้นร้อยละ 31.1 เคยสูบบุหรี่ โดยอายุที่เริ่มสูบครั้งแรกคือ 14 ปี มีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับรายงานสถานการณ์การบริโภคยาสูบของจังหวัดพะเยาปี พ.ศ. 2554 อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ 17.54 ปี จะเห็นได้ว่าวัยรุ่นตอนต้นมากกว่า 1 ใน 4 มีพฤติกรรมลองสูบบุหรี่ ทั้งนี้อาจเป็นผลจากพัฒนาการตามวัยที่อยากรู้ยาทดลองหรือหาประสบการณ์ใหม่ๆ ประกอบกับสภาพสังคมปัจจุบันวัยรุ่นเข้าถึงบุหรี่ได้ง่ายสามารถหาซื้อได้จากร้านสะดวกซื้อทั่วไปหรือได้จากเพื่อน ทำให้มีโอกาสทดลองสูบบุหรี่ได้มากขึ้น^{11,14}

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นทั้ง 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยด้านสังคม บุคลิกภาพและ

การรับรู้สิ่งแวดล้อม ได้แก่ เพศ ผลการเรียน ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทักษะคิดเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมสูบบุหรี่ของคนในครอบครัวและเพื่อน และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น คือ เพศ ผลการเรียน ทักษะคิดเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมสูบบุหรี่ของคนในครอบครัวและเพื่อน ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นอาจเป็นเพราะเพศหญิงมีสัญชาตญาณการอยากรู้ ขอบความตื่นเต้นโลดโผนและอยากลองน้อยกว่าเพศชาย ประกอบกับขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมไทย ส่งผลให้เพศหญิงอยู่ในกรอบระเบียบมากกว่าเพศชาย เมื่อนำปัจจัยด้านเพศไปวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า



วัยรุ่นเพศชายจะมีพฤติกรรมสูบบุหรี่สูงกว่าเพศหญิง 3.78 เท่า สอดคล้องกับงานวิจัยของอนันต์ ไชยกุลวัฒนา และคณะ¹⁵ พบว่า เพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนอาชีวศึกษาและวิทยาลัยเทคนิคในพื้นที่เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และการศึกษาของชนิษฐ์ชา และคณะ¹⁶ ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ยังพบว่าผลการเรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ตามทฤษฎีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (PBT)⁹⁻¹⁰ ที่กล่าวถึง ตัวแปรการให้คุณค่ากับการเรียนว่าเป็นตัวแปรที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมเสี่ยงหรือปัญหาที่เกิดขึ้นในวัยรุ่น สอดคล้องกับการศึกษา Eun & Ji Young¹⁷ ที่พบว่า ผลการเรียนอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในระยะเริ่มต้นและการศึกษาของนพมาศ ร่มเกศ¹⁷ พบว่านักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกันมีการรับรู้ถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อนำปัจจัยนี้ไปวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายพบว่าวัยรุ่นที่มีผลการเรียนในระดับปานกลางจะมีพฤติกรรมสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่มีผลการเรียนในระดับดี 2.04 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Frances และคณะ⁷ ที่พบว่า การให้คุณค่ากับการศึกษาเป็นตัวแปรหนึ่งในกลุ่มตัวแปรด้านพฤติกรรมป้องกันตนเองที่สามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อธิบายได้ว่าความรู้เป็นแนวทางหนึ่งนำไปสู่การปฏิบัติของบุคคล เพราะเมื่อบุคคลได้เรียนรู้จนเกิดความเข้าใจทำให้บุคคลสามารถปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เมื่อนำปัจจัยความรู้ไปวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายพบว่า ความรู้ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นได้ อาจอธิบายได้ว่า ระดับความรู้ในกลุ่มวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 77.5) ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับกลุ่มที่ไม่สูบ (ร้อยละ 83.7) ทำให้ไม่พบความแตกต่างระหว่างทั้งสองกลุ่ม สอดคล้อง

กับการศึกษาธราดล เก่งการพานิชและคณะ¹¹ พบว่าความรู้เกี่ยวกับโทษภัยจากการสูบบุหรี่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นหญิงในกรุงเทพฯและปริมณฑล แต่ตรงข้ามกับการศึกษาอรัญ คุณคำ¹⁸ ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่เป็นตัวแปรหนึ่งที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดอุบลราชธานี

เกี่ยวกับทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ การวิจัยนี้พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นและเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่าทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่สามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ โดยวัยรุ่นที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการสูบบุหรี่จะมีพฤติกรรมสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่มีทัศนคติเชิงลบต่อการสูบบุหรี่ 2.82 เท่า ทั้งนี้อธิบายได้ว่าทัศนคติเป็นผลรวมของความเชื่อที่มีผลต่อการตัดสินใจหรือความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมนั้น การที่บุคคลมีทัศนคติยอมรับพฤติกรรมเบี่ยงเบนหรือที่เป็นปัญหา บุคคลมักจะแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับทัศนคติต่อพฤติกรรมนั้น ๆ⁹ สอดคล้องกับการศึกษาของโชคชัย สาครพานิช⁶ พบว่าทัศนคติต่อการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการตั้งใจสูบบุหรี่ของนักเรียนชายที่ไม่สูบบุหรี่ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดตราด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของกมลภู ถนอมสัตย์และรัชณี สรรเสริญ⁵ ที่พบว่าทัศนคติที่เห็นด้วยกับการสูบบุหรี่ (OR=2.16) มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในระยะเริ่มต้นของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดตราด และการศึกษาของรัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญและคณะ¹⁹ พบว่า ความเชื่อและทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนอาชีวศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นต้น และผลการศึกษาของอนันต์ ไชยกุลวัฒนา และคณะ¹⁵ พบว่า ทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนอาชีวศึกษาและวิทยาลัยเทคนิค ในพื้นที่เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ปัจจัยด้านการรับรู้สิ่งแวดล้อม ได้แก่ พฤติกรรมสูบบุหรี่ของคนในครอบครัวและเพื่อนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นและเมื่อวิเคราะห์ปัจจัย



ทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า วัยรุ่นที่มีคนในครอบครัวและเพื่อนสูบบุหรี่จะมีพฤติกรรมสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีคนในครอบครัวและเพื่อนสูบบุหรี่ 3.55 เท่า อธิบายได้ว่า ตามทฤษฎีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Problem Behavior Theory: PBT) กล่าวถึง ตัวแปรที่มีผลทางตรงต่อการแสดงพฤติกรรมของวัยรุ่น ได้แก่ การยอมรับของบิดามารดาและเพื่อนต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและการเป็นต้นแบบพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัว เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น ดังนั้นการที่วัยรุ่นรับรู้ว่าคุณค่าการยอมรับหรือเห็นด้วยกับการแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหรือมีบุคคลใกล้ชิดเป็นต้นแบบพฤติกรรมที่เป็นปัญหาทำให้วัยรุ่นมีโอกาสแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเหล่านั้นมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของนิภาวรรณ หมีทอง⁸ พบว่า การเป็นต้นแบบด้านการสูบบุหรี่ของบิดามารดาและเพื่อนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาอาชีวศึกษาหญิง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ จันทรแก้วและคณะ¹⁴ ที่พบว่า การสูบบุหรี่ของพี่น้อง การสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิท ไม่มีความสัมพันธ์กับการทดลองสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดปทุมธานี

สำหรับปัจจัยการกำกับดูแลของบิดามารดาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมจากบิดามารดาอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง (ร้อยละ 45.4 และ 38.5 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาระดับการควบคุมกำกับดูแลของบิดามารดาในกลุ่มวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่ระดับปานกลางถึงน้อย (ร้อยละ 85.3) ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 83.3) เช่นเดียวกับปัจจัยการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านบุหรี่ที่พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ผ่านสื่อต่างๆ รวมถึงการสอนเกี่ยวกับบุหรี่ในโรงเรียนอยู่ในระดับปานกลางถึงน้อย (ร้อยละ 42.6 และ 44.9 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาในกลุ่มวัยรุ่นที่สูบบุหรี่พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 89.0 ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับปานกลางถึงน้อยซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับ

กลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 86.0) จึงไม่พบความแตกต่างระหว่างตัวแปรทั้งสองกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนิภาวรรณ หมีทอง⁸พบว่า การควบคุมของบิดามารดามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาอาชีวศึกษาหญิง การศึกษาของธราดล เก่งการพานิช และคณะ¹¹ พบว่า การเห็นโฆษณาบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นหญิง และการศึกษาของอรรณี คุณคำ¹⁸ พบว่า แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นปัจจัยสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของ นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาอุบลราชธานี เขต 2

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวเป็นต้นแบบของการไม่สูบบุหรี่
2. สร้างทัศนคติหรือค่านิยมการไม่สูบบุหรี่และจัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะชีวิตให้กับวัยรุ่น
3. การเฝ้าระวังพฤติกรรมสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นชาย หรือกลุ่มที่มีปัญหาการเรียน ซึ่งเป็นกลุ่มที่โอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่สูง
4. สนับสนุนโรงเรียน ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบในการป้องกันและแก้ปัญหาการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นรวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ที่จะนำสู่การสูบบุหรี่
5. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่ได้คัดสรรมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองความเชื่ออำนาจภายในตนสัมพันธ์ภาพของครอบครัว เป็นต้น เพื่อร่วมทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น
6. สนับสนุนให้วัยรุ่นมีส่วนร่วมคิดและจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันการสูบบุหรี่ในรูปแบบเชิงสร้างสรรค์ผ่านกลุ่มเพื่อน เช่น การจัดค่ายอาสาการจัดทำสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ เป็นต้น



References

1. National Statistical Office. The smoking and drinking behavior survey 2011. Bangkok: Text and Journal Publication; 2012. (in Thai)
2. Pitayarangarit S, IamananP, Punkrajang P, Sommit K. Tobacco consumption control situation in Thailand 2012. 3rd ed. Bangkok: Charoendee Munkong Printing; 2012. (in Thai).
3. Pitayarangarit S, Sommit K, IamananP. Tobacco consumption control situation in Thailand by provinces 2011. Bangkok: Charoendee Munkong Printing; 2012. (in Thai).
4. Thai Health Promotion Foundation. Tobacco as adrug [internet]. 2013 [cited 2013 May 2]. Available from <http://www.thaihealth.or.th/Content/6834>
5. Thanomat K, Sunsern R. Factors related to early smoking stage among male students at lower secondary school under the jurisdiction of The Trat Education Service Area Office. *Journal of Nursing and Education* 2011; 4(3):38-47. (in Thai).
6. Sakornpanich C. Factors associated with non-smoking high school male students intention to smoke. *J PrapokklaoHospClin Med Educat Center* 2011; 28(1):44-52. (in Thai).
7. Frances MC, Richard J, Mark ST. (2007). College student involvement in cigarette smoking: The role of psychosocial and behavioral protection and risk. *Nicotine & Tobacco Research* 2007; 9(2):213-24.
8. Meethong N. Causal factors related to smoking behavior among female students of vocational education colleges in Bangkok Metropolis [Master Thesis]. Bangkok: Srinakharinwirot University. 2008. (in Thai).
9. Donovan EJ. Problem Behavior Theory. In Fisher CB, Lerner RM, editors. *Encyclopedia of Applied Developmental Science (Vol.2)*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2005. p. 872-77
10. Rew L. Adolescent health: a multidisciplinary approach to theory, research and Intervention. California: Sage Publications; 2005.
11. Kengganpanich T, KengganpanichM, Termsirikulchai L. Factors influencing on young women smoking in Thailand. *Journal of Health Education* 2008; 31(108):26-40. (in Thai).
12. Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. Global Youth Tobacco Survey [internet]. 2011 [cited 2013 May 2]. Available from http://www.trc.or.th/th/index.php?option=com_content&view=article&id=93&Itemid=930
13. Chaikoolvatana C, Powwattana A, Lagampan S, Jirapongsuwan A, Bennet T. Development of a school-based pregnancy prevention model for early adolescent female Thais. *Pracific Rim Int J Nurs Res* 2013; 17(2): 131-47.
14. Jankaewe J, Homsin P, Srisuriyawet R. Factors Related to Smoking Initiation among Male Students in Lower Secondary Schools, PathumTani. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2015; 27(2): 99-109.
15. Chaikoolvatana A, Manwong M, Chaikoolvatana C, Saisingh N, Wongthanu S, Kwangtong M. Prevalence and factors influencing smoking behaviors among vocational and technical students in a North-Eastern Province of Thailand. *Chula Med J* 2016; 60(2): 1-17.
16. Boonserm C, Suthitiwanich P, Worrassa R. Smoking behaviors among youth in Chaiyaphum Province. *Journal of Health Science* 2009; 3(2): 6-14 (in Thai).



17. Eun SS, Ji YY. Factors Associated with Early Smoking Imitation among Korean Adolescent. *Asian Nursing Research* 2015;9:115-19.
18. KoonkumA. Factors relating to smoking prevention behavior of male students in the upper secondary schools under the jurisdiction of the office of UbonRatchathani Educational Service Area 2 [Master Thesis]. UbonRatchathani: UbonRatchathani Rajabhat University. 2010. (in Thai).
19. Ungchatoen R, Seeherunwong A, Kongsakon R, Sujirarat D. Beliefs and Attitudes toward smoking cessation among vocational students with nicotine addiction and non-addiction. *Journal of Nursing science* 2014; 32(4):52-62. (in Thai).



การวิเคราะห์องค์ประกอบการใช้ประโยชน์สารสนเทศด้านสุขภาวะ บนอินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุ*

สุวิธ ธีระโคตร**
วีรพงษ์ พลนกรกิจ***

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบการใช้ประโยชน์สารสนเทศด้านสุขภาวะบนอินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุ เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ ใช้กลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มอย่างง่ายจากชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมาจำนวน 410 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสำรวจพฤติกรรมและความคิดเห็นต่อการใช้ประโยชน์จากอินเทอร์เน็ตเพื่อสุขภาวะซึ่งมีระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 การวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสำรวจใช้วิธีการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธีเน้นองค์ประกอบหลัก และหมุนแกนแบบหมุนจากด้วยวิธีแวกซ์แม็กซ์

ผลการวิจัยพบว่าการวิเคราะห์องค์ประกอบการใช้ประโยชน์สารสนเทศด้านสุขภาวะบนอินเทอร์เน็ต มีค่าสถิติไคเซอร์-เมเยอร์-ออลคิน (KMO) เท่ากับ 0.87 และค่าสถิติของบาร์ทเลทท์ $\chi^2 = 3315.41$ ทำการสกัดองค์ประกอบพบว่า ได้ 4 องค์ประกอบ ซึ่งมีค่าไอเกนอยู่ระหว่าง 1.21-5.81 และมีค่าความแปรปรวนสะสมขององค์ประกอบที่สกัดได้คิดเป็นร้อยละ 62.41 องค์ประกอบที่ได้ คือ องค์ประกอบที่ 1 เจตคติต่อการใช้งานอินเทอร์เน็ตและสารสนเทศด้านสุขภาวะ มี 8 ตัวแปร องค์ประกอบที่ 2 การศึกษาและประสบการณ์การใช้อินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุ มี 4 ตัวแปร องค์ประกอบที่ 3 คุณภาพและปริมาณของสารสนเทศด้านสุขภาวะบนอินเทอร์เน็ต มี 3 ตัวแปร และองค์ประกอบที่ 4 อายุและการรู้เท่าทันอินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุ องค์ประกอบเหล่านี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับการให้การศึกษาและการเรียนรู้ด้านสุขภาวะแก่ผู้สูงอายุผ่านเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ต

คำสำคัญ: การใช้อินเทอร์เน็ต; สารสนเทศด้านสุขภาวะ; การวิเคราะห์องค์ประกอบ; ผู้สูงอายุ

* บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของคณาจารย์นิพนธ์เรื่อง การพัฒนาแบบจำลองการบริการดิจิทัลสำหรับผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

** นักศึกษาหลักสูตรวิทยาการสารสนเทศดุสิตบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศ, e-mail: suwich.t@msu.ac.th

*** สาขาวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักวิชาเทคโนโลยีสังคม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



A Component Analysis of the Utilization of the Internet by the Elderly to Gain Health Information *

Suwich Tirakoat**

Weerapong Polnigongit***

Abstract

This research aimed to analyze the components of the utilization of the internet by the elderly to gain health information. A Quantitative research method was used with a simple random sample of 410 elderly from a community in Nakhon Ratchasima province. The questionnaire asking about the behaviors and opinions on utilization of Internet to gain health information with reliability of 0.78 was used to collect the data. Exploratory factor analysis used the Principal Components Method (PCM) and rotated the components with Orthogonal rotation using the Varimax method.

The results of this research found that: factor analysis for the use of the internet by the elderly to gain health information by Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) was 0.87 while the Bartlett's Test of Sphericity Chi-Square=3315.41. Four factors were extracted with Eigenvalues between 1.21 and 5.81. Cumulative variance was 62.41%. The factors were grouped and categorized from variables concerning the use of the Internet of the elderly, and included (1) attitudes of internet and wellness information use, with 8 variables, (2) education and internet experience of elderly, with 4 variables, (3) quality and quantity of wellness information on the internet, with 3 variables, and (4) age and internet literacy of elderly, with 2 variables. These factors can be used as a guide for education and learning for the elderly to use the internet technology to gain health information.

Keywords: internet use; health information; component analysis; elderly

* This article is part of doctoral dissertation titled "Model Development of Digital Services for Elderly's Wellness in Northeastern Region of Thailand"

** Candidate of Doctor of Information Science (Information Technology), e-mail: suwich.t@msu.ac.th

*** School of Information Technology, Institute of Social Technology, Suranaree University of Technology



ความเป็นมาและความสำคัญ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 กำหนดว่า ประชาชนที่อายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปถือเป็นผู้สูงอายุ และพระราชบัญญัตินี้ได้กำหนดว่าผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับความคุ้มครองและการสนับสนุนจากภาครัฐให้มีการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ และครอบคลุมจำนวนผู้สูงอายุของไทยที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เริ่มตั้งแต่ในปี พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นปีที่จำนวนผู้สูงอายุไทยมีจำนวนกว่าร้อยละ 10 ถือเป็นปีแรกของการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศ และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2568 ซึ่งจำนวนผู้สูงอายุไทยจะมีถึงร้อยละ 20¹⁻² เมื่อพิจารณาสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่าในปี พ.ศ. 2558 อยู่ในสังคมสูงวัยแล้ว และพยากรณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ทุกจังหวัดจะอยู่ในสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์³ สถานการณ์นี้ส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศอย่างแน่นอน ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการสำหรับประชาชนจำเป็นต้องวางแผนงาน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา รวมทั้งด้านสุขภาพ เพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่าอินเทอร์เน็ตเป็นสื่อที่ผู้คนทุกวัยใช้งานได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้งานอินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุ การศึกษางานวิจัยโดยผู้วิจัยพบว่าถึงแม้ว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่ใช้อินเทอร์เน็ตน้อยกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ แต่เวลาที่ใช้อยู่วันมากถึง 4.5 ชั่วโมง ด้วยอุปกรณ์สมาร์ทโฟน เพื่อการพูดคุยกับบุคคลอื่นด้วยสังคมออนไลน์ และการสืบค้นข้อมูลด้วย⁴ ที่กล่าวมาเป็นเพียงพฤติกรรมการใช้งานเท่านั้น แต่ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้อินเทอร์เน็ตและการใช้ประโยชน์จากเนื้อหาที่ได้จากอินเทอร์เน็ตอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เนื้อหาสารสนเทศด้านสุขภาพที่ถูกเผยแพร่บนอินเทอร์เน็ต วรรณรัตน์ รัตนวรางค์⁵ ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อหาข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุค้นหาข้อมูลทางสุขภาพ ได้แก่ ความพึงพอใจในการใช้อินเทอร์เน็ต การรับรู้เหตุการณ์ต่างๆ การพูดคุยสนทนา

กับคนอื่น และการมีส่วนร่วมกับกิจกรรมทางสังคม นอกจากนี้กันตพล บันทัดทอง⁶ ระบุว่าความแตกต่างของอายุ รายได้อาชีพ จุดประสงค์ของการใช้งาน และแรงจูงใจในการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์เป็นช่องทางสำหรับการสื่อสารกับคนอื่น มีผลต่อความพึงพอใจในการใช้งานอินเทอร์เน็ตด้วย ในขณะที่สมาน ลอยฟ้า⁷ ศึกษาเหตุผลของการใช้และไม่ใช้อินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุในชนบท พบว่า เหตุผลที่สำคัญทำให้ผู้สูงอายุใช้อินเทอร์เน็ตคือ การใช้งานง่าย และค้นหาข้อมูลได้ทุกประเภทตามความต้องการ สำหรับเหตุผลที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ใช้อินเทอร์เน็ตคือ การขาดทักษะและความรู้ในการใช้งานอุปกรณ์และอินเทอร์เน็ต จากงานวิจัยที่กล่าวมายังไม่พบการวิเคราะห์องค์ประกอบการใช้ประโยชน์จากเนื้อหาด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุค้นพบจากอินเทอร์เน็ต ซึ่งผู้วิจัยจะนำมาเป็นประเด็นศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้

การทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับตัวแปรที่มีผลต่อการใช้อินเทอร์เน็ตและการใช้ประโยชน์จากเนื้อหาที่ได้จากอินเทอร์เน็ต พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาข้อมูลด้วยแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนนักศึกษา อย่างไรก็ตามผลการวิจัยเหล่านั้นพบปัจจัยที่น่าสนใจและสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในงานวิจัยนี้ได้ดังนี้ การยอมรับและความตั้งใจใช้งานเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตในการทำงานเกิดจากการรับรู้ว่าการใช้งานง่าย ประสบการณ์ในอดีต และการรับรู้ประโยชน์จากเทคโนโลยีนั้น⁸ ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตอย่างมีวิจารณญาณเกิดจากความแตกต่างกันของระดับความรู้และความคิด ความรับผิดชอบต่อสังคม และการได้รับการสนับสนุนจากสังคม เช่น เพื่อน ครู ครอบครัว สื่อ เป็นต้น⁹ ณัฐพร จันทรหอม¹⁰ ได้สกัดตัวแปรที่มีผลต่อการใช้อินเทอร์เน็ตของนักศึกษา ได้แก่ การติดต่อสื่อสารระหว่างครูกับนักศึกษา การจัดกิจกรรมบนอินเทอร์เน็ต การเรียนรู้ด้วยตัวเอง การใช้เพื่อความบันเทิง การมีอิสระในการศึกษาและเรียนรู้ การค้นหาเนื้อหาที่ต้องการได้ง่าย เป็นต้น นอกจากนี้ พนารัตน์ พรหมมา¹¹ ได้ศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตพบว่า การใช้อินเทอร์เน็ตได้รับ



อิทธิพลอย่างสูงจากเจตคติที่มีต่อการใช้อินเทอร์เน็ต ด้านการสืบค้น ด้านการสื่อสาร และด้านความบันเทิง สภาพแวดล้อมในการใช้อินเทอร์เน็ต แรงจูงใจ ความรู้ เกี่ยวกับการใช้งาน และการรับรู้ความสามารถของ อินเทอร์เน็ต เช่นเดียวกัน นฤมล เทพนวล¹² ที่พบว่า สาเหตุเกี่ยวกับการศึกษาเนื้อหาจากสื่ออินเทอร์เน็ตเกิด จากเจตคติการใช้งาน และความสะดวกในการสืบค้น เนื้อหา นอกจากนี้ ปราณี เอี่ยมละออภักดี¹³ พบปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ต ได้แก่ ความถนัดทางคอมพิวเตอร์ พฤติกรรมมุ่งอนาคต การควบคุมตนเอง แรงจูงใจการใช้งาน และความสะดวก สบายในการใช้อินเทอร์เน็ต

การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นทำให้ผู้วิจัยเห็น ตัวแปรจำนวนหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตและการใช้ประโยชน์จากอินเทอร์เน็ตตาม วัตถุประสงค์ของแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา สำหรับงาน วิจัยนี้ มีความสนใจเกี่ยวกับการศึกษาองค์ประกอบการ ใช้งานอินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัย ที่เกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากสารสนเทศด้านสุขภาวะ (ทางกาย ทางจิตใจและอารมณ์ ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และทางจิตวิญญาณและจิตปัญญา) ที่ถูกเผยแพร่บน อินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรตระหนักเป็นอย่างยิ่ง ถึงผลกระทบซึ่งอาจจะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุหากเชื่อและ นำเนื้อหาสารสนเทศด้านสุขภาวะที่ถูกเผยแพร่บน อินเทอร์เน็ตที่ไม่ถูกต้องไปปฏิบัติในการดำเนินชีวิต ทั้งนี้ องค์ประกอบที่ศึกษาได้ในครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ เพื่อเป็นแนวทางหรือพื้นฐานการให้การศึกษาระดับ เรียนรู้ด้านสุขภาวะแก่ผู้สูงอายุผ่านอินเทอร์เน็ต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบการใช้ประโยชน์ สารสนเทศด้านสุขภาวะบนอินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นประชาชนที่มีอายุ ตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ในเขตจังหวัดนครราชสีมา มีจำนวน ทั้งสิ้น 733,770 คน¹⁴ คำนวณขนาดขนาดตัวอย่างด้วย สูตรของทาโรยามาเน (Taro Yamane) ที่ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ 5% ได้เท่ากับ 399.78 คน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ไว้ที่ 400 คน โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการ สุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากชมรมผู้สูงอายุในจังหวัด นครราชสีมา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสำรวจพฤติกรรมและ ความคิดเห็นต่อการใช้ประโยชน์จากอินเทอร์เน็ตเพื่อสุข ภาวะ ประกอบด้วย 3 ส่วน โดยที่แต่ละส่วนของแบบ สสำรวจมีจำนวนตัวแปร ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของ ผู้ตอบแบบสอบถาม มี 2 ตัวแปร ส่วนที่ 2 การใช้ อินเทอร์เน็ตและความเชื่อถือสารสนเทศบนอินเทอร์เน็ต มี 7 ตัวแปร และส่วนที่ 3 ความเห็นเกี่ยวกับการใช้ อินเทอร์เน็ตและสารสนเทศด้านสุขภาวะ มี 8 ตัวแปร รวมทั้งสิ้น 19 ตัวแปร ระดับการวัดของตัวแปรในแบบ สสำรวจครั้งนี้ทั้งมาตราอันตรภาคชั้น และมาตราอัตราส่วน ซึ่งได้จากรายการที่เป็นแบบตรวจรายการ (checklist) แบบมาตราประมาณค่า (rating scale) และประมวล ค่าตัวแปรใหม่จากหลายรายการในแบบสำรวจ แบบ สสำรวจที่ใช้ครั้งนี้มีสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น (coefficient of reliability) ด้วยค่าอัลฟาครอนแบค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .782

* ประชากรสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาเพราะ (1) ความเป็นผู้สูงอายุวัยต้นเป็นต้นไปตามทฤษฎี การสูงอายุของเพค (Peck's theory) ซึ่งยึดเกณฑ์พิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงและความแตกต่างกันทั้งทางกายและทางจิตสังคม และ (2) บุคคลที่มีอายุนี้จะเป็นกลุ่มที่ใช้อินเทอร์เน็ตมากทั้งในปัจจุบันและจะยังคงใช้ต่อไปในอนาคต



การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ทำโดยความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูล ที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีความบกพร่องและพิการ ไม่มีคำตอบแทน ไม่มีการบันทึกภาพและเสียง รวมทั้งข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ไม่สามารถบ่งชี้ถึงตัวผู้ให้ข้อมูลได้ จำนวนแบบสำรวจที่ได้มีทั้งสิ้น 410 ฉบับ ซึ่งมากกว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้ถือเป็นการดี¹⁵ และผู้วิจัยใช้จำนวนแบบสำรวจที่ได้มาเป็นขนาดตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังการบันทึกข้อมูลจากแบบสำรวจที่เก็บรวบรวมมาจากกลุ่มตัวอย่างลงในโปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และตรวจสอบความถูกต้องแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1) คำนวณค่าข้อมูลเพื่อสร้างตัวแปรใหม่ ได้แก่ ความสามารถในการใช้งานโปรแกรมประยุกต์บนอินเทอร์เน็ต ความสามารถในการสืบค้นข้อมูล ระดับทักษะการรู้เท่าทันอินเทอร์เน็ต และความเชื่อถือสารสนเทศด้านสุขภาพบนอินเทอร์เน็ต

2) นับจำนวน และร้อยละของตัวแปรเป็นข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบ ได้แก่ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การใช้อินเทอร์เน็ต และระดับทักษะการรู้เท่าทันอินเทอร์เน็ต

3) วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis) โดยใช้วิธีการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธีเน้นองค์ประกอบหลัก (Principal Components Method) และหมุนแกนองค์ประกอบที่เป็นอิสระด้วยวิธีแวร์ริแมกซ์ (Varimax Orthogonal Rotation) ดำเนินการดังต่อไปนี้

3.1) ทดสอบความเหมาะสมของขนาดตัวอย่างที่ใช้สำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบด้วยค่าสถิติไคเซอร์-เมเยอร์-อลคิน (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy: KMO) และวัดสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้สำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบด้วยค่าสถิติของบาร์ทเลทท์ (Bartlett's Test of Sphericity)

3.2) สกัดองค์ประกอบด้วยวิธี Principal Component Analysis วิเคราะห์ด้วยเมตริกซ์สหสัมพันธ์ (Correlation matrix) และหมุนแกนเพื่อให้ตัวแปรทั้งหมดถูกจัดลงในองค์ประกอบที่เหมาะสมด้วยวิธี Varimax with Kaiser Normalization กำหนดค่าไอเกนต้องมีค่ามากกว่า 1

3.3) เลือกตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) ตั้งแต่ .30 ขึ้นไป ไว้ในแต่ละองค์ประกอบ

3.4) กำหนดชื่อองค์ประกอบ และอธิบายรายละเอียดเพิ่มเติม ในหัวข้อต่อไป

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิจัยครั้งนี้ลำดับตามการวิเคราะห์ข้อมูลที่เสนอข้างต้น ดังต่อไปนี้

1) ข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุในการวิจัย ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของตัวแปรข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ข้อมูลผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ช่วงอายุ		
50 – 55 ปี	230	56.10
56 – 60 ปี	99	24.15
61 – 65 ปี	48	11.70
มากกว่า 65 ปี	33	8.05
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา และต่ำกว่า	154	37.56
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง และอนุปริญญาตรี	45	10.98
ปริญญาตรี	132	32.20
ปริญญาโท	62	15.12
สูงกว่าปริญญาโท	17	4.14
ประสบการณ์การใช้งานอินเทอร์เน็ต		
น้อยกว่า 1 ปี	131	31.95
ระหว่าง 1 – 5 ปี	142	34.64
มากกว่า 5 ปี	137	33.41
ระดับทักษะการรู้เท่าทันอินเทอร์เน็ต		
การใช้อินเทอร์เน็ตได้ และใช้โปรแกรมค้นหาข้อมูล	148	36.10
การวิเคราะห์ เข้าใจและวิเคราะห์แยกแยะเนื้อหาสาระ	132	32.20
การประเมินคุณค่าและความน่าเชื่อถือเนื้อหาสาระ	61	14.88
การสร้างสรรคเนื้อหาสาระที่ถูกต้อง และมีประโยชน์	28	6.83
การสื่อสารและเผยแพร่เนื้อหาสาระที่สร้างขึ้นสู่บุคคลอื่น	41	10.00

จากตารางที่ 1 สามารถสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้ดังนี้ ผู้สูงอายุที่ตอบแบบสำรวจนี้ส่วนมากมีอายุระหว่าง 50–55 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.10 ส่วนมากวุฒิการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 37.56 และวุฒิการศึกษาปริญญา คิดเป็นร้อยละ 32.20 ประสบการณ์การใช้งานอินเทอร์เน็ตระหว่าง 1–5 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.64 ผู้สูงอายุส่วนมากมีทักษะการรู้เท่าทันอินเทอร์เน็ตในระดับการใช้อินเทอร์เน็ตได้ และใช้โปรแกรมค้นหาข้อมูล (access literacy) คิด

เป็นร้อยละ 36.10 รองลงมาคือ ทักษะในระดับการวิเคราะห์ เข้าใจและวิเคราะห์แยกแยะเนื้อหาสาระ (analysis literacy) คิดเป็นร้อยละ 32.20

2) การตรวจสอบความเหมาะสมของขนาดกลุ่มตัวอย่างและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้วิเคราะห์องค์ประกอบ แสดงด้วยค่าสถิติไคเซอร์-เมเยอร์-ออลคิน (KMO) และค่าสถิติของบาร์ทเลตต์ (Bartlett's Test) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ค่าสถิติทดสอบ KMO และ Bartlett's Test

สถิติทดสอบ		ค่าสถิติ
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)		.872
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	3315.410
	df	136
	Sig.	.000

จากตารางที่ 2 พบว่า ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิเคราะห์องค์ประกอบครั้งนี้ มีความเหมาะสมที่จะใช้เทคนิค Factor Analysis ได้ โดยพิจารณาจากค่า Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) มีค่าเท่ากับ .872 (ซึ่งมากกว่า .500 และเข้าสู่ 1.000) สำหรับค่า Bartlett's Test of Sphericity เท่ากับ 3315.410 df.=136 Sig.=.000 แสดงว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรไม่เป็นเมทริกซ์เอกลักษณ์ (identity matrix) หมายความว่า ตัวแปรที่ใช้สำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบครั้งนี้มีความสัมพันธ์กันอย่างมาก มีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่า ตัวแปรที่ได้จากแบบ

สำรวจครั้งนี้สามารถนำไปวิเคราะห์ องค์ประกอบต่อได้

3) การวิเคราะห์องค์ประกอบของตัวแปรในการวิจัยครั้งนี้ พบผลการสกัดองค์ประกอบ ดังตารางที่ 3 และผลการจัดองค์ประกอบของตัวแปร ดังตารางที่ 4 ตารางที่ 3 พบว่า ผลการสกัดองค์ประกอบได้จำนวน 4 องค์ประกอบที่มีค่าไอเกนอยู่ระหว่าง 1.206 – 5.806 (ซึ่งมีค่ามากกว่า 1.000) มีร้อยละความแปรปรวนของแต่ละองค์ประกอบระหว่าง 7.095 – 34.154 และร้อยละความแปรปรวนสะสมขององค์ประกอบที่สกัดได้เท่ากับ 62.405 (ซึ่งมากกว่าร้อยละ 60.)

ตารางที่ 3 องค์ประกอบ ค่าไอเกนและร้อยละความแปรปรวนขององค์ประกอบ

องค์ประกอบ	ค่าไอเกน		
	รวม	ร้อยละความแปรปรวน	ร้อยละความแปรปรวนสะสม
1	5.806	34.154	34.154
2	2.219	13.054	47.207
3	1.378	8.103	55.310
4	1.206	7.095	62.405



ตารางที่ 4 ผลการจัดองค์ประกอบของตัวแปร

ตัวแปร	องค์ประกอบ			
	1	2	3	4
ความเห็นว่ามีความสะดวกและรวดเร็วในการสืบค้น	.858			
ความเห็นที่ดีต่อการนำสารสนเทศที่ได้ไปใช้	.823			
ความเห็นว่ายเข้าถึงและใช้สารสนเทศได้ง่าย	.810			
ความเห็นว่ายตั้งใจใช้ประโยชน์จากสารสนเทศที่ได้รับ	.804			
ความเห็นว่ายสารสนเทศมีความทันสมัยและทันเหตุการณ์	.802			
ความเห็นว่ายยังคงแสวงหาความรู้จากอินเทอร์เน็ต	.799			
ความเห็นว่ายอินเทอร์เน็ตเปิดโอกาสให้เรียนรู้เรื่องใหม่	.711			
ความเห็นว่ายสารสนเทศผ่านการวิเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญแล้ว	.719			
ประสบการณ์การใช้อินเทอร์เน็ต		.833		
ระดับการศึกษา		.825		
ระดับความน่าเชื่อถือแหล่งสารสนเทศหลักที่เข้าศึกษา		.751		
ความสามารถการใช้โปรแกรมประยุกต์สำหรับสืบค้นข้อมูล		.363		
ความคิดเห็นต่อความครอบคลุมของสารสนเทศสุขภาพ			.784	
ความคิดเห็นต่อความเพียงพอของสารสนเทศสุขภาพ			.513	
ความเชื่อถือสารสนเทศด้านสุขภาพบนอินเทอร์เน็ต			.505	
ระดับทักษะการรู้เท่าทันอินเทอร์เน็ต				-.764
ช่วงอายุ				.595

ตารางที่ 4 พบว่า การวิเคราะห์องค์ประกอบของปัจจัยสามารถจัดกลุ่มได้ 4 องค์ประกอบ ผู้วิจัยกำหนดชื่อเรียกองค์ประกอบที่สะท้อนถึงตัวแปรต่างๆ ที่ถูกจัดในองค์ประกอบเดียวกัน พร้อมอธิบายข้อมูลประกอบเพิ่มเติม ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 เจตคติต่อการใช้งานอินเทอร์เน็ตและสารสนเทศด้านสุขภาพ (attitudes of internet and wellness information use) ประกอบด้วย 8 ตัวแปร ได้แก่ (1) มีความสะดวกและรวดเร็วในการสืบค้น (2) นำสารสนเทศที่ได้ไปใช้ได้ (3) เข้าถึงและใช้สารสนเทศได้ง่าย (4) ตั้งใจใช้ประโยชน์จากสารสนเทศที่ได้รับ (5) สารสนเทศมีความทันสมัยและทันเหตุการณ์ (6) มีความตั้งใจจะยังแสวงหาความรู้จากอินเทอร์เน็ต (7) อินเทอร์เน็ตเปิดโอกาสให้เรียนรู้เรื่องใหม่ และ (8) สารสนเทศผ่านการวิเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญแล้ว

องค์ประกอบที่ 2 การศึกษาและประสบการณ์การใช้อินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุ (education and Internet experience of elderly) ประกอบด้วย 4 ตัวแปร ได้แก่ (1) ระดับการศึกษา (2) ประสบการณ์การใช้อินเทอร์เน็ต ซึ่งหมายถึง จำนวนปีที่ผู้สูงอายุเคยใช้อินเทอร์เน็ต (3) ระดับความน่าเชื่อถือแหล่งสารสนเทศหลักที่เข้าศึกษาและศึกษาสารสนเทศด้านสุขภาพ ทั้งนี้ แหล่งสารสนเทศดังกล่าวหมายถึง เจ้าของและผู้เผยแพร่เนื้อหาสารสนเทศด้านสุขภาพบนอินเทอร์เน็ต เช่น บริษัทเอกชน สถาบันการศึกษา หน่วยงานภาครัฐ เป็นต้น และ (4) ความสามารถในการใช้โปรแกรมประยุกต์สำหรับสืบค้นข้อมูล เช่น โปรแกรมค้นหา (Search Engine) สื่อสังคมออนไลน์ (online social media) เป็นต้น

องค์ประกอบที่ 3 คุณภาพและปริมาณของสารสนเทศด้านสุขภาพบนอินเทอร์เน็ต (quality and

quantity of wellness information on the Internet) ประกอบด้วย 3 ตัวแปร ได้แก่ (1) ความคิดเห็นต่อความครอบคลุมของสารสนเทศสุขภาพ (2) ความคิดเห็นต่อความเพียงพอของสารสนเทศสุขภาพ และ (3) ความเชื่อถือสารสนเทศด้านสุขภาพบนอินเทอร์เน็ต ทั้งนี้ ตัวแปรทั้งหมดของปัจจัยนี้ เกี่ยวข้องกับเนื้อหาสารสนเทศด้านสุขภาพซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ทางกาย ทางจิตใจและอารมณ์ ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และทางจิตวิญญาณและจิตปัญญา ซึ่งถูกเผยแพร่บนอินเทอร์เน็ต และมีหน่วยงานภาคการศึกษาและภาครัฐเป็นเจ้าของและเป็นผู้เผยแพร่สารสนเทศเหล่านั้น

องค์ประกอบที่ 4 อายุและการรู้เท่าทันอินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุ (age and internet literacy of elderly) ประกอบด้วย 2 ตัวแปร ได้แก่ (1) ระดับทักษะการรู้เท่าทันอินเทอร์เน็ตและสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีความแตกต่างกัน 5 ระดับ ได้แก่ การเข้าถึง (access) การวิเคราะห์ (analysis) การประเมินค่า (evaluation) การสร้างสรรค์ (creation) และการสื่อสาร (communication) และ (2) ช่วงอายุที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า องค์ประกอบการใช้ประโยชน์สารสนเทศด้านสุขภาพบนอินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ด้านดังนี้

1) เจตคติต่อการใช้งานอินเทอร์เน็ตและสารสนเทศด้านสุขภาพ เจตคติ ทศนคติหรือความคิดเห็นต่อการใช้งานอินเทอร์เน็ตเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์จากสารสนเทศที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ต ผลการวิจัยสอดคล้องกับณฤมล เทพนวล¹² ที่ว่าเจตคติของการใช้งานอินเทอร์เน็ตสามารถกระตุ้นให้เกิดการสืบค้นและศึกษาเนื้อหาที่ต้องการเพิ่มเติมได้ และเจตคติต่อการใช้งานอินเทอร์เน็ตมีอิทธิพลทางตรงกับพฤติกรรมการใช้งานอินเทอร์เน็ต¹¹ และสามารถพยากรณ์การใช้งานอินเทอร์เน็ตเพื่อค้นหาข้อมูลทางสุขภาพของผู้สูงอายุได้⁵

2) การศึกษาและประสบการณ์การใช้อินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา และประสบการณ์การใช้อินเทอร์เน็ตเป็นองค์ประกอบนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสามารถและความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการใช้งานอินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการศึกษาเหตุผลของการใช้หรือไม่ใช้อินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุของสมาน ลอยฟ้า⁷ ที่พบว่าสาเหตุสำคัญที่ผู้สูงอายุที่ไม่ใช้อินเทอร์เน็ตคือการขาดทักษะและความรู้ในการใช้งานคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต นอกจากนี้การยอมรับว่าจะใช้หรือไม่ใช้ประโยชน์จากสารสนเทศด้านสุขภาพที่ได้รับจากอินเทอร์เน็ตมีส่วนเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในอดีตรวมทั้งการรับรู้ประโยชน์ของสารสนเทศเหล่านั้นด้วย⁸ ทั้งนี้การตัดสินใจใช้ประโยชน์ดังกล่าวเกิดจากความเชื่อถือต่อสารสนเทศที่ผู้สูงอายุพิจารณาและประเมินคุณค่าจากประสบการณ์และความรู้เดิมของตนเองเป็นอย่างดีแล้ว

3) คุณภาพและปริมาณของสารสนเทศด้านสุขภาพบนอินเทอร์เน็ต ความพึงพอใจเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อการสืบค้นและยอมรับว่าสารสนเทศที่ถูกเผยแพร่บนอินเทอร์เน็ตนั้นมีปริมาณมากเพียงพอกับความต้องการที่จะศึกษาและหาความรู้เพิ่มเติมนั้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของสมาน ลอยฟ้า⁷ ณัฐพร จันทรหอม¹⁰ และณฤมล เทพนวล¹² ที่สรุปว่าอินเทอร์เน็ตเป็นสื่อที่ผู้สูงอายุสามารถค้นหาเนื้อหาได้หลากหลายประเภทตามความสนใจที่จะศึกษา ด้วยการนำคำค้นหรือข้อความที่ต้องการไปสืบค้นด้วยโปรแกรมการสืบค้นอย่างอิสระและได้ผลลัพธ์ที่ต้องการอย่างรวดเร็ว จึงเป็นเหตุผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้และศึกษาเพิ่มเติมผ่านอินเทอร์เน็ตได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้จากการศึกษาด้านคุณภาพของสารสนเทศที่ถูกเผยแพร่บนอินเทอร์เน็ตของวรรณรัตน์ รัตนวรารักษ์⁵ พบว่าผู้สูงอายุจะยอมรับใช้สารสนเทศด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและถูกเผยแพร่โดยแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น



4) อายุและการรู้เท่าทันอินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุ องค์ประกอบด้านอายุของผู้สูงอายุ ส่งผลต่อการใช้อินเทอร์เน็ต การแสวงหาความรู้ตามจุดประสงค์ และความมุ่งหมายเฉพาะตนอย่างชัดเจนนั้น สามารถที่จะควบคุมการใช้งานอินเทอร์เน็ตและใช้ประโยชน์จากสารสนเทศที่ได้รับได้¹³ อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างของผู้สูงอายุเกี่ยวกับเรื่องนี้เห็นได้ชัดมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งก้นดพล บันทัดทอง⁶ ระบุว่าอายุเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุใช้งานอินเทอร์เน็ตแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาถึงเหตุผลของเรื่องนี้แล้ว จะเห็นว่าเมื่อผู้สูงอายุมีอายุที่สูงมากขึ้นมีผลต่อความสามารถเรียนรู้การใช้งานอุปกรณ์สำหรับการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้น้อยลง ไม่ว่าจะเป็นการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต เครื่องคอมพิวเตอร์ส่วนบุคคล โทรศัพท์มือถือ หรือไอแพด เนื่องจากการออกแบบส่วนการติดต่อระหว่างผู้ใช้กับอุปกรณ์ (user interface) มีความซับซ้อนและทันสมัยมากขึ้นตามความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี จนทำให้ผู้สูงอายุอาจเลิกล้มและหมดแรงจูงใจ และความสนใจในการใช้งาน¹¹

สำหรับองค์ประกอบด้านการรู้เท่าทันอินเทอร์เน็ต ผลการศึกษาของปราณี จ้อยรอด⁹ พบว่า ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตที่สามารถควบคุมตนเองได้มากกว่ามีพฤติกรรมการใช้เนื้อหาอย่างมีวิจารณญาณมากกว่ากลุ่มที่มีความสามารถควบคุมตนเองน้อยกว่า ซึ่งสะท้อนถึงการรู้เท่าทันอินเทอร์เน็ต (ทักษะการวิเคราะห์ และการประเมิน) เช่นเดียวผลการศึกษาของพนารัตน์ พรหมมา¹¹ และปราณี เอี่ยมละออภักดี¹³ พบว่าพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตรับอิทธิพลโดยตรงมาจากความรู้ ความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ต และความถนัดในการใช้งานคอมพิวเตอร์และโปรแกรมประยุกต์ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการรู้เท่าทันอินเทอร์เน็ต (ทักษะการเข้าถึง) อย่างไรก็ตามหากผู้สูงอายุใช้งานอินเทอร์เน็ตอย่างไม่รู้เท่าทันแล้ว อาจส่งผลเสียทั้งทางร่างกาย เช่น ปวดเมื่อยตามตัว ปวดแสบตา เป็นต้น และทางจิตใจและสังคม เช่น เครียด ขาดความสัมพันธ์กับสังคมแบบเผชิญหน้า เป็นต้น¹⁶

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1) ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับการให้การศึกษาและเรียนรู้ตลอดชีวิตแก่ผู้สูงอายุได้ ด้วยการเผยแพร่ความรู้ที่สำคัญและจำเป็นผ่านทางอินเทอร์เน็ตในรูปแบบต่างๆ เช่น การเรียนรู้ผ่านอิเล็กทรอนิกส์ (e-Learning) สื่อดิจิทัล (digital media) สื่อสังคมออนไลน์ (social network) เป็นต้น โดยพิจารณาความแตกต่างในแต่ละองค์ประกอบของผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุได้ประโยชน์จากความรู้ที่มีประสิทธิภาพ ดังนี้ (1) การทำให้ผู้สูงอายุมีเจตคติที่ดีต่อการใช้อินเทอร์เน็ตและประโยชน์ที่จะได้รับจากสารสนเทศด้านสุขภาวะที่ถูกเผยแพร่บนอินเทอร์เน็ต (2) การให้ความเชื่อมั่นและเชื่อถือแก่ผู้สูงอายุต่อคุณภาพและปริมาณของสารสนเทศด้านสุขภาวะด้วยการแสดงแหล่งที่มาและที่อยู่ของสารสนเทศที่เชื่อมโยงไปยังแหล่งอื่นบนอินเทอร์เน็ต (3) การให้ความรู้และพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันอินเทอร์เน็ตแก่ผู้สูงอายุให้มีวิจารณญาณในการใช้ประโยชน์จากอินเทอร์เน็ตและสารสนเทศ (4) คำนึงถึงความแตกต่างด้านอายุและประสบการณ์การใช้งานอินเทอร์เน็ต โดยการให้ความรู้ด้วยสื่อทางเลือกอื่นๆ เช่น อินโฟกราฟิก (infographic) สื่อสิ่งพิมพ์ เป็นต้น

2) ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป มีดังนี้ (1) ผู้วิจัยกำหนดอายุของกลุ่มตัวอย่างสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลต่ำกว่าการนิยามความเป็นผู้สูงอายุของประชาชนไทย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความถูกต้องเกี่ยวกับความสามารถด้านการใช้อินเทอร์เน็ต และไม่สามารถนำไปเป็นตัวแทนที่ดีของผู้สูงอายุได้ การศึกษาในการต่อไปจึงควรพิจารณาอายุของกลุ่มตัวและการทำวิจัยระดับประเทศ ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยได้อย่างกว้างขวาง และ (2) การสร้างแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (causal relationship model) ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ประโยชน์สารสนเทศด้านสุขภาวะบนอินเทอร์เน็ตของ



ผู้สูงอายุตามทฤษฎีต่างๆ เช่น ความสามารถในการใช้งาน (usability) การยอมรับเทคโนโลยี (acceptance technology model) การใช้และความพึงพอใจต่อสื่อ (use and gratification) เป็นต้น นอกจากนี้ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) เป็นอีกหนึ่งประเด็นที่น่าสนใจสำหรับการวิจัยในอนาคต

Reference

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. The elderly situation of Thailand in 2014. Bangkok: Amarin Printing and Publishing Company; 2015. (in Thai).
2. Chompoonuch P. The introduction to ageing society of Thailand [internet]. 2013 [cited 2017 Jan 10]. Available from: http://library.senate.go.th/document/Ext6078/6078440_0002.PDF
3. The Office of Minister of Social Development and Human Security. Thai's ageing population: Current and Future [internet]. 2014. [cited 2016 Dec 20]. Available from: http://www.m-society.go.th/article_attach/13225/17347.pdf
4. Electronic Transactions Development Agency (Public Organization). Thailand Internet User Profile 2016. Bangkok: Minister of Information and Communication Technology; 2016. (in Thai)
5. Rattanawarang W. Elderly's Internet usage for health information in Bangkok region. Journal of Behavioral Science for Development 2015; 7(1): 169-85. (in Thai).
6. Buntadthong K. Social Network Usage Behavior and Bangkok Older Person's Satisfaction. [Master thesis]. Pathum Thani: Bangkok University. 2015. (in Thai).
7. Loipha S. The internet use behavior of adults in the rural area. Information 2014; 21(2); 18-28. (in Thai).
8. Wangsomboondee T. Factors affecting Internet banking technology acceptance: A case study of United Overseas Bank employee in Bangkok head quarter [Master thesis]. Bangkok: Thammasat University. 2010. (in Thai).
9. Joyrod P, Kasemnet L, and Jinng P. Factors affecting critical Internet-consumption behavior of senior high school students in Bangkok. Journal of Behavioral Science 2010; 16(1); 71-81. (in Thai).
10. Chanhom N. Factors affecting the use of the Internet by students: case study The North Eastern Polytechnic Vocational College. Ubon Ratchatani: The North Eastern Polytechnic Vocational College; 2012. (in Thai).
11. Phomma P. A study of relationships between some factors affecting Internet using behavior of undergraduate students of Suan Dusit Rajabhat University. SDU Research Journal 2012; 8(3); 147-62. (in Thai).
12. Thepnuan N. A study on printed and electronic media reading behaviors among undergraduate students of the Faculty of Education, Naresuan University. Journal of Liberal Arts, Prince of Songkla University, Hat Yai Campus 2015; 7(2); 78-97. (in Thai).
13. Aemla-orpukdi P. Factors influencing on the Internet using behavior of students of the School of Business Administration University of That Chamber of Commerce. Academic Journal University of That Chamber of Commerce 2016; 26(1); 78-89. (in Thai).



14. Department of Provincial Administration. Population by age of Nakhon Ratchasima Province in December 2015 [internet]. 2015. [cited 2016 Dec 20]. Available from: http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age_disp.php
15. Tayraukham S. Research Methodology for Humanity and Social Science. 4th ed. Mahasarakham: Mahasarakham University Press; 2010. (in Thai).
16. Wanchaitanawong W, Choopun K. A survey of Internet utilization and impacts of Internet utilization on students of Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai. Journal of Nursing and Education 2014; 7(3): 124–32. (in Thai).



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเอง ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและน้ำหนักเพิ่มของ หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์*

รักรุ้ง โกจันทึก**

วรรณทนา ศุภสีมานนท์***

ศิริวรรณ แสงอินทร์***

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและน้ำหนักเพิ่มของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ จำนวน 60 ราย มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการ 2) เครื่องชั่งน้ำหนัก 3) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมด้านโภชนาการ กลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับทั้งกิจกรรมการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมฯ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Fisher's exact, chi-square, Mann-Whitney U และ t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมด้านโภชนาการก่อนและหลังทดลองสูง กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.22, p < .001$)
2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.67, p < .001$)
3. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักเพิ่มรายสัปดาห์แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.12, p < .001$)

พยาบาลแผนกฝากครรภ์ควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ แล้วประยุกต์โปรแกรมฯ มาใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเอง; พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ; น้ำหนักเพิ่มในหญิงตั้งครรภ์; ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนการตั้งครรภ์

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท

*** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, e-mail: supasee@gmail.com



Effects of a Perceived Self-Efficacy in Nutrition Enhancement Program on Nutrition Health Behavior and Weight Gain of Primigravida Pregnant Women with Pre-Pregnancy Overweight*

Rukrung Gojuntak**

Wantana Suppaseemanont***

Siriwan Sangin***

Abstract

This quasi-experimental research study aimed to investigate the effects of a perceived self-efficacy in nutrition enhancement program on nutrition health behavior and weight gain of primigravida pregnant women with pre-pregnancy overweight. Participants consisted of 60 women who received antenatal care services at Prabhuddabaht hospital, Saraburi province. The research instruments included 1) a perceived self-efficacy in nutrition enhancement program, 2) weighing scale, and 3) questionnaires of demographic data and nutrition behavior. The control group received routine care while the experimental group received both routine care and the program. Data were analyzed by frequency, percent, range, mean, standard deviation, Fisher's exact test, chi-square test, Mann-Whitney U test, and t-test. Results revealed that:

1. the experimental group had a significantly higher difference in pre-posttest mean score for nutrition health behavior than the control group ($t=9.22$, $p<.001$);
2. the experimental group had a higher mean score of nutrition health behavior after experiment than that of before experiment ($t=11.67$, $p<.001$); and
3. the experimental group had a mean weekly weight gain different from that of the control group ($t=-8.12$, $p<.001$).

Nurses responsible for an antenatal care clinic should be trained about nutrition in pre-pregnancy overweight women. They should then apply this program to the care of these pregnant women. This may help these women become empowered to improve their nutrition health behaviors.

Keywords: perceived self-efficacy enhancement program; nutrition behavior; weight gain during pregnancy; pre-pregnancy overweight

*Master's thesis in Nursing Science (Advanced Midwifery), Faculty of Nursing, Burapha University

**Boromarajonani College of Nursing, Prabhuddabaht

***Faculty of Nursing, Burapha University, e-mail: suppasee@gmail.com



ความเป็นมาและความสำคัญ

ประชากรทั่วโลกมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน (มีดัชนีมวลกาย [body mass index, BMI] $> 25 \text{ kg/m}^2$ แต่ต่ำกว่า 30 kg/m^2) หรือเป็นโรคอ้วน (มี BMI $> 30 \text{ kg/m}^2$) เพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า ในระยะเวลา 40 ปี โดยในปี พ.ศ. 2557 โลกมีประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ร้อยละ 39 และเป็นโรคอ้วนร้อยละ 13¹ สำหรับประเทศไทย มีอุบัติการณ์น้ำหนักเกินมาตรฐาน และเป็นโรคอ้วนในประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้น 2-3 เท่าในระยะเวลาเพียง 20 ปี คือในปี พ.ศ. 2534 พบว่าประชากรมีน้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ 18.2 และเป็นโรคอ้วนร้อยละ 3.5 แต่ในปี พ.ศ. 2552 มีอุบัติการณ์น้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ 36.5 และเป็นโรคอ้วนร้อยละ 9² การที่ประชากรในภาพรวมมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น อาจแสดงถึงหญิงวัยเจริญพันธุ์มีน้ำหนักเกินมาตรฐานเพิ่มขึ้นด้วย

สาเหตุที่ทำให้หญิงวัยเจริญพันธุ์มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานอาจเกิดขึ้นจากพันธุกรรม และการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต ด้านพันธุกรรม คือ หากพ่อแม่หรือคนในครอบครัวสายตรงอ้วน พี่น้องมีโอกาสร้อยละ 40³ ส่วนด้านการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตนั้น มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมคือบริโภคอาหาร อาหารที่มีค่าพลังงานสูงในขณะที่ใช้แรงงานหรือมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวลดลง ทำให้มีพลังงานสะสมและเปลี่ยนแปลงเป็นไขมันสะสมในร่างกาย⁴ ซึ่งส่วนหนึ่งของหญิงวัยเจริญพันธุ์มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งหากหญิงตั้งครรภ์เหล่านี้ได้รับการดูแลอย่างไม่มีประสิทธิภาพ มีแนวโน้มที่จะยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการที่ไม่เหมาะสมต่อไปในขณะตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์มีน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์สัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพของมารดาและทารก ภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับมารดา คือ เป็นเบาหวาน หรือมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์อันจะส่งผลเสียต่อการเจริญเติบโตของทารก อาจทำให้การชักนำการคลอดไม่สำเร็จ คลอดยาก มีโอกาสผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ และ

ตกเลือดหลังคลอด ส่วนภาวะเสี่ยงต่อทารก คือ การคลอดก่อนกำหนด ทารกตัวโตทำให้คลอดยากอาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนในระยะคลอด นอกจากนั้นเด็กที่เกิดมาอาจเป็นโรคอ้วนและมีแนวโน้มเป็นโรคอ้วนในวัยผู้ใหญ่⁵⁻⁶ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์เหล่านี้ควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ ให้มีการเพิ่มของน้ำหนักในขณะตั้งครรภ์เป็นไปอย่างเหมาะสม เพื่อความปลอดภัยต่อสุขภาพของมารดาและทารก

การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นแนวคิดทฤษฎีพื้นฐานทางปัญญาที่สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของบุคคลในการกระทำกิจกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมาย⁷⁻⁸ มีงานวิจัยหลายงานนำแนวคิดนี้มาใช้ในการสร้างโปรแกรมเพื่อใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ให้เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย แต่ผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษาโปรแกรมที่ใช้แนวคิดนี้ในหญิงตั้งครรภ์แรกในวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์

ระหว่างปี พ.ศ. 2554-2557 มีหญิงตั้งครรภ์น้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์มารับบริการ ที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลพระพุทธบาท สระบุรี คิดเป็นร้อยละ 12.24 แผนกได้จัดให้ นักโภชนาการให้ความรู้ด้านโภชนาการเป็นรายกลุ่มแก่หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ทุกรายด้วยข้อมูลชุดเดียวกัน โดยไม่ได้ให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงแก่ผู้ที่มี BMI ก่อนตั้งครรภ์ผิดปกติ และไม่มีการวัดประสิทธิผลของการให้ความรู้ดังกล่าว อีกทั้งหญิงตั้งครรภ์น้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ มักมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเบี่ยงเบนไปคือคิดว่าตนเองต้องรับประทานอาหารปริมาณมากจึงจะทำให้ตนเองและทารกในครรภ์แข็งแรง แต่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ควรได้ตระหนักว่าตนเองมีปัญหาด้านสุขภาพและควรได้รับการดูแลที่แตกต่างไปจากหญิงตั้งครรภ์ที่มี BMI ก่อนตั้งครรภ์ปกติ จึงทำให้ผู้วิจัยศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและน้ำหนักเพิ่มในหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์



เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินก่อนตั้งครรภ์ เป็นการป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับสุขภาพมารดาทารก อันเป็นการลดปัญหาสาธารณสุขของประเทศ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการก่อนและหลังทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม
3. เพื่อเปรียบเทียบน้ำหนักเพิ่มรายสัปดาห์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีของ Bandura มาใช้ในการสร้างโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ โดยสร้างการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการจากวิธีการ 4 วิธีคือการชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) การได้เห็นประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น (vicarious experience) การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (self mastery) และการกระตุ้นด้านจิตใจ (emotional arousal) เมื่อหญิงตั้งครรภ์รับรู้ความสามารถของตนเองคือเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและประเมินว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการนั้นไม่เกินความสามารถของตนเองจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพผ่านกระบวนการ 4 กระบวนการ ผ่านกระบวนการคิด (cognitive process) คือ ตระหนักว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพ และทราบถึงผลดีของพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการต่อสุขภาพมารดาและทารก ผ่านกระบวนการเกิดแรงจูงใจ (motivation process) คือ เกิดแรงบันดาลใจในการที่จะทำพฤติกรรม

สุขภาพด้านโภชนาการเพื่อผลดีต่อสุขภาพมารดาทารกผ่านกระบวนการเลือก (selection process) คือตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ และผ่านกระบวนการด้านอารมณ์ (affective process) คือ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการอย่างต่อเนื่องด้วยความเต็มใจและเอาใจใส่⁷⁻⁸ ซึ่งผลลัพธ์ของการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการ คือ การนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังทดลอง (two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ (ทั้งผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานและอ้วนก่อนตั้งครรภ์ คือมี BMI ก่อนตั้งครรภ์ $> 25 \text{ kg/m}^2$) ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลพระพุทธบาท สระบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์มีน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลพระพุทธบาท สระบุรี ที่มีคุณสมบัติในการเข้าร่วมวิจัยคือ อายุ 20 ปีขึ้นไป อายุครรภ์เมื่อเข้าร่วมวิจัยไม่เกิน 18 สัปดาห์ ตั้งครรภ์แรกไม่มีอาการแพ้ท้องหรือหายจากการแพ้ท้องแล้วและสามารถรับประทานอาหารได้ อาจมีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรง เช่น เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินหรือความดันโลหิตสูงชนิดไม่รุนแรง และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ มีเกณฑ์ในการคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้นระหว่างเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือกแบบสะดวก (convenience sampling) มีจำนวน 60 ราย เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็นเครื่องมือทดลอง และเครื่องมือรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ เป็นชุดกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดของ Bandura⁷⁻⁸ ประกอบด้วยวิธีการ 4 วิธี คือ 1) การชักจูงด้วยคำพูด ให้คำแนะนำเป็นรายการกลุ่ม พร้อมเปิดโอกาสให้ร่วมอภิปราย แจกคู่มือ ติดตามภาวะโภชนาการและให้ความรู้เพิ่มเติมทางโทรศัพท์ 2) การได้เห็นประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น ให้เรียนรู้ต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการผ่านวิดีโอ 3) การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ให้ร่วมคิด ตอบคำถาม ฝึกบันทึกรายการอาหารที่รับประทานในวันที่ผ่านมา ฝึกคำนวณค่าพลังงานจากอาหาร ที่ได้รับเปรียบเทียบกับค่าพลังงานจากอาหารที่ควรได้รับหากสามารถคำนวณด้วยตนเองได้ หากคำนวณไม่ได้ผู้วิจัยคำนวณให้ และ 4) การกระตุ้นด้านจิตใจ ให้กำลังใจ ชมเชยในกลุ่มขณะฝึกทักษะ และชมเชยทางโทรศัพท์เมื่อปฏิบัติพฤติกรรมได้เหมาะสม ทดสอบความตรงของเครื่องมือทดลองโดยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบ

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล คือ เครื่องชั่งน้ำหนักแบบตัวเลข (digital) และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินก่อนตั้งครรภ์ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อความจำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมเป็นข้อความด้านบวก 8 ข้อ และพฤติกรรมที่ควรจำกัด ลด หรือเลิก เป็นข้อความด้านลบ 9 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราประเมินค่า (rating scale) 4 อันดับ จากไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) ถึงปฏิบัติเป็นประจำ (4 คะแนน) ข้อความด้านลบให้คะแนนตรงข้ามกับข้อความด้านบวก

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงของเครื่องชั่งน้ำหนัก โดยตั้งค่าของเครื่องชั่งตามคำแนะนำของบริษัทและผู้วิจัยใช้เครื่องชั่งนี้ตัวเดียวเฉพาะในงานวิจัยนี้เท่านั้น ได้ตรวจสอบความตรงของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินก่อนตั้งครรภ์โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องของคำถามรายข้อกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด (indices of item-objective congruence, IOC ที่แต่ละข้อควรมีค่าตั้งแต่ .50⁹) เป็นค่าที่ยอมรับคือ .60-1.00 และได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม (content validity index, CVI ที่ควรมีค่าตั้งแต่ .80 ขึ้นไป⁹) เป็นค่าที่ยอมรับคือ 1.00 นำแบบสอบถามไปทดสอบการสื่อสารกับหญิงตั้งครรภ์จำนวน 5 ราย แล้วนำไปใช้กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha ซึ่งแบบสอบถามที่สร้างใหม่ควรมีค่าตั้งแต่ .709) เป็นค่าที่ยอมรับได้คือ .77

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม และได้รวบรวมข้อมูลครั้งแรกกับกลุ่มควบคุมทั้งหมด ก่อนดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลอง การดำเนินการวิจัยกับกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกัน

1. กลุ่มควบคุม ละครอรับบริการฝากครรภ์ ให้ชั่งน้ำหนัก และสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามครั้งแรก ดูแลให้ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ คือได้รับบริการฝากครรภ์และรับคำแนะนำเป็นรายการเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์จากพยาบาล และเกี่ยวกับภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์จากนักโภชนาการ แล้วชั่งน้ำหนักและสัมภาษณ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งต่อไปในอีก 4 สัปดาห์

2. กลุ่มทดลอง ละครอรับบริการฝากครรภ์ ให้ชั่งน้ำหนักและสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามก่อนทดลอง ดูแลให้ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ และเข้าร่วมโปรแกรม ที่เป็นรายการกลุ่ม กลุ่มละ 3-5 คน ที่แผนกฝากครรภ์ เป็นเวลา 40 นาที โปรแกรมประกอบด้วย



2.1 ให้คำแนะนำเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 3-5 คน เปิดโอกาสให้ร่วมอภิปราย ซักถาม และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น แจกคู่มือการดูแลตนเอง

2.2 ให้ดูต้นแบบทางวิถีทัศน์โดยต้นแบบคือผู้ที่เคยมีน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ คลอดปกติทารกแรกเกิดมีสุขภาพดี

2.3 ให้ร่วมคิดตอบคำถาม ฝึกบันทึกรายการอาหารที่รับประทานในวันที่ผ่านมา ฝึกคำนวณพลังงานจากอาหารที่ได้รับเปรียบเทียบกับพลังงานจากอาหารที่ควรได้รับหากสามารถคำนวณได้ด้วยตนเอง หากไม่สามารถคำนวณได้ ผู้วิจัยคำนวณให้ และผู้วิจัยให้คำชมเชยในการร่วมทำกิจกรรม

2.4 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการนัดมาฝากครรภ์ในอีก 4 สัปดาห์ และการโทรศัพท์ติดตามจากผู้วิจัย

2.5 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามภาวะโภชนาการทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และสอบถามปัญหาและอุปสรรคเพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน เปิดโอกาสให้ซักถามและให้คำแนะนำเพิ่มเติม พร้อมทั้งชมเชยเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมโภชนาการได้เหมาะสม

เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งต่อไปในอีก 4 สัปดาห์หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม ให้ชั่งน้ำหนักและสัมภาษณ์หลังทดลอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และของโรงพยาบาลพระพุทธบาท การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างทำโดยผู้วิจัยติดต่อหญิงตั้งครรภ์เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย และขอให้เข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ หากสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป ที่กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยวิธีการทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่มีระดับการวัดของตัวแปรเป็นมาตรานามบัญญัติวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ข้อมูลที่มีระดับการวัดของตัวแปรเป็นมาตราอัตราส่วนวิเคราะห์โดยค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ chi-square test, Fisher's exact test, Mann-Whitney U test และ independent t-test

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วย independent t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองโดยใช้ paired t-test

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักเพิ่มรายสัปดาห์หลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้ independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีอายุ 20-25 ปี ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ประกอบอาชีพมีรายได้ มีรายได้ครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,000-20,000 บาท/เดือน อยู่ด้วยกันกับสามีโดยไม่ได้จดทะเบียนสมรส อยู่ในครอบครัวขยาย มีค่า BMI ก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 30 กก./ม.² เข้าร่วมวิจัยเมื่อตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก อายุครรภ์เมื่อสิ้นสุดการวิจัยอยู่ในไตรมาสสอง และผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าอาชีพ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว อายุ จำนวนปีของการศึกษา ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ และอายุครรภ์เมื่อเข้าร่วมวิจัยและเมื่อสิ้นสุดการวิจัยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) แต่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยรายได้ครอบครัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.12, p=.04$) ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (N=60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)	range=20-31, M=24.13, SD=3.58		range=20-33, M=23.07, SD=3.80		1.12 ^a .27
20-25	20	66.70	24	80.00	
26-30	8	26.70	4	13.30	
> 30	2	6.70	2	6.70	
การศึกษา (ปี)	range=6-16, M=11.43, SD=2.83		range=6-16, M=11.47, SD=2.70		-.07 ^b .94
ประถมศึกษา	1	3.30	1	3.30	
ม.ต้น	13	43.30	12	40.00	
ม.ปลาย/ปวช.	6	20.00	7	23.30	
อนุปริญญา/ปวส.	6	20.00	7	23.30	
ปริญญาตรี	4	13.30	3	10.00	
อาชีพ					1.27 ^c .26
แม่บ้าน (ไม่มีรายได้)	7	23.30	11	36.70	
ประกอบอาชีพ (มีรายได้)	23	76.70	19	63.30	
รายได้ครอบครัว/เดือน (บาท)	range=10000-50000, M=22,963.33, SD=9810.99		range=10000-35000, M=18400.00, SD=6547.44		2.12 ^a .04
10,000-20,000	15	50.00	24	80.00	
20,001-30,000	11	36.70	5	16.70	
> 30,000	4	13.30	1	3.30	
สถานภาพสมรส					^d 1.00
จดทะเบียนและอยู่ร่วมกัน	4	13.30	3	10.00	
อยู่ร่วมกันแต่ไม่จดทะเบียน	26	86.70	27	90.00	
ลักษณะครอบครัว					.11 ^c .74
ครอบครัวเดี่ยว	5	16.70	6	20.00	
ครอบครัวขยาย	25	83.30	24	80.00	
BMI ก่อนตั้งครรภ์ (kg/m ²)	range=25.00-37.86, M=29.99, SD=3.62		range=25.11-37.50, M=29.07, SD=3.56		.99 ^a .33
25.00-29.99	15	50.00	20	66.70	
≥ 30	15	50.00	10	33.30	
GA เมื่อเข้าร่วมวิจัย (wk)	range=5-18, M=11.33, SD=4.47		range=7-18, M=11.77, SD=4.15		-0.39 ^a .70
≤ 12	19	63.30	15	50.00	
> 12	11	36.70	15	50.00	
GA เมื่อสิ้นสุดการวิจัย (wk)	range=9-22, M=15.40, SD=4.40		range=11-24, M=15.83, SD=4.27		-0.39 ^a .70
≤ 12	13	43.30	11	36.70	
> 12	17	56.70	19	63.30	

Note. BMI = body mass index, kg/m² = kilograms/meters², GA = gestational age, wk = week, ^a = independent t-test, ^b = Mann-Whitney U test, ^c = chi-square test, ^d = Fisher's exact test.



2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วย independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการก่อนและหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.22$, $p < .001$ [กลุ่มทดลองก่อนทดลอง: $M = 46.30$, $SD = 5.80$; กลุ่มทดลองหลังทดลอง: $M = 60.40$, $SD = 4.05$; กลุ่มควบคุมก่อนทดลอง:

$M = 43.93$, $SD = 4.53$; กลุ่มควบคุมหลังทดลอง: $M = 42.17$, $SD = 5.71$])

3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองด้วย paired t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.67$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองด้วย paired t-test ($n = 30$)

พฤติกรรม โภชนาการ	Mean	SD	d	SD	t	df	one- tailed p	95% CI	
								LL	UL
ก่อนทดลอง	46.30	5.80	14.10	6.62	11.67	29	<.001	11.63	16.57
หลังทดลอง	60.40	4.05							

Note. CI = confidence interval, LL = lower limit, UL = upper limit.

4. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักเพิ่มรายสัปดาห์หลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วย independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักเพิ่มรายสัปดาห์แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.12$, $p < .001$ [กลุ่มทดลอง: range = $-.63$ – $.63$, $M = .09$, $SD = .25$; กลุ่มควบคุม: range = $-.25$ – 1.50 , $M = .73$, $SD = .35$]) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำหนักเพิ่มรายสัปดาห์หลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วย independent t-test ($n = 60$)

น้ำหนักเพิ่มเฉลี่ยราย สัปดาห์	n	Mean	SD	Mean difference	t	df	p	95% CI	
								LL	UL
กลุ่มทดลอง	30	.09	.25	.64	-8.12	58	< .001	.48	.80
กลุ่มควบคุม	30	.73	.35						

Note. CI = confidence interval, LL = lower limit, UL = upper limit.



อภิปรายผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการก่อนและหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่ากลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการสูงกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ ที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้วยวิธีการ 4 วิธีตามแนวคิดของ Bandura คือ 1) การชักจูงด้วยคำพูด ให้คำแนะนำเป็นรายกลุ่ม แจกคู่มือ ติดตามภาวะโภชนาการและให้ความรู้เพิ่มเติมทางโทรศัพท์ 2) การได้เห็นประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น ให้เรียนรู้ต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการผ่านวีดิทัศน์ 3) การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ให้ร่วมคิด ตอบคำถาม ฝึกบันทึกรายการอาหารที่รับประทานในวันที่ผ่านมา ฝึกคำนวณค่าพลังงานจากอาหารที่ได้รับเปรียบเทียบกับค่าพลังงานจากอาหารที่ควรได้รับ และ 4) การกระตุ้นด้านจิตใจ ให้กำลังใจและชมเชย ส่งผลให้เกิดการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการ

การรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการส่งผลให้กลุ่มทดลองปรับเปลี่ยนตนเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการที่เหมาะสมได้ สามารถอธิบายกลไกที่ทำให้เกิดปรากฏการณ์ดังกล่าวได้ด้วยแนวคิดของ Bandura คือ ความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองด้านโภชนาการ ทำให้กลุ่มทดลองตระหนักว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพ และทราบถึงผลดีของพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการต่อสุขภาพของตนเองและทารกผ่านกระบวนการคิด (cognitive process) ทำให้เกิดแรงบันดาลใจในการที่จะทำพฤติกรรมผ่านกระบวนการเกิดแรงจูงใจ (motivation process) ตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมผ่านกระบวนการเลือก (selection process) และปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการอย่างต่อเนื่อง

เนื่องด้วยความเต็มใจผ่านกระบวนการด้านอารมณ์ (affective process)⁷⁻⁸ โดยมีคำพูดที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดังกล่าวจากกลุ่มทดลองดังนี้ “ก่อนหน้านี้ไม่คิดว่าน้ำหนักตัวมากจะเป็นอันตรายกับตัวเองและลูกกินทุกอย่างที่ชอบ ชาเขียว น้ำอัดลม วันละ 2-3 ขวด หมูสามชั้นย่าง กินตลอด กินทุกวัน ไม่ได้นึกถึงสุขภาพของลูกและตัวเองเลย จากนั้นไปคงต้องมาดูว่าจะกินอะไรเข้าไปมีประโยชน์ไหม” อีกรายหนึ่งพูดว่า “ข้าวมั่นไก่แค่จานเดียว ทำไมพลังงานเยอะจัง 596 แคลอรี เหวอ แล้วจะกินอะไรได้อีก” รายต่อมาเล่าว่า “เมื่อวานไปโรงพยาบาลมา หมอนัดไปกินน้ำตาลเพื่อดูว่าเราจะเป็นเบาหวานตอนท้องไหม เจาะเลือดแล้วหมอบอกว่า ‘ปกติ ให้คุมอาหารด้วย เดี่ยวมีเจาะอีกครั้ง’ ดีใจมากเลยที่ผลเลือดดีหลังจากที่บันทึกอาหารที่รับประทานมา 2 อาทิตย์ คิดว่าจะทำไปจนกว่าจะคลอด” ผลที่ได้จากการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาครรภ์แรก¹⁰ อีกทั้งมีการศึกษาที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลปกติ¹¹ และมีรายงานการศึกษาว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลปกติ¹²

2. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักเพิ่มรายสัปดาห์แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือกลุ่มทดลองมีการควบคุมการเพิ่มของน้ำหนักได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมถึงแม้ว่ากลุ่มทดลองมีรายได้ครอบครัวสูงกว่า มีกำลังทรัพย์ที่จะซื้ออาหารได้ปริมาณมากกว่ากลุ่มควบคุม สามารถอธิบายด้วยแนวคิดของ Bandura ได้ว่าผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการ นอกจากทำให้กลุ่มทดลองรับรู้ความสามารถในตนเองและคาดหวังถึงผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพจากพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการแล้ว ยังคาดหวัง



ว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการจะนำไปสู่การมีน้ำหนักเพิ่มตามเกณฑ์ จากการคาดหวังในผลลัพธ์ ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติ เลือกที่จะปฏิบัติ และปฏิบัติอย่างเอาใจใส่และเต็มใจโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค⁷⁻⁸

ผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการในการศึกษานี้การเพิ่มของน้ำหนักของหญิงตั้งครรภ์เป็นไปตามเกณฑ์การเพิ่มน้ำหนักที่แตกต่างกันไปตามกลุ่มค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์และแตกต่างกันในแต่ละไตรมาสของการตั้งครรภ์¹³ เกณฑ์น้ำหนักเพิ่มในไตรมาสแรกของผู้ตั้งครรภ์ (อายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์) ทั้งกลุ่มน้ำหนักเกินและกลุ่มอ้วนคือน้ำหนักไม่เพิ่มไปจนถึงมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักเพิ่ม .08 กก./สัปดาห์ เกณฑ์น้ำหนักเพิ่มในไตรมาสที่สอง และสามของผู้ตั้งครรภ์ (อายุครรภ์ > 12 สัปดาห์) กลุ่มน้ำหนักเกินคือ .23-.33 กก./สัปดาห์ และกลุ่มอ้วนคือ .17-.27 กก./สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีทั้งผู้ที่อายุครรภ์อยู่ทั้งในไตรมาสแรกและไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักขึ้น .09 กก./สัปดาห์ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์น้ำหนักเพิ่ม ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักขึ้น .73 กก./สัปดาห์ที่มีน้ำหนักเพิ่มเกินเกณฑ์มาก การที่กลุ่มควบคุมมีน้ำหนักเพิ่มเกินเกณฑ์อาจเป็นผลจากกลุ่มควบคุมไม่ได้ตระหนักว่าการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์เป็นปัญหาสุขภาพ จึงยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการเหมือนเดิม ทำให้มีน้ำหนักเพิ่มเกินเกณฑ์¹³ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในตนเองช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและช่วยในการควบคุมน้ำหนักตัว¹⁴⁻¹⁵

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในด้านปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลแผนกฝากครรภ์ควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับภาวะโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ เพื่อนำความรู้และโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้าน

โภชนาการไปประยุกต์ใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ หรือพยาบาลแผนกฝากครรภ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสานงานกับโภชนาการประจำโรงพยาบาลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ เพื่อให้โภชนาการให้ความรู้ด้านโภชนาการที่เหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ อันจะเป็นประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนให้มีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

1. ควรพัฒนาโปรแกรมและศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและน้ำหนักเพิ่มของผู้ตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลอื่น
2. ควรมีการศึกษาติดตามระยะยาว เพื่อประเมินผลน้ำหนักเพิ่มของผู้ตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ในแต่ละไตรมาสของการตั้งครรภ์ และตลอดการตั้งครรภ์ รวมถึงน้ำหนักทารกแรกเกิด

References

1. World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. 2016 [Cited 2016 June]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
2. Aekplakorn W. Prevalence of overweight and obesity in Thailand [Internet]. 2013 [Cited 2013 June 21]. Available from: http://raipoong.com/media/news_file/270-ระบาดวิทยาของภาวะอ้วนและอ้วนลงพุงในประเทศไทย-20130621112044.pdf(in Thai).



3. Christakis NA, Fowler JH. The spread of obesity in a large social network over 32 years. *New England Journal of Medicine* 2007;4:370-9.
4. Ruth SM, Woo J. Prevention of overweight and obesity: How effect is the current public health approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2010;7:765-83.
5. Arora R, Arora D, Patunamond J. Adverse pregnancy outcomes in women with high pre-pregnancy body mass index. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* 2013;3,285-91. doi:10.4236/ojog.2013.32053
6. Ovesen P, Rasmussen S, Kesmodel U. Effect of pregnancy maternal overweight and obesity on pregnancy outcome. *The American College of Obstetrics and Gynecology* 2011;2,305-12.
7. Bandura A. Recycling misconceptions of perceived self-efficacy. *Cognitive Therapy and Research* 1984;8,231-55.
8. Bandura A. Social foundation of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1986.
9. Srisatidnarakul B. Methodology of nursing research. Bangkok: You & I Inter Media; 2010. (in Thai).
10. Ampat C, Wichakul P, Wichianprapa A. The relationship between perceived self-efficacy and health behaviors during childbirth among first time mothers [Research report]. Chanthaburi: Phrapokklao Nursing College; 2010.(in Thai).
11. Plangwan W, Wattananukulkiat S. Effects of self-efficacy enhancement program on nutritional health behavior of pregnant adolescents. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2012;3(2),16-22.(in Thai).
12. Mungkamanee S. The effect of using the perceived self-efficacy promoting program in self care on health promoting behavior of primigravida adolescents [Master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2004.(in Thai).
13. Institute of Medicine. Weight gained during pregnancy: Reexamining the guidelines. Washington, DC: National Academy; 2009.
14. Roach JB, Yadrick MK, Johnson JT, Boudreaux LJ, Forsythe WA, Billon W. Using self-efficacy to predict weight loss among young adults. *Journal of the American Dietetic Association* 2003;103,1357-9.
15. Warziski MT, Sereika SM, Styn MA, Music E, Burke LE. Changes in self-efficacy and dietary adherence: The impact on weight loss in the PREFER study. *Journal of Behavioral Medicine* 2008;31,81-92.



ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลบางวัว อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา*

พรวิจิตร ปานนาค**

สุทธิพร มูลศาสตร์***

เชษฐา แก้วพรม****

บทคัดย่อ

การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางวัว จังหวัดฉะเชิงเทราจำนวน 70 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 35 คน เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ 2) คู่มือความฉลาดทางสุขภาพกับการควบคุมโรคเบาหวาน 3) แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ ความมั่นใจในการจัดการตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง และ 4) เครื่องมือวัดระดับน้ำตาลในเลือด แบบสอบถามมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .85-1 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .84-.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติที่

ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ ความมั่นใจในการจัดการตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลตัวเองที่เหมาะสมกับโรค ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคได้

คำสำคัญ: ความฉลาดทางสุขภาพ; การจัดการตนเอง; พฤติกรรมสุขภาพ; โรคเบาหวาน

* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางวัว จังหวัดฉะเชิงเทรา, e-mail: i_apple51@hotmail.com

*** มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

**** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี แพร่



The Effectiveness of a Program for Health Literacy Development of the Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes at Bangwua District, Chachoengsao Province*

Pornvijit Pannark**

Sutteepon Moolsart***

Chettha Kaewprom****

Abstract

Enhancing health literacy is important for the development of appropriate health behaviors among persons with Diabetes Mellitus (DM). A quasi-experimental study using a two-group pre-test and post-test design was conducted to investigate the effects of a program improving health literacy among patients with DM type II and with uncontrolled blood sugar level. The participants were 70 patients with DM who received health services at Bangwua health promotion hospital, Chachoengsao Province. They were equally divided into an experimental and control groups. Research instruments included 1) a program of health literacy development, 2) "Health literacy and diabetes control" handbook, 3) a questionnaire of health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors, and 4) a blood glucose monitoring device. Content validity indexes for the questionnaire were .85–1.0, and Cronbach's alpha coefficients were .84–.96. The data were analyzed using descriptive statistics and t-test comparisons. The results revealed that after participating in the program, the level of health literacy, self-efficacy related to management, and health behaviors reported by the experimental group was higher than that of the control group at the significance level of 0.01. The blood sugar level of the experimental group was also significantly lower than that of the control group ($p < .05$). The findings suggest that improving health literacy is a strategy that can help diabetic people acquire appropriate health behaviors, decreasing the severity and unwanted complications due to DM.

Keywords: health literacy; self-efficacy; self-care behavior; diabetes mellitus

* Thesis of Master of Nursing Science, Sukhothai Thammarat Open University

** Bang wua Health Promotion Hospital, e-mail: i_apple51@hotmail.com

*** School of Nursing, Sukhothai Thammarat Open University

**** Boromarajonani College of Nursing, Phrae



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับประเทศ ระดับเขต เมื่อพิจารณาระดับจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 6 พบอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2557¹ จำนวน 899.60 ต่อแสนประชากรและอัตราตายด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก จำนวน 7.89 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2555 เป็น 11.65 ในปีพ.ศ. 2557 โดยเฉพาะ จังหวัดฉะเชิงเทราพบว่ามียอดอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวานสูงเพิ่มขึ้นเป็นลำดับที่ 3 ของเขต รองจากชลบุรี และระยองและมีอัตราตายด้วยโรคเบาหวานในจังหวัดฉะเชิงเทราในปี พ.ศ.2557 เท่ากับ 20.21 ต่อแสนประชากรซึ่งพบว่าสูงกว่าอัตราระดับเขต สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคเบาหวานในพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา และเมื่อพิจารณาระดับอำเภอบางปะกง โดยเฉพาะตำบลบางวัว จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นพื้นที่พบอัตราผู้ป่วยเบาหวานเป็นจำนวนมาก ในปี พ.ศ.2557² พบอัตราป่วยด้วยโรคนี้เท่ากับ 4,542.24 ต่อแสนประชากร และความชุกร้อยละ 3.57 ต่อแสนประชากร และพบอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานเท่ากับ 37.73 ต่อแสนประชากร² อัตราตายด้วยโรคเบาหวานในจังหวัดฉะเชิงเทราในปี พ.ศ. 2557 เท่ากับ 20.21 ต่อแสนประชากรซึ่งอัตราตายตำบลบางวัว สูงกว่าอัตราตายด้วยโรคเบาหวานของจังหวัด

ปัญหาส่วนใหญ่ในผู้ป่วยเบาหวานมีเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สาเหตุของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีงานวิจัยระบุว่าความรู้ความเข้าใจในโรคเบาหวาน พฤติกรรมการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรคการรับประทานอาหารและยา³⁻⁵ การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด⁵ ซึ่งสิ่งเหล่านี้คือความฉลาดทางสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีความฉลาดทางสุขภาพไม่เพียงพอ พบว่า จะมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลตนเองน้อยกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีความฉลาดทางสุขภาพเพียงพอ⁶ สอดคล้องกับการศึกษา ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความ

สัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷ การมีความฉลาดทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอแสดงถึงการขาดความสามารถในการเข้าใจ ต่ำลงส่งผลให้การปฏิบัติตามคำแนะนำที่จำเป็นเช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความฉลาดด้านสุขภาพไม่เพียงพอ จะมีความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริงพื้นฐานเกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีแผนการดูแลรักษาตนเองน้อย เช่นความรู้เกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือดที่จัดว่าปกติ อาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สิ่งที่ต้องทำเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ⁸ และพบว่าความฉลาดทางสุขภาพต่ำ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานนานและการขาดความช่วยเหลือสำหรับการใช้ยา มีความสัมพันธ์กับระดับ HbA1c ระดับที่สูงขึ้น⁹

ความฉลาดทางสุขภาพที่เพียงพอและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเป็นสิ่งที่จำเป็นที่ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ดี และช่วยลดหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนให้ช้าลง¹⁰ ความฉลาดทางสุขภาพเป็นความสามารถของตนเองในการสามารถแสวงหา ทำความเข้าใจ ประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพ สามารถถ่ายทอดข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้อื่น และตัดสินใจดำรงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานหากมีความฉลาดทางสุขภาพที่เพียงพอ จะทำให้มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคที่เป็น มีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมและหากพบปัญหาสุขภาพก็สามารถตัดสินใจที่เหมาะสม ลักษณะดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ ลดความรุนแรงของโรคและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค แม้ว่าโรคเบาหวานจะรักษาไม่หายก็ตาม¹⁰

อย่างไรก็ตาม การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่างานวิจัยที่ศึกษาถึงความฉลาดทางสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้นั้นส่วนมากเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ส่วนในประเด็นของการส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพนั้นยังมีจำนวนน้อย ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะบุคลากรสุขภาพจึงสนใจการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้จึงมีความประสงค์ในการต่อยอดองค์ความรู้ที่มีอยู่เดิมจึงศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของ



ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางวัว โดยใช้แนวคิดทฤษฎีความฉลาดทางสุขภาพของเบเคอร์¹¹ มาใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความฉลาดทางสุขภาพ ความสามารถของตนเอง และมีพฤติกรรมสุขภาพในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา อันจะนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม ลดระดับน้ำตาลในเลือด และทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพต่อความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพต่อความสามารถของตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
4. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

สมมุติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในกลุ่มทดลองมีความฉลาดทางสุขภาพมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในกลุ่มทดลองมีความสามารถของตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ

3. หลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ

4. หลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ

นิยามศัพท์

โปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ หมายถึง ชุดของกิจกรรมที่ส่งเสริม ความสามารถของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ให้สามารถแสวงหา เข้าใจ ประยุกต์ใช้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคและสามารถถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพ และโรคเบาหวานกับบุคคลอื่น เพื่อปรับเปลี่ยนผลลัพธ์ทางสุขภาพที่พึงประสงค์ ดังนี้

1. ความฉลาดด้านข้อมูลสุขภาพที่เป็นเอกสาร (health-related print literacy) หมายถึง ความสามารถในการแสวงหา เข้าใจ และประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่ถูกเขียนใน เอกสาร หรือสื่อสิ่งพิมพ์ โดยมีความสามารถในการอ่านข้อมูล ความเข้าใจคำศัพท์ การนับเลขและคำนวณตัวเลขที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและโรคเบาหวานได้

2. ความฉลาดด้านการสื่อสารทางสุขภาพโดยการพูด (health-related oral literacy) หมายถึง ความสามารถในการบอกเล่าข้อมูลข่าวสาร ความรู้การใช้ภาษาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและโรคเบาหวาน

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน หมายถึง ความจำและความเข้าใจของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เกี่ยวกับการรักษาการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาและการป้องกันโรคแทรกซ้อน

ความสามารถของตนเอง หมายถึง การรับรู้ความเชื่อมั่น ความมั่นใจในความสามารถของตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ความมั่นใจในการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้อง



กับการรักษา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการป้องกันโรคแทรกซ้อน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึงการกระทำกิจกรรมโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการป้องกันโรคแทรกซ้อน

ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง บุคคลที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางวัว ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาและมีช่วงระดับน้ำตาลในเลือด 155-182 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดความฉลาดทางสุขภาพของ Baker¹¹ ซึ่งประกอบด้วย 1. พัฒนาทักษะด้านความเข้าใจข้อมูลที่เป็นตัวอักษรในเรื่องของการอ่าน (health-related print literacy, ability to understand written health information) ประกอบด้วยความสามารถในการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการทำความเข้าใจ

ในข้อมูลสุขภาพ 2. พัฒนาทักษะการสื่อสารทางสุขภาพ การสื่อสารทางการพูด การประยุกต์ใช้ความรู้และการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (health-related oral literacy, ability to orally communicate about health) การทำความเข้าใจในข้อมูลที่เขียนในรูปแบบของความฉลาดรู้ทางสุขภาพในการอ่าน ซึ่งเป็นความสามารถในการประมวลผล การเขียนข้อมูล การได้รับความรู้ใหม่ ซึ่งรวมถึงคำศัพท์ และความรู้เรื่องแนวคิดของสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ แล้วเมื่อบุคคลมีความฉลาดทางสุขภาพด้านการสื่อสารทางการอ่านและทักษะการสื่อสารทางการพูด แล้วจะส่งผลให้มีเจตคติ มีความรู้ใหม่ ความสามารถของตนเองที่เพิ่มขึ้น และการ แสดงออกทางพฤติกรรมโดยการประเมินความสามารถของตนเองการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากการติดตามเยี่ยมบ้าน และการสื่อสารทางสุขภาพกับครอบครัว ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดดังกล่าวในการ พัฒนาโปรแกรมให้ความรู้เพื่อพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ โดยโปรแกรมจะช่วยพัฒนาทักษะย่อย ของความฉลาดทางสุขภาพ จากนั้นทำการวัดตัวแปรตาม ดังแสดงในภาพที่ 1



โปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ

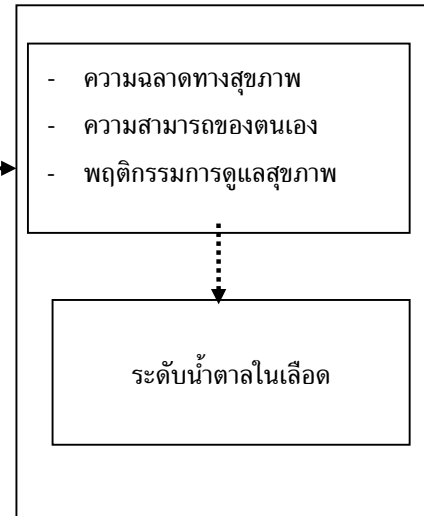
1. พัฒนาทักษะด้านความเข้าใจข้อมูลที่เป็นตัวอักษร

- 1.1 พัฒนาความรู้และความจำคำศัพท์เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
- 1.2 ทำความเข้าใจคำศัพท์เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
- 1.3 ฝึกทักษะกิจกรรมอ่านและจับคู่คำศัพท์
- 1.4 ฝึกทักษะสืบค้นข้อมูลจากหนังสือโดยบอกแหล่งที่มาและบอกวิธีการนำไปใช้
- 1.5 ฝึกทักษะการอ่านเอกสารแผ่นพับโรคเบาหวาน
- 1.6 ฝึกคำนวณยาโรคเบาหวานและอาหารฉลากโภชนาการ

2. พัฒนาทักษะการสื่อสารทางสุขภาพ

- 2.1 ฝึกทักษะการอ่านคำศัพท์โรคเบาหวาน
- 2.2 ฝึกทักษะการฟังข้อมูลสุขภาพจาก สื่อวีดิทัศน์และให้ผู้ป่วยเบาหวานถ่ายทอดข้อมูลที่ได้รับ
- 2.2 ปฏิบัติการออกกำลังกายสำหรับผู้เป็นโรคเบาหวาน
- 2.3 ฝึกทักษะวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจากกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน

3. ติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินความสามารถของตนเองการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามบริบทของผู้ป่วยและการสื่อสารทางสุขภาพกับครอบครัว



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชได้รับเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 22/2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางวัว อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ในปี พ.ศ. 2558 จำนวน 255 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่ได้รับ การรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางวัว ในการศึกษาครั้งนี้ ได้มาจากการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบ



ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ กำหนดค่าอิทธิพลจากงานวิจัยของ ศิริลักษณ์ ถูกทอง โดยมีค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 42.80 (SD=5.53) และ 47.76 (SD=9.47) ตามลำดับ ค่า effect size เท่ากับ 0.78 และค่าแอลฟาที่ .02 ใช้ค่าอำนาจ ทดสอบที่ .98 และได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 30 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่ม ตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 5 คน เป็นกลุ่มละ 35 คน รวมทั้งหมด 70 คน โดยกลุ่ม ตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) 1.เป็นผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางวัว 2. มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 155–182 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร(กลุ่มป่วยระดับ 1 สีเหลืองจากปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี) 3.ได้รับการรักษามาไม่ต่ำกว่า 6 เดือนและได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน 4.ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน 5. สามารถสื่อสารและอ่านหนังสือภาษาไทยได้ 6.ช่วยเหลือตนเองได้ดี และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ **เกณฑ์การคัดออกจากกรวิจัย (exclusion criteria)** 1. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่องตามที่กำหนด 2. มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม 3. ได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดฉีดอินซูลิน

เครื่องมือดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านทำ การพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) เท่ากับ .85–1.0 และได้นำแบบสอบถามทั้งสามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายกับประชากร ที่ศึกษา จำนวน 30 ราย ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางสมัคร อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา จากนั้นทำการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค เท่ากับ .84–.96 ตามลำดับ เครื่องมือดำเนิน

การวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตาม แนวคิดของ Baker¹¹ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1. การพัฒนาทักษะด้านความเข้าใจข้อมูลที่เป็นตัวอักษร ประกอบด้วยความสามารถในการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการทำความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ 2. การพัฒนาทักษะการสื่อสารทางสุขภาพการประยุกต์ใช้ความรู้และการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับโรค เบาหวาน และ 3. การเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินความสามารถของตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามบริบทของผู้ป่วยและการสื่อสารทางสุขภาพกับครอบครัว โดยมีระยะเวลาการดำเนินการตามโปรแกรมทั้งหมด 6 สัปดาห์ แผนกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 พัฒนากลุ่มด้านความเข้าใจข้อมูลที่เป็นตัวอักษร โดยผู้วิจัย อธิบายคำศัพท์ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ฝึกทักษะการอ่านคำศัพท์โรคเบาหวาน แล้วให้กลุ่มตัวอย่าง ฝึกทักษะการทำกิจกรรมการอ่าน และจับคู่คำศัพท์ฝึกทักษะการใช้แผ่นพับเรื่อง โรค เบาหวานตาม ใบกิจกรรม ซึ่งอยู่ในคู่มือ “ความฉลาดทางสุขภาพกับการควบคุมโรคเบาหวาน” ฝึกทักษะสืบค้นข้อมูลจากหนังสือ พร้อมสาธิตวิธีการสืบค้นข้อมูลที่ต้องการทราบตามใบกิจกรรม จากคู่มือและ บอกวิธีการนำไปใช้ ฝึกทักษะการใช้แผ่นพับเรื่องโรคเบาหวาน ฝึกคำนวณยาและอาหาร

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 พัฒนากลุ่มการสื่อสารทางสุขภาพ ฝึกทักษะการฟังข้อมูล สุขภาพจากสื่อวิทยุทัศน์ เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน และให้กลุ่มตัวอย่างถ่ายทอดข้อมูลที่ได้รับ ฝึกปฏิบัติกิจกรรมออกกำลังกาย ฝึกทักษะวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ จากกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ฝึกทักษะจัดตารางการรับประทานอาหารของตนเอง จากโมเดลอาหาร ฝึกการอ่านข้อมูล โฆษณาการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย การคิดคำนวณอัตราส่วนรอบเอวต่อส่วนสูงโดยใช้เครื่องคิดเลข คำนวณปริมาณพลังงานในอาหารจากการบ้านที่บันทึกและประเมิน



รายการอาหารในช่วงวันที่ผ่านมา คำนวณค่าดัชนีน้ำตาล

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 4-5 เยี่ยมบ้าน ติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินความสามารถของตนเองด้วยการประเมินปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและยา ให้ผู้ป่วยเบาหวานถ่ายทอดข้อมูลโดยการอธิบายให้คนในครอบครัวฟัง ทบทวนการบ้านในแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าที่ผ่านมา พร้อมทั้งประเมินปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้า การรับประทานยา และการออกกำลังกาย

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 6 ติดตามการบ้านในแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้า ประเมินปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้า และการออกกำลังกาย ทำกิจกรรมลับสมอง ลงปัญญาเป็นแบบฝึกหัดความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

2. คู่มือความฉลาดทางสุขภาพกับการควบคุมโรคเบาหวาน เป็นคู่มือให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองเนื้อหาประกอบด้วย 1.ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 2. เป้าหมายการควบคุมโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในด้านการควบคุมอาหารและฉลากโภชนาการ ยารักษาโรคเบาหวาน การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพอนามัยทั่วไปโดยเฉพาะเท้า และการป้องกันโรคแทรกซ้อน 3. แบบประเมินตนเองเรื่องระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อัตราส่วนเส้นรอบเอวต่อส่วนสูง ภาวะโภชนาการ ความต้องการพลังงานต่อวันจากน้ำหนักและกิจกรรมทางกาย บันทึกและประเมินรายการอาหารในช่วง 3 วันที่ผ่านมา 4. แบบฝึกหัดเกี่ยวกับความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน อาหารที่เหมาะสม กับ โรคเบาหวาน การออกกำลังกาย ยาโรคเบาหวาน และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ และเครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด มีรายละเอียดแบบสอบถาม

แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ มีจำนวน 6 ข้อ

2. แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แบบวัด ความฉลาดทางสุขภาพ Diabetes Numeracy Test ที่พัฒนาโดย Vanderbilt University¹² เกี่ยวกับการประเมินความสามารถในการแสวงหา ความเข้าใจและการประยุกต์ใช้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อประกอบไปด้วยส่วนย่อย 3 ส่วน ดังนี้

การแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน มี 5 ข้อ เป็นแบบวัดประมาณค่าให้เลือกตอบ 3 ระดับ ได้แก่ ถูกต้อง ไม่แน่ใจ และไม่ถูกต้อง

ความเข้าใจและการประยุกต์ใช้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีจำนวน 21 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด มีคำตอบ 4 ตัวเลือก ได้แก่ ก, ข, ค และ ง

การถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีจำนวน 4 ข้อ โดยแต่ละข้อผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยเบาหวานอธิบายข้อความสถานการณ์ตามที่กำหนด และผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินความสามารถในการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบมาตรฐาน ประมาณค่า 5 ระดับ โดยผู้ให้คะแนนจะให้คะแนนในแต่ละประเด็นจากน้อยที่สุดถึงมากที่สุด

3. แบบสอบถามความสามารถของตนเอง ดัดแปลงจากแบบสอบถามของน้ำค้าง ทางศร ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ทั้งทางบวกและทางลบ เป็นแบบประเมินเลือกตอบที่มีค่าคะแนนศูนย์ถึงสิบ เกณฑ์การแปลผลคะแนนความมั่นใจ ตั้งแต่ 0 คือไม่มีความมั่นใจเลย ถึง 10 คือ มีความมั่นใจมากที่สุด

4. แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ น้ำค้าง ทางศร ข้อคำถามทั้งสิ้น 25 ข้อทั้งทางบวกและทางลบ เป็นแบบ



ประเมินเลือกตอบที่มีค่าคะแนน 0 ถึง 7 ในการตอบแบบสอบถามผู้ตอบแบบสอบถามจะระบุจำนวนวันที่มีการปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อคำถามดูแลตนเองในช่วง 7 วันที่ผ่านมา

5. เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เป็นเครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้วชนิดพกพาที่ได้ดำเนินการสอบเทียบเครื่องมือที่มีมาตรฐานจากโรงพยาบาลบางปะกงทุก 6 เดือน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคมถึงกันยายน 2559 มีการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการการเตรียมผู้ช่วยวิจัยในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมจำนวน 1 คนเป็นนักวิชาการสาธารณสุข ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้แก่ผู้ช่วยวิจัยและอธิบายทำความเข้าใจในงานวิจัยวัตถุประสงค์การวิจัย เครื่องมือ การรวบรวมข้อมูลและขั้นตอนในการจัดกิจกรรม ฝึกทักษะและซักซ้อมความเข้าใจก่อนการปฏิบัติจริงในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม

2. การรวบรวมข้อมูลก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว ในวันที่มารับบริการตามแพทย์นัดในคลินิกเบาหวานและแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทำในวันที่มารับบริการตามแพทย์นัดในคลินิกเบาหวานก่อนการทดลอง ผู้วิจัยได้แนะนำตนเองอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัยโดยมีผู้ช่วยวิจัยช่วยในการแจกแบบสอบถามและรวบรวมข้อมูล

3. ขั้นตอนการ กลุ่มทดลองดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ ตามแนวทางการดูแลโรคเรื้อรังของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบางปะกง

4. หลังการเข้าร่วมโปรแกรม รวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ และเจาะเลือดที่ปลายนิ้วเพื่อหาระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติ จะได้รับการกิจกรรมตามโปรแกรมฯ พร้อมคู่มือความฉลาดทางสุขภาพกับการควบคุมโรคเบาหวาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรตาม ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพ ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติที (paired t-test)

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรตามระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติที (Independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่าทั้ง 2 กลุ่ม มีข้อมูลส่วนบุคคลที่ใกล้เคียงกัน ดังนี้ 1) เพศกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.3 กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 2) อายุ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 48.85 ปี (SD = 5.58) กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 48.48 ปี (SD = 5.29) และทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 48.57 3) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.71 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.57 4) สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรสคู่ กลุ่มทดลอง ร้อยละ 97.14 กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 94.29 5) อาชีพ ทั้งสองกลุ่มมีอาชีพแม่บ้านส่วนใหญ่กลุ่มทดลอง ร้อยละ 37.14 กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 54.28



และ 6) ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานนาน 0-5 ปี ร้อยละ 82.86

2. ผลการเปรียบเทียบความฉลาดทางสุขภาพ ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบระหว่าง ก่อนและหลังทำการทดลองพบว่า ก่อนทำการทดลอง

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง ค่าเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่า เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ทั้งค่าเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพทั้งค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้าน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพโดยแยกรายด้านและโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความฉลาดทางสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)		Independent t- test	p
	M	SD	M	SD		
1. การแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน (5 คะแนน)						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.82	.95	2.62	1.11	.807	.423
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.97	.16	2.68	1.07	12.388	.000
2. ความเข้าใจและการประยุกต์ใช้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (21 คะแนน)						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	13.34	4.35	13.02	4.59	.293	.770
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	20.08	.88	13.02	4.62	8.867	.000
3. การถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (4 คะแนน)						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	.85	.77	.80	.67	.329	.743
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	2.42	.50	.74	.70	11.571	.000
ความฉลาดทางสุขภาพโดยรวม (30 คะแนน)						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	17.02	4.41	16.45	4.74	.521	.604
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	27.48	.98	16.45	4.75	13.439	.000

3. ผลการเปรียบเทียบความสามารถของตนเอง ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความสามารถของตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังทำการทดลองพบว่า ก่อนทำการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมี

ค่าเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังสิ้นสุดการทดลองค่าเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ทั้งค่าเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพทั้งค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้าน ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความสามารถของตนเองก่อนและหลังทำการทดลองโดยแยกรายด้าน และโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความสามารถของตนเอง	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)		Independent t- test	p
	M	SD	M	SD		
1. การรับประทานอาหาร (5 คะแนน)						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	5.64	1.38	5.67	1.32	.088	.930
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	9.86	.193	5.69	1.36	17.964	.000
2. การออกกำลังกาย (2คะแนน)						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	6.01	1.98	6.10	1.97	.181	.857
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	9.40	.59	6.07	1.99	9.455	.000
3. การเผชิญและการผ่อนคลายความเครียด (2คะแนน)						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	7.12	1.50	7.20	1.39	.205	.838
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	9.84	.291	7.21	1.35	11.245	.000
4. การจัดการยารักษาโรคเบาหวาน (1คะแนน)						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	7.51	1.44	7.14	1.62	1.010	.316
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	10.00	.00	7.31	1.36	11.623	.000
ความสามารถของตนเองโดยรวม (10คะแนน)						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	6.57	.90	6.52	.87	.218	.828
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	9.77	.155	6.57	.85	21.851	.000*

4. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังทำการทดลองพบว่า ก่อนทำการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมี

ค่าเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังสิ้นสุดการทดลองค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ทั้งค่าเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพทั้งค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้าน ดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองโดยแยกรายด้านและโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพฤติกรรมการ

พฤติกรรมการ ดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)		Independent t- test	p
	M	SD	M	SD		
1.ด้านการรับประทานอาหาร (14 คะแนน)						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.46	.63	2.43	.61	.232	.817
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	6.31	.269	2.42	.628	33.66	.000
2. ด้านการออกกำลังกาย (4 คะแนน)						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	4.62	1.39	4.77	1.42	.424	.673
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	6.27	.42	4.62	1.46	6.37	.000
3. การเผชิญและการผ่อนคลายความเครียด (3 คะแนน)						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	6.35	.67	5.91	1.03	2.09	.040
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	6.92	.21	5.8	1.14	5.39	.000
4. การจัดการยารักษาโรคเบาหวาน (4 คะแนน)						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	5.12	1.18	5.15	1.21	.000	1.000
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	7.00	.00	5.27	.96	10.58	.000
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม (25 คะแนน)						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	4.64	.32	4.55	.37	.978	.332
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	6.62	.15	4.54	.37	30.27	.000

5. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับ น้ำตาลไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่ม

เปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย ระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .01$) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลอง

ระดับน้ำตาลในเลือด	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)		Independent t- test	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	167.28	9.16	167.02	7.59	.128	.899
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	132.82	16.71	168.54	15.29	9.324	.000*



อภิปรายผล

จากกรณีวิเคราะห์ข้อมูลพบประเด็นสำคัญสามารถสรุปได้ดังนี้

1. โปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีความฉลาดทางสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ทั้งความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ซึ่งผลการวิจัยนี้อธิบายได้ว่า ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่เพิ่มขึ้นจากการพัฒนาทักษะด้านความเข้าใจข้อมูลที่เป็นตัวอักษรพัฒนาความรู้และความจำคำศัพท์เกี่ยวกับโรคเบาหวานทำความเข้าใจคำศัพท์เกี่ยวกับโรคเบาหวานฝึกทักษะการอ่านและจับคู่คำศัพท์ฝึกทักษะสืบค้นข้อมูลจากหนังสือโดยบอกแหล่งที่มาและบอกวิธีการนำไปใช้ ฝึกทักษะการอ่านเอกสารแผ่นพับโรคเบาหวานฝึกคำนวณยาโรคเบาหวานและอาหาร ฉลากโภชนาการและพัฒนาทักษะการสื่อสารทางสุขภาพฝึกทักษะการอ่านคำศัพท์โรคเบาหวาน ฝึกทักษะการฟังข้อมูลสุขภาพจากสื่อวิทยุทัศน์ และให้ผู้ป่วยเบาหวานถ่ายทอดข้อมูลที่ได้รับฝึกทักษะวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจากกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โดยกิจกรรมการให้ความรู้นั้นจะมีไปกิจกรรมตามเนื้อหาที่สอนผู้วิจัยได้อธิบายคำศัพท์โดยใช้บัตรคำและให้ผู้ป่วยช่วยกันอ่านคำศัพท์ พร้อมทั้งผู้วิจัยอธิบายเนื้อหาในคู่มือเบาหวานโดยเริ่มตั้งแต่สารบัญ พร้อมสาธิตวิธีการสืบค้นข้อมูลที่ต้องการทราบตาม เช่น เมื่อต้องการทราบระดับน้ำตาลในเลือดว่าค่าเท่าไรที่ผิดปกติ ผู้ป่วยต้องเปิดดูรายการเนื้อหาที่หน้าสารบัญก่อนแล้วจึงเข้าไปดูเนื้อหาในหน้าที่ต้องการ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังสอนการคำนวณอัตราส่วนรอบเอวต่อส่วนสูงและค่าดัชนีมวลกายของผู้เข้ารับการอบรมแต่ละคน คำนวณยาที่รับประทานในหนึ่งสัปดาห์ คำนวณค่าดัชนีน้ำตาลจากตัวอย่างอาหารและน้ำผลไม้ที่รับประทาน ฝึกการอ่านข้อมูลโภชนาการในฉลากขนมปังทำให้ผู้ป่วยเบาหวานได้มีความรู้จากการฝึกปฏิบัติและติดตามเยี่ยมบ้านประเมินความสามารถของตนเองการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามบริบทของผู้ป่วยและ

การสื่อสารทางสุขภาพกับครอบครัว

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สรุปผู้ป่วยที่มีความฉลาดทางสุขภาพที่สูงขึ้นจะได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวานมากขึ้นและการรับรู้ความสามารถของตนเองได้มากขึ้น การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกแบบของการศึกษาโรคเบาหวานเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยพฤติกรรมมีความสำคัญในการจัดการกับภาวะน้ำตาลในเลือดสูง-ต่ำ การวางแผนการรับประทานอาหารและการตรวจสอบระดับน้ำตาลในเลือดตามคำแนะนำ¹¹

2. โปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีความสามารถของตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผลการวิจัยนี้อธิบายได้ว่ากิจกรรมการพัฒนาความสามารถของตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นจากการที่ผู้ป่วยได้รับการพัฒนาทักษะตามโปรแกรมเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ความมั่นใจในการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับการรักษา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการป้องกันโรคแทรกซ้อน เช่น ผู้วิจัยให้ผู้ผู้ป่วยทำแบบประเมินตนเองในการประเมินระดับน้ำตาลในเลือด อัตราส่วนรอบเอวต่อส่วนสูง ประเมินภาวะโภชนาการดัชนีมวลกาย ประเมินความต้องการพลังงานต่อวันจากน้ำหนักและกิจกรรมทางกาย บันทึกและประเมินรายการอาหารในช่วง 3 วันที่ผ่านมา และนำข้อมูลสุขภาพครั้งล่าสุดตามแบบประเมินตนเองให้ผู้ผู้ป่วยร่วมวิเคราะห์ประเมินทบทวนการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง เกิดความตระหนักและตัดสินใจเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเอง มีการตั้งจุดมุ่งหมายในการควบคุมโรคเบาหวานที่จะเกิดขึ้นใน 4 สัปดาห์ พร้อมทั้งบันทึกการปฏิบัติตัว ซึ่งเป็นการพัฒนาให้ผู้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจึงส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยความสามารถของตนเองที่เพิ่มขึ้น



ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ว่าผู้ป่วยที่มีความฉลาดทางสุขภาพที่สูงขึ้นจะได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวานมากขึ้น และการรับรู้ความสามารถของตนเองได้มากขึ้น การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกแบบของการศึกษาโรคเบาหวานเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยพฤติกรรมมีความสำคัญในการจัดการกับภาวะน้ำตาลในเลือดสูง-ต่ำ การวางแผน การรับประทานอาหารและการตรวจสอบระดับน้ำตาลในเลือดตามคำแนะนำ¹¹

3. โปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นจากการที่ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพโดยการผู้วิจัยให้ความรู้และฝึกทักษะด้านความเข้าใจข้อมูลที่เป็นตัวอักษรและพัฒนาทักษะการสื่อสารทางสุขภาพที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยเบาหวานด้วยการบรรยาย สาธิตและสาธิตย้อนกลับ และผู้วิจัยได้กระตุ้นให้มีการเสริมแรงตนเองจากผลสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองในกิจกรรมกลุ่ม โดยการให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ เรียนรู้จากตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ ชมเชย และได้รับกำลังใจจากสมาชิกในกลุ่มและเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 4-5 ทบทวนการบ้านในแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ผ่านมาและให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้านโดยใช้คู่มือความฉลาดทางสุขภาพกับการควบคุมโรคเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน⁷ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเรื่องโรคเบาหวาน มีความเชื่อมโยงความฉลาดทางสุขภาพ¹⁴

4. โปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่

ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ผลการวิจัยนี้อธิบายได้ว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยเบาหวานมีความฉลาดทางสุขภาพ มีองค์ความรู้ใหม่เกิดขึ้น มีทัศนคติเชิงบวก มีความสามารถของตนเองมากขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดที่ลดลง ทั้งนี้เนื่องจากความมั่นใจในความสามารถของตนเองและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานให้เหมาะสมกับโรคและวิถีชีวิตของตน ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือพฤติกรรมด้านการรับประทาน 7 การที่ผู้ป่วยมีการรับประทานอาหารตรงเวลา ทำให้ร่างกายของผู้ป่วยได้รับอาหารสอดคล้องกับปริมาณและการออกฤทธิ์ของยาลดระดับน้ำตาลในเลือด การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดจึงมีประสิทธิภาพมากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดที่ลดลงและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผู้ป่วยมีการจัดการยารักษาโรคเบาหวานดีขึ้นได้แก่ การเพิ่มหรือลดปริมาณยารักษาโรคเบาหวานด้วยตนเองลดลง การลืมหรือไม่ได้รับประทานยาเบาหวานและการรับประทานยาที่นอกเหนือจากการรักษาของแพทย์ลดลง ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา การออกฤทธิ์ของยามีประสิทธิภาพเกิดการกระตุ้นการหลั่งอินซูลินและทำให้เนื้อเยื่อไวต่ออินซูลินจึงมีผลให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง^{5,10} และการดูแลเรื่องการใช้อายามีประสิทธิภาพในการลดระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลสะสมที่เกาติตเม็ดเลือด⁴

ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ควรได้รับการกำหนดระยะเวลาเพิ่มขึ้นให้นาน 12 สัปดาห์ และศึกษาผลในระยะยาว เช่น การประเมินผลของโปรแกรมต่อค่าระดับฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี เป็นต้น



2. โปรแกรมการพัฒนความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ควรได้รับการพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพในกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ไต หลอดเลือดและหัวใจ หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

3. บุคลากรสุขภาพควรพัฒนาและดำเนินโปรแกรมการพัฒนความฉลาดทางสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคได้

References

1. Bureau of Non-Communicable Diseases Department of Disease Control. Chronic non-communicable diseases. Available from: <http://thaincd.com/document /file/info/ non-communicable-disease.> (in Thai).
2. Health Promoting Hospital Bangwua. Results progress for the year 2016. Chachoengsao. (in Thai).
3. Ovatakanont P. The Outcome of Diabetes Care and Factors Associated with Poor Glycemic Control among Type 2 Diabetic Patients in Saimun Hospital. Srinagarind Med J 2011; 26(4) [internet].2016[cited 2016 November 12]. Available: http://www.kmutt.ac.th/jif/public_html/article_detail.php?ArticleID=96522
4. Jaisaen W. Systematic Review on Diabetic Control Interventions Among Persons with Diabetes Mellitus Type 2. Master of Nursing Science (Adult Nursing). [Master thesis]. Chiangmai: Chiangmai University.2008. (in Thai).
5. Buraphunt R, Muangsom N. Factors Affecting Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus of Patients in Sangkhom Hospital, Udonthani Province. KCU Journal for Public Health Research Vol.6 No.3 July-September, 2013;102-09. (in Thai).
6. Bains & Egede. Associations Between Health Literacy, Diabetes Knowledge, Self-Care Behaviors, and Glycemic Control in a Low Income Population with Type 2 Diabetes. Diabetes Technol Ther. 2011 Mar; 13(3): 335341.doi: 10.1089/dia.2010.0160. [internet]. 2016 [cited 2016 Aug 11]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3690006/>
7. Benzel-Lindley, JA. Exploration of Factors Impacting the Self-Care of Elders with Diabetes.University of Arizona . [internet]. 2016 [cited 2016 August 14]. Available from: <http://arizona.openrepository.com/arizona/handle/10150/194364>
8. Saeko K. Health literacy among eye surgery patients. M.Sc. (Public health) major in health education and behavioral science. Mahidol university.2009. (in Thai).



9. Jonas G, Daniel A, Regina M, Alexandre L, Flavia C, & Wilson J. Functional health literacy and glycaemic control in older adults with type 2 diabetes: a cross-sectional study. [internet]. 2016 [cited 2016 Aug 11]. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/content/4/2/e004180.full.pdf+html>.
10. Rajatanavin R, Ningsanon T. (Editor). Self care when sick. in Himathongkam T. Full knowledge of diabetes. Bangkok : Printing of Vitayapat. 2011. (in Thai).
11. David WB. The Meaning and the Measure of Health Literacy. J Gen Intern Med. 2006 Aug; 21(8): 878-83. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1831571>
12. Huizinga M, Elasy T, Wallston K, Cavanaugh K, Davis D, Gregory P, ... Russell L Rothman. Development and validation of the Diabetes Numeracy Test (DNT). BMC Health Services Research 2008, 8:96 doi:10.1186/1472-6963-8-96 [internet]. 2016 [cited 2016 Aug 22]. Available from: <http://www.mc.vanderbilt.edu/documents/CDTR/files/diabetes-numeracy-test-15.pdf>
13. Bohannon W, Wu S, Liu C, Yeh S, Tsay S, Wang T. Health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus. Journal of the American Association of Nurse Practitioners. Version of Record online: 4 Mar 2013 | doi: 10.1111/1745-7599.12017(pages 495-502).
14. Ko J, Murry N, Lee J, Baik S, Kim M. Health literacy, diabetes self-care activities, and glycemic control in low-income populations with type 2 diabetes. The University of Texas at Austin School of Nursing. [internet]. 2016 [cited 2016 Aug 11]. Available from: <https://nursing.utexas.edu/chpr/docs/2016/poster/Lee%20Abstract.pdf>
15. Rangseesakhon O, Chanchay S, Saowakontha S, Thiramanus T. Factor associated with blood sugar controlling of type 2 diabetic patients at health science center Burapha university, muang district, Chonburi province. Chonburi: Burapha university; 2009. (in Thai).



อุบัติการณ์ของการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา

รัตติกาล สุขพร้อมสรรพ*

บทคัดย่อ

งานพยาบาลนอกจากจะเป็นงานที่หนักแล้วยังต้องเผชิญกับความเร่งรีบและความเครียดตลอดเวลา พยาบาลบางส่วนจำเป็นต้องทำงานสัมผัสปัจจัยอันตรายทั้งในด้านสภาพแวดล้อมและสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ที่อาจก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพะเยา จำนวน 335 คน รวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม 2559 ถึงมกราคม 2560 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ multiple logistic regression ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 35.8 ส่วนใหญ่เป็นการบาดเจ็บเล็กน้อย ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บจากการทำงาน คือ อายุ ($OR=4.10$, $95\%CI=2.10-8.10$ $p<.001$) ลักษณะการทำงานเป็นเวรผลัด ($OR=1.95$, $95\%CI=.99-3.82$ $p=.051$) และสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ได้แก่ การปฏิบัติงานที่มีการใช้เข็มเย็บแผล ($OR=2.14$, $95\%CI=1.23-3.72$ $p=.007$) และการใช้กรรไกรตัดไหม ($OR=.38$, $95\%CI=.17-.49$ $p=.019$)

คำสำคัญ: พยาบาลวิชาชีพ; อุบัติการณ์; การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน



Incidence of Work-related Injury of Professional Nurses in Phayao Hospital, Phayao

Rattikarn Sukpromson*

Abstract

Nursing is not only a hard task, but nurses must also face hustle and stress all the time. Some nurses are exposed to risk factors, both in terms of an unsafe environment and working conditions that can cause illness and injury while at work. This study aimed to examine incidence and factors related to occupational injuries among 335 professional nurses in Phayao Hospital, Phayao province. Data were collected from December 2016 to January 2017 and analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation and multiple logistic regression. The results revealed that 35.8% of those who suffered from work-related injuries in the last 3 months had suffered mostly minor injuries. Factors that were associated with work-related injuries were age (OR=4.10, 95%CI=2.10-8.10 $p<.001$) shift work (OR=1.95, 95%CI=0.99-3.82, $p=.051$) and unsafe working conditions, including the use of needles (OR=2.14, 95%CI=1.23-3.72, $p=.007$) and clip-per silk (OR=0.38, 95%CI=0.17-0.49, $p=.019$).

Keywords: professional nurses; incidence; work-related injury

*Occupational Department, Phayao Hospital, e-mail: rsukson@yahoo.com



ความเป็นมาและความสำคัญ

พยาบาลวิชาชีพ เป็นกลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีสัดส่วนมากที่สุดในกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย จากการสำรวจพบว่าพยาบาลวิชาชีพทั่วโลกมีมากกว่า 59 ล้านคน¹ และเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่างานการพยาบาลเป็นงานที่ต้องมีความรับผิดชอบสูง มีการทำงานเป็นเวรหรือเป็นกะตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากจะเป็นงานที่หนักแล้วพยาบาลยังต้องเผชิญกับความเร่งรีบและความเครียดตลอดเวลา พยาบาลบางส่วนต้องทำงานสัมผัสกับสารเคมีหรือสารอันตรายอื่น ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพตลอดจนปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ทั้งสภาพแวดล้อมและลักษณะการทำงานที่ไม่ปลอดภัยอาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและการบาดเจ็บจากการทำงาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง² ลักษณะการทำงานของพยาบาลวิชาชีพมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแผนกที่ปฏิบัติงานแต่ละบริบทการทำงานของพยาบาลวิชาชีพมีการสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพจากสภาพการทำงานที่แตกต่างกัน เช่น เครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีความแหลมคม เครื่องมือ/อุปกรณ์ชำรุด เป็นต้น³ โดยพยาบาลวิชาชีพมากกว่า 35 ล้านคน มีการทำงานที่ต้องสัมผัสกับอุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่มีความแหลมคม⁴ ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการทำงานจากสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย

การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน (work-related injuries) หมายถึงการที่ส่วนของร่างกายได้รับอันตรายหรือบาดเจ็บจากสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย³ โดยทฤษฎีโดมิโนของอุบัติเหตุ กล่าวว่า การบาดเจ็บและความเสียหายต่าง ๆ เป็นผลสืบเนื่องโดยตรงมาจากอุบัติเหตุ และอุบัติเหตุเป็นผลมาจากการกระทำที่ไม่ปลอดภัย (หรือสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย) ซึ่งเปรียบได้เหมือนตัวโดมิโนที่เรียงซ้อนกันอยู่ 5 ตัว ได้แก่ สภาพแวดล้อมหรือภูมิหลังของบุคคล ความบกพร่องผิดปกติของบุคคล การกระทำหรือสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย อุบัติเหตุและการบาดเจ็บหรือเสียหาย หากตัว

ที่หนึ่งล้มย่อมมีผลทำให้โดมิโนตัวถัดไปล้มตามกันไป ด้วยนั่นคือ สภาพแวดล้อมของสังคมหรือภูมิหลังของบุคคลคนหนึ่ง (สภาพครอบครัว สถานะความเป็นอยู่ การศึกษาอบรม) ก่อให้เกิดความบกพร่องผิดปกติของบุคคลนั้น (ทัศนคติต่อความปลอดภัยไม่ถูกต้อง ชอบเสี่ยง มกง่าย) ก่อให้เกิดการกระทำที่ไม่ปลอดภัยหรือสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย มีผลทำให้เกิดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บหรือความเสียหาย ซึ่งเรียกว่า “ลูกโซ่ของอุบัติเหตุ” (Accident Chain)⁴

จากรายงานในประเทศสหรัฐอเมริกา พบอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 8.2⁵ สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาการบาดเจ็บของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จังหวัดราชบุรี พบว่ามีการบาดเจ็บจากการทำงานร้อยละ 27⁶ ซึ่งสูงกว่าประเทศสหรัฐอเมริกาถึง 3.3 เท่า และจากการศึกษาในต่างประเทศทางฝั่งยุโรปและอเมริกาพบว่าสาเหตุการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุที่พบได้แก่ เข็มฉีดยาที่มุดำเข็มเย็บแผลที่มุดำหลอดยาบาดเข็มเจาะเลือดที่มุดำและการบาดเจ็บจากการลื่นล้มบนพื้นระดับเดียวกัน ทำให้มีอาการเคล็ดขัดยอก บวม ช้ำ หรือกระดูกแตกหัก⁶⁻¹¹ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บจากการถูกเข็มที่มุดำ ร้อยละ 20.8-23.6 และจากการเจาะเลือด 11.5¹¹⁻¹² ส่วนในเอเชียมีการศึกษาที่เกาหลีใต้พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ร้อยละ 70.4 มีประสบการณ์จากการถูกเข็มที่มุดำหรือของมีคมบาด¹³ สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาสาเหตุของการบาดเจ็บของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพบว่าเกิดจากเข็มที่มุดำร้อยละ 52.8 หลอดแก้วบรรจุยาบาดร้อยละ 26.26 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บจากการทำงาน คือ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ช่วงเวลาของการทำงาน และสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย เช่น การทำงานสัมผัสกับอุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์ของมีคมต่าง ๆ^{4,14}

โรงพยาบาลพะเยา เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิระดับ 3 ที่ให้การดูแลรักษาผู้รับบริการที่มีปัญหาภาวะสุขภาพซับซ้อน พยาบาลวิชาชีพมีโอกาสสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพ



จากการทำงานทั้งจากสภาพแวดล้อมการทำงานและสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลพะเยา ดังนั้นจึงต้องการศึกษาการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐาน ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดนโยบายหรือมาตรการในการบริหารจัดการความเสี่ยงและป้องกันการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ อารงรักษาไว้ซึ่งกำลังคนพยาบาลวิชาชีพ ให้มีความปลอดภัย ไม่เกิดการบาดเจ็บจากการทำงาน มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. ศึกษาความชุกของการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพะเยา
2. ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพะเยา

คำถามการวิจัยการวิจัย

ความชุกของการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพะเยาเป็นอย่างไรและปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาความชุกของการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา ผู้ศึกษาประยุกต์แนวคิดด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมของโรเจอร์ส ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมกล่าวคือ การบาดเจ็บจากการทำงานที่เป็นผลจากการสัมผัสปัจจัยอันตรายจากการทำงานจากสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย โดยที่สาเหตุของการบาดเจ็บ เกิดจากสาเหตุ

หลัก 2 ประการ คือ การกระทำที่ไม่ปลอดภัย (unsafe act) และสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย (unsafe condition) นอกจากสาเหตุโดยตรงดังกล่าวมาแล้ว อาจมีมูลเหตุร่วมหรือเหตุจูงใจที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ เช่น สภาวะร่างกายของคนทำงาน มีทัศนคติที่ไม่ดี ขาดความรู้ไม่ตระหนักในเรื่องความปลอดภัย ขาดการประสานงาน ไม่ได้วางแผนงานความปลอดภัยไว้เป็นส่วนหนึ่งของงาน จุดอันตรายต่างๆ ไม่ได้ทำการแก้ไข อุปกรณ์ความปลอดภัยไม่ได้จัดให้มีอย่างเพียงพอและการบริหารจัดการด้านความปลอดภัยขององค์กรซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน

นิยามศัพท์

การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน (work-related injuries) หมายถึง การที่ส่วนของร่างกายได้รับอันตรายหรือบาดเจ็บจากสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งสาเหตุของการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานมาจาก 2 สาเหตุหลัก คือ การกระทำที่ไม่ปลอดภัย (unsafe act) และสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย (unsafe condition) เช่น เครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีความแหลมคม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรที่ศึกษา

พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา จำนวน 463 คนได้รับแบบสอบถามคืนกลับ จำนวน 335 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ นำมาจากรูปแบบสอบถามภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงาน ของพยาบาลวิชาชีพ ของเบญจมาศ โพธิ์ทอง ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้



1. ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศอายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา ลักษณะการทำงานและข้อมูลการทำงาน

2. การรับรู้การสัมผัสปัจจัยอันตรายจากการทำงาน เป็นการถามข้อคิดเห็นหรือการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับโอกาสสัมผัสปัจจัยอันตรายจากการทำงานมีข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ประกอบด้วยปัจจัยอันตรายจากสภาพแวดล้อมการทำงาน (20 ข้อ) และสภาพการทำงาน (1 ข้อ) โดยปัจจัยอันตรายจากสภาพแวดล้อมการทำงานประกอบด้วย ปัจจัยอันตรายด้านกายภาพ (3 ข้อ) ปัจจัยอันตรายด้านเคมี (6 ข้อ) ปัจจัยอันตรายด้านชีวภาพ (2 ข้อ) ปัจจัยอันตรายด้านการยศาสตร์ (3 ข้อ) และปัจจัยอันตรายด้านจิตสังคม (6 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ โดยมีความหมายดังนี้

ไม่เคยสัมผัส	หมายถึง	ไม่เคยมีการสัมผัสปัจจัยอันตรายจากการทำงานเลย
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	มีการสัมผัสปัจจัยอันตรายจากการทำงาน 1-2 วัน/สัปดาห์
บ่อยครั้ง	หมายถึง	มีการสัมผัสปัจจัยอันตรายจากการทำงาน 3-5 วัน/สัปดาห์
ตลอดเวลาการทำงาน	หมายถึง	มีการสัมผัสปัจจัยอันตรายจากการทำงาน 6-7 วัน/สัปดาห์

3. การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน ประกอบด้วยการระบุว่ามียหรือไม่มี การบาดเจ็บในช่วงเวลา 3 เดือน ที่ผ่านมา และมีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ เกี่ยวกับลักษณะการบาดเจ็บ สาเหตุของการบาดเจ็บและความรุนแรงของการบาดเจ็บ ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย
การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

แบบสอบถามการบาดเจ็บจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยาของเบญจมาศ โพธิ์ทองได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านประกอบด้วย แพทย์ทางด้านอาชีวเวชศาสตร์จำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยจำนวน 1 ท่านได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability)

แบบสอบถามการบาดเจ็บจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยาของเบญจมาศ โพธิ์ทองนำมาคำนวณหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้ 1) สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในส่วนของแบบแผนการดำเนินชีวิตได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 และการรับรู้การสัมผัสปัจจัยอันตรายจากการทำงานได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลพะเยา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2559 ถึง มกราคม 2560 ภายหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลพะเยา โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ภายหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้างานการพยาบาลแต่ละแผนก โดยใช้เวทีการประชุมประจำเดือนของกลุ่มการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา รายละเอียดการรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำการการศึกษา



2. ภายหลังจากได้รับอนุญาตจากหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้างานการพยาบาลแต่ละแผนก ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามให้แต่ละแผนกในโรงพยาบาลด้วยตัวเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการทำงาน วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

3. เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลและสภาพการทำงานในกลุ่มที่บาดเจ็บและไม่บาดเจ็บด้วย chi-square test และศึกษาปัจจัยแต่ละตัวที่มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บด้วย odds ratio รวมถึงวิเคราะห์ปัจจัยหลายตัวที่มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บด้วย multiple logistic regression ระดับความเชื่อมั่น 95%

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดร้อยละ 97.6 เป็นเพศหญิง เป็นกลุ่มที่มีอายุ 31-40 มากที่สุด ร้อยละ 33.7 (อายุเฉลี่ย 39.1 ปี SD=9.7) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.7 ด้านการศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 94.0 ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 72.5 ทำงานเป็นเวรผลัด ร้อยละ 70.2 และไม่ได้ทำงานเวรผลัด ร้อยละ 29.8 ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 11.9 ปี พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานนานที่สุดจำนวน 39 ปี และประสบการณ์การทำงานน้อยที่สุด 1 ปี ส่วนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานเกิน 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ร้อยละ 92.8 จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงานพบจำนวน 120 คน ร้อยละ 35.8 ความรุนแรงของการบาดเจ็บเกือบทั้งหมดร้อยละ 97.5 เป็นการ

บาดเจ็บเล็กน้อยโดยไม่ทำให้ต้องหยุดงาน

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับกลุ่มที่บาดเจ็บและไม่บาดเจ็บจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพะเยาพบว่าพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ได้รับบาดเจ็บมีอายุต่ำกว่า 40 ปี ร้อยละ 76.6 กลุ่มที่ไม่ได้รับบาดเจ็บมีอายุ 40 ปีขึ้นไป ร้อยละ 52.6 กลุ่มที่บาดเจ็บมีประสบการณ์การทำงานต่ำกว่า 10 ปี ร้อยละ 51.7 กลุ่มที่ไม่ได้รับบาดเจ็บมีประสบการณ์การทำงาน 11 ปีขึ้นไป ร้อยละ 70.2 กลุ่มที่บาดเจ็บส่วนใหญ่มีลักษณะการทำงานเป็นเวรผลัด ร้อยละ 82.5 กลุ่มที่ไม่บาดเจ็บมีลักษณะงานเป็นเวรเช้า ร้อยละ 36.7 และกลุ่มที่ได้รับบาดเจ็บมีการทำงานต่อเนื่องเกิน 8 ชั่วโมงต่อวันบ่อยครั้ง ร้อยละ 40.0 กลุ่มที่ไม่ได้รับบาดเจ็บมีการทำงานต่อเนื่องไม่เกิน 8 ชั่วโมงต่อวันนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 38.1 (ตารางที่ 1)

ส่วนด้านสภาพการทำงานที่มีการปฏิบัติงานกับของมีคม พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีการปฏิบัติงานใช้ใบมีดผ่าฝูได้รับบาดเจ็บ ร้อยละ 57.5 ไม่ได้รับบาดเจ็บ ร้อยละ 43.3 การใช้เข็มฉีดยากลุ่มที่ได้รับบาดเจ็บและไม่ได้รับบาดเจ็บไม่แตกต่างกัน คือ ร้อยละ 98.3 และ ร้อยละ 95.4 ตามลำดับการใช้เข็มหรือใบมีดเจาะเลือด กลุ่มที่ได้รับบาดเจ็บและไม่ได้รับบาดเจ็บไม่แตกต่างกัน เช่นกัน คือ ร้อยละ 88.3 และ 88.4 ตามลำดับ การใช้กรรไกรตัดเนื้อมีการบาดเจ็บ ร้อยละ 75.8 ไม่ได้รับบาดเจ็บ ร้อยละ 64.2 การใช้กรรไกรตัดไหมกลุ่มที่มีการบาดเจ็บและไม่บาดเจ็บ ไม่แตกต่างกัน คือ ร้อยละ 85.0 และ 84.2 ตามลำดับ การใช้กรรไกรตัดฝีเย็บมีกลุ่มที่ได้รับบาดเจ็บ ร้อยละ 30.0 ไม่บาดเจ็บ ร้อยละ 17.7 และการใช้หลอดแก้วบรรจุยาพบกลุ่มที่ได้รับบาดเจ็บ ร้อยละ 89.2 และไม่บาดเจ็บ ร้อยละ 84.7 (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับ การบาดเจ็บจากการทำงาน (n=335)

ข้อมูล	การบาดเจ็บ		p-value
	มี จำนวน(ร้อยละ)	ไม่มี จำนวน(ร้อยละ)	
อายุ			
≤30	46(38.3)	35(16.3)	
31-40	46(38.3)	67(31.2)	
>40	28(23.3)	113(52.6)	
Mean(SD)	35.2(±9.2)	41.3(±9.3)	.001
ประสบการณ์การทำงาน (ปี)			
<10	62(51.7)	64(29.8)	
11 - 20	39(32.5)	82(38.1)	
>20	19(15.8)	69(32.1)	
Mean(SD)	11.9(±8.6)	16.5(±8.6)	.001
ลักษณะงานที่ทำ			.001
เวรเช้า	21(17.5)	79(36.7)	
เวรพลัด	99(82.5)	136(63.3)	
การทำงานต่อเนื่อง > 8 ชม./วัน			.002
ไม่เคย	4(3.3)	21(9.8)	
นาน ๆ ครั้ง	30(25.0)	82(38.1)	
บ่อยครั้ง	48(40.0)	70(32.6)	
ตลอดเวลาทำงาน	38(31.7)	42(19.5)	



ตารางที่ 2 การบาดเจ็บจากการทำงานเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน
(n=335)

ข้อมูล	การบาดเจ็บ		p-value
	มี จำนวน(ร้อยละ)	ไม่มี จำนวน(ร้อยละ)	
ใบมีดที่ใช้ผ่าฝี			.016
ใช่	69(57.5)	93(43.3)	
ไม่ใช่	51(42.5)	122(56.7)	
เข็มฉีดยา			.224
ใช่	118(98.3)	205(95.4)	
ไม่ใช่	2(1.7)	10(4.6)	
เข็มเย็บแผล			.011
ใช่	79(65.8)	110(51.2)	
ไม่ใช่	41(34.2)	105(48.8)	
เข็ม/ใบมีดเจาะเลือด			1.000
ใช่	106(88.3)	190(88.4)	
ไม่ใช่	14(11.7)	25(11.6)	
กรรไกรตัดเนื้อ			.028
ใช่	91(75.8)	138(64.2)	
ไม่ใช่	29(24.2)	77(35.8)	
กรรไกรตัดไหม			.876
ใช่	102(85.0)	181(84.2)	
ไม่ใช่	18(15.0)	34(15.8)	
กรรไกรตัดฝีเย็บ			.013
ใช่	36(30.0)	38(17.7)	
ไม่ใช่	84(70.0)	177(82.3)	
หลอดแก้วบรรจุยา			.321
ใช่	107(89.2)	182(84.7)	
ไม่ใช่	13(10.8)	33(15.3)	



เมื่อศึกษาปัจจัยแต่ละตัวที่มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บจากการทำงาน ได้แก่ 1) อายุ 2) ประสบการณ์การทำงาน 3) การทำงานเป็นเวรผลัด 4) การทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวันบ่อยครั้งและตลอดเวลา และ 5) การทำงานกับอุปกรณ์ของมีคม คือ ใบมีดผ่าตัด เข็มเย็บแผล กรรไกรตัดเนื้อและกรรไกรตัดฝีเย็บดังนี้ พยาบาลที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี เพิ่มความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการทำงาน 5.30 เท่า (95% CI=2.90-9.70 $p<.001$) ประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 10 ปี เพิ่มความเสี่ยง 3.52 เท่า (95% CI=1.91-6.52 $p<.001$) ลักษณะการทำงานเป็นเวรผลัด เพิ่มความเสี่ยง 2.74 เท่า (95% CI=1.59-

4.73 $p<.001$) ระยะเวลาการทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวันบ่อยครั้งเพิ่มความเสี่ยง 3.60 (95% CI=1.16-11.15 $p<.05$) ตลอดระยะเวลาที่ทำงาน เพิ่มความเสี่ยง 4.75 เท่า (95% CI=1.49-15.09 $p<.01$) การปฏิบัติงานที่มีการใช้ใบมีดผ่าตัด เพิ่มความเสี่ยง 1.77 เท่า (95% CI=1.13-2.79 $p<.05$) การปฏิบัติงานที่มีการใช้เข็มเย็บแผล เพิ่มความเสี่ยง 1.84 เท่า (95% CI=1.16-2.92 $p<.01$) การปฏิบัติงานที่มีการใช้กรรไกรตัดเนื้อเพิ่มความเสี่ยง 1.75 เท่า (95% CI=1.06-2.89 $p<.05$) และการปฏิบัติงานที่มีการใช้กรรไกรตัดฝีเย็บ เพิ่มความเสี่ยง 1.99 เท่า (95% CI=1.18-3.37 $p<.01$) (ตารางที่ 3)



ตารางที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงของการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานจากการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว

ข้อมูล	Odds Ratio	95% CI	p-value
อายุ			
>40	1.0	reference	
31-40	2.77	1.58-4.84	<.001
≤30	5.30	2.90-9.70	<.001
ประสบการณ์การทำงาน			
>20	1.0	reference	
11-20	1.73	.92-3.26	.092
<10	3.52	1.91-6.52	<.001
การทำงานเป็นเวรผลัด			
ไม่ใช่	1.0	reference	
ใช่	2.74	1.59-4.73	<.001
การทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมง/วัน			
ไม่เคย	1.0	reference	
นาน ๆ ครั้ง	1.92	.61-6.05	.265
บ่อยครั้ง	3.60	1.16-11.15	.026
ตลอดเวลาทำงาน	4.75	1.49-15.09	.008
ทำงานสัมผัสใบมีดผ่าตัด			
ไม่ใช่	1.0	reference	
ใช่	1.77	1.13-2.79	.013
ทำงานสัมผัสเข็มฉีดยา			
ไม่ใช่	1.0	reference	
ใช่	2.88	.62-13.36	.177
ทำงานสัมผัสเข็มเย็บแผล			
ไม่ใช่	1.0	reference	
ใช่	1.84	1.16-2.92	.010
ทำงานสัมผัสเข็ม/ใบมีดเจาะเลือด			
ไม่ใช่	1.0	reference	
ใช่	.99	.50-1.99	.992
ทำงานสัมผัสกรรไกรตัดเนื้อ			
ไม่ใช่	1.0	reference	
ใช่	1.75	1.06-2.89	.029
ทำงานสัมผัสกรรไกรตัดไหม			
ไม่ใช่	1.0	reference	
ใช่	1.06	.57-1.98	.844
ทำงานสัมผัสกรรไกรตัดฝีเย็บ			
ไม่ใช่	1.0	reference	
ใช่	1.99	1.18-3.37	.010
ทำงานสัมผัสหลอดแก้วบรรจุยา			
ไม่ใช่	1.0	reference	
ใช่	1.50	.75-2.96	.252



ผลการวิเคราะห์หาลักษณะเสี่ยงที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโดยนำปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกันทางสถิติเข้ามาวิเคราะห์พร้อม ๆ กันด้วย multiple logistic regression พบว่าลักษณะเสี่ยงที่เพิ่มความเสี่ยงของการบาดเจ็บ ได้แก่ อายุ ลักษณะการทำงานเป็นเวรผลัด การปฏิบัติงานที่มีการใช้เข็มเย็บแผล และกรรไกรตัดไหม คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี เพิ่มความเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน

4.10 เท่า (95%CI=2.10-8.10 $p<.001$) ลักษณะการทำงานเป็นเวรผลัด เพิ่มความเสี่ยง 1.95 เท่า (95%CI=.99-3.82 $p=.51$) การปฏิบัติงานที่มีการใช้เข็มเย็บแผล เพิ่มความเสี่ยง 2.14 เท่า (95%CI=1.23-3.72 $p=.007$) และการใช้กรรไกรตัดไหม เพิ่มความเสี่ยง .38 เท่า (95% CI=.17-.49 $p=.19$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานด้วย multiple logistic regression

ข้อมูล	Odds Ratio	95% CI	p-value
อายุ			
> 40	1.0	reference	
31-40	2.41	1.33-4.41	.004
≤30	4.10	2.10-8.10	<.001
การทำงานเป็นเวรผลัด			
ไม่ได้ทำงานเป็นเวรผลัด	1.0	reference	
ทำงานเป็นเวรผลัด	1.95	.99-3.82	.051
การทำงานใช้เข็มเย็บแผล			
ไม่ใช้	1.0	reference	
ใช้	2.14	1.23-3.72	.007
การทำงานใช้กรรไกรตัดไหม			
ไม่ใช้	1.0	reference	
ใช้	.38	.17-.49	.019

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าความชุกของการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพะเยาพบร้อยละ 35.8 ไม่แตกต่างกับการศึกษาการบาดเจ็บของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจังหวัดราชบุรีที่พบ ร้อยละ 27 และการศึกษาของประเทศฟิลิปปินส์ที่พบอัตราการบาดเจ็บจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 37.7

จากการศึกษครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดการบาดเจ็บจากการทำงาน ได้แก่ อายุ ลักษณะการทำงานเป็นเวรผลัด การปฏิบัติงานที่มีการใช้

เข็มเย็บแผลและกรรไกรตัดไหม ในเชิงทฤษฎี คุณสมบัติพื้นฐานของคนทำงาน เช่น เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ทำให้ความสามารถหรือความถนัดในการทำงานแตกต่างกัน มีโอกาสเกิดโรคหรือการบาดเจ็บจากการทำงานแตกต่างกัน⁵ สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข¹⁶ ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับบาดเจ็บมีลักษณะงานที่ทำเป็นเวรผลัดร้อยละ 49.30 ระยะเวลาทำงาน 1-5 ปี ร้อยละ 67.70 และมีการทำงานต่อเนื่องเกิน 12 ชั่วโมงต่อวันร้อยละ 47.30 และจากการศึกษาของสุนทร บุญบำรุง¹⁷ ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมความ



ปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมา พบว่าอายุงานส่งผลต่อพฤติกรรม ความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และจากการศึกษาของ นพรัตน์ เทียงคำดีและคณะ¹⁸ ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน ของพนักงานเก็บขยะอำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี พบ ว่าปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมประสพการณ์การได้รับอุบัติเหตุ อายุ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ จากการดำเนินงานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย เช่น การทำงานกับ อุปกรณ์/เครื่องมือที่มีความแหลมคม รวมถึงพื้นที่การทำงานที่ไม่เป็นระเบียบ ทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือ อุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน¹⁴ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่า พยาบาล วิชาชีพที่มีการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานมี สาเหตุของการบาดเจ็บจากเข็มทิ่มตำ (ร้อยละ 8.67) ของมีคมบาด (ร้อยละ 4.68)¹⁵

ข้อเสนอแนะ

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. จากการศึกษาทำให้ทราบว่าพยาบาลวิชาชีพ มีประสพการณ์การได้รับบาดเจ็บจากการทำงานในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาแม้ว่าส่วนใหญ่อาการไม่รุนแรง การที่เราทราบถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุสามารถช่วยให้กำหนด แนวทางนโยบายหรือมาตรการความปลอดภัยในการ ทำงานเพื่อลดหรือป้องกันอัตราการเกิดการบาดเจ็บ

2. พัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับ พยาบาลวิชาชีพ เพื่อลดความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน รวมถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับ พฤติกรรมการป้องกันการบาดเจ็บจากการทำงาน เพื่อหา แนวทางหรือพัฒนารูปแบบในการบริหารจัดการ ความเสี่ยง

2. ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยอันตราย และการบาดเจ็บจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโดย แยกแต่ละแผนกเพื่อให้เห็นความแตกต่างของลักษณะ การทำงาน การสัมผัสปัจจัยอันตรายจากการทำงานและ การบาดเจ็บที่เกิดขึ้น

References

1. The United States Department of Health and Human Services. Determinants of health: Healthy People 2020[internet].2012 [cited 2016 Feb 27] Available: <https://www.healthypeople.gov/2020/about/DOHAbout.aspx>
2. Sawangdee K. Working Schedule of Professional Nurse in Thailand. Documents Offer Contributions to the National Conference of Population. 2551. (in Thai).
3. Rogers B. Occupational and environmental health nursing: Concepts and practice 2nd ed. USA: Philadelphia; 2003.
4. The United States Bureau of Labour statistics. Workplace injuries and illness-2011[internet]. 2011 [cited 2016 Feb 6]. Available: <https://www.bls.gov/news.release/pdf/osh.pdf>
5. Bureau of Occupational and Environmental Department. Nursing Guide Health. Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand., Ltd. 2006. (in Thai).
6. Honda M, Chompikull J, Rattanapan C, Wood G, Klungboonkrong S. Sharps Injuries among Nurses in a Thai Regional Hospital: Prevalence and Risk Factors. The International Journal of Occupational and Environmental Medicine 2011;2(4):215-23.



7. Salekar S, Motghare DD, Kulkarni MS, Vaz FS. Study of needle stick injuries among health care workers at a tertiary care hospital. *Indian Journal public health* 2010;54(1):18–20.
8. Aslam M, Tajl T, Alil A, Mirza W, Ali H, Dar M.I. Needle stick injuries among health care workers of public sector tertiary care hospital of Karachi. *Journal of the College of Physicianz and Surgeons Pakistan* 2010;20(3):150–53.
9. Saia M, Hofmann F, Sharman J, Abiteboul D, Campins M, BurkowitzJ, et al. Needle stick in juries: incidence and cost in the United States, United Kingdom, Germany, France, Italy, and Spain. *Biomedicine International* 2010;1:41–9.
10. Muralidhar S, Singh PK, Jain RK, Malthotra M, Bala M. Needle stick injuries among health care workers in tertiary care hospital of India. *Indian Journal of Medication Research* 2010;131:405–10.
11. The United States Bureau of Labour statistics. Workplace injuries and illness–2009 [internet]. 2009 [cited 2016 Feb 26]. Available: <https://www.bls.gov/news.release/pdf/osh.pdf>
12. Perry J, Parker G, Jagger J. Percutaneous Injury Rates. *International Healthcare Worker Safety Center*; 2009 [internet]. [cited 2016 Feb 26]. Available: <http://www.healthsystem.virginia.edu/internet/epinet/epinet-2007-rates.pdf>
13. Eunhee C, Hyeonkyeong L, Miyoung C, Park SH, Yoo IL, Linda HA. Factors associated with needlestick and sharp injuries among hospital Nurse: A cross-sectional questionnaire survey. *National of health Institutes* 2013;50(8):1025–32. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.07.009.
14. Occupational Safety and Health Administration [OSHA]. OSHA forms for recording work-related injuries and illnesses [internet]. 2006 [cited 2012 Dec 15]. Available: <http://www.osha.gov/recordkeeping/new-osha-300form1-1-04.pdf>
15. Perhats C, Keough V, Fogarty J, Hughes NL, Kappelman, CJ, Scott M, et al. Non-violence-related workplace injuries among emergency nurses in The United States: implications for improving safe practice, safe care. *Journal of Emergency Nursing* 2011;38(6):541–8.
16. Promptsakul S, Puttapitakphon S, Sawangdee K. Factors Influencing Health Status of Professional Nurses at the 17th Public Health Inspection region. [internet]. Bangkok: The County Government public health inspection 17th; 2011 [cited 2017 Feb 24]. Available from: <http://www.stou.ac.th>.
17. Boonbumroe S. Work Safety Behaviors of Nurse in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nachonratchasima* 2014;20(2):82–92.
18. Tiengkhamdee N, Jantawong C, Homsin P. Factors influencing work-related accidental prevention behaviors of garbage collectors in Banglamung district Chonburi province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2015;29(1):44–55.



พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกูยในจังหวัด ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*

ธวัชชัย ยืนยาว**

นริมลย์ นิละไพจิตร***

จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกูย ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุชาวกูยที่อาศัยในหมู่บ้านข้างในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.3 แห่ง ในตำบลกระโพ อำเภอนาคู จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 409 ราย คัดเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม 6 ฉบับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 71.4 ปี มีการใช้ระบบบริการสุขภาพทั้ง 2-3 ระบบร่วมกัน มีการเปลี่ยนไปมาระหว่างระบบบริการสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพแบบสามัญ พื้นบ้านและวิชาชีพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ ได้แก่ อายุ รายได้ การออกกำลังกาย การกินยาแก้ปวด การรับรู้ภาวะสุขภาพปัจจุบัน ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคม การปฏิบัติตามความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรมด้านการดูแลสุขภาพและความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุต่อระบบบริการสุขภาพ

ผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะสำหรับพยาบาลชุมชนควรมีความเข้าใจถึงการปฏิบัติตามความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรมท้องถิ่นเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน การเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพให้สอดคล้องกับวิถีชุมชนและเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ชาวกูย; พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ; ความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพ

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

** นักศึกษาปริญญาโทสาขาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล,

e-mail: tock_noknoi@hotmail.com

*** โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



The Health Seeking Behaviors of the Elderly among the Kui Ethnic Community in North Eastern Province of Thailand*

Thawatchai Yeunyow**

Nareemarn Neelapaichit ***

Chularuk Kaveevivitchai***

Abstract

This descriptive research aimed to describe the health seeking behaviors of the elderly among the Kui ethnic community. A sample of the 409 elderly participants drawn from 3 Sub-District Health Promoting Hospitals in Krapho Sub-District, Tatoon District, Surin province were selected by stratified random sampling. Data were collected using six instruments and analyzed through descriptive statistics. The results revealed that most of the sample were female with a mean age of 71.4 years, and they used 2 or 3 sectors of the health service system at the same time and interchangeably in the 3 sectors (Popular, Folk and Professional sector). The health seeking behavior was significantly related to age, income, exercise, pain medication intake, health status perception and social ability. The Kui Traditional and Cultural self-care practices and confidence in the health service system were also related to the health seeking behaviors. The results suggested that community nurses should understand the traditional and cultural beliefs of the Kui elderly and apply this knowledge to health promotion, prevention, rehabilitation and use this result in developing the health care system for the elderly.

Keywords: Kui ethnic community; health seeking behaviors; self-care belief

*Master thesis of Nursing Science (Community Health Nurse Practitioner) Ramathibodi School of Nursing, Mahidol University

**Graduate student, Master of Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Mahidol University, e-mail: tock_noknoi@hotmail.com

***Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University



ความเป็นมาและความสำคัญ

ผู้สูงอายุกำลังเป็นประเด็นสำคัญทั่วโลกเนื่องจากมีแนวโน้มประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มมากขึ้นปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเท่ากับ 9.4 ล้านคน หรือร้อยละ 14.57 และมีประชากรสูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 6.3 ล้านคน หรือร้อยละ 9.77 จึงเป็นโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aging society) และอีกไม่เกิน 10 ปีประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged society) และในปี พ.ศ. 2575 จะเข้าสู่โครงสร้างสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society) เมื่อประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20¹ จากสถิติจะเห็นว่าการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม และมักมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยหรือพยาธิสภาพของโรค

เมื่อบุคคลเจ็บป่วยอันมีผลกระทบกับการดำเนินชีวิต บุคคลจึงแสวงหาการดูแลหรือการบริการเพื่อให้หายหรือสุขภาพดี ตามแนวคิดของโคลน์แมน² กล่าวว่า พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพเป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ในการตัดสินใจที่จะเลือกใช้การดูแลสุขภาพที่มีอยู่ในบริบทของชุมชนภายหลังประเมินความเจ็บป่วยของตนเอง โดยอธิบายขั้นตอนในการแสวงหาบริการสุขภาพด้วยแบบจำลองการอธิบายโรค (Explanatory model) ที่อธิบายว่า ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย วัฒนธรรม ประเพณี ประสบการณ์และใช้เป็นแนวทางการตัดสินใจ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นอย่างไร อาจจะรักษาด้วยตนเองก่อน หรือหาคำแนะนำจากบุคคลรอบครัว เครือญาติและชุมชน ด้วยการเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชน

นอกจากนี้โคลน์แมนได้แบ่งระบบการดูแลสุขภาพออกเป็น 3 ระบบ ดังนี้ 1) ระบบสุขภาพแบบสามัญ (Popular sector) เป็นการดูแลสุขภาพและการรักษาความเจ็บป่วยโดยจะใช้องค์ความรู้ที่บอกต่อกันมาจากรุ่นสู่รุ่น ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและเครือข่ายทาง

สังคมเข้ามาร่วมให้คำแนะนำหรือตัดสินใจ 2) ระบบสุขภาพแบบพื้นบ้าน (Folk sector) เป็นการจัดการกับความเจ็บป่วยโดยใช้ระบบการดูแลสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชน สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถดูแลตนเองได้จำเป็นต้องไปขอรับการรักษาที่หมอพื้นบ้านที่มีความเชี่ยวชาญในแต่ละอาการ การดูแลพื้นบ้านนี้จะมีการถ่ายทอดความรู้แบบเรียนพักลักจำ ไม่มีระเบียบแบบแผนในการถ่ายทอดความรู้เป็นการสั่งสมประสบการณ์ ไม่มีวิชาชีพรองรับ และ 3) ระบบสุขภาพแบบวิชาชีพ (Professional sector) เป็นระบบการแพทย์ปัจจุบันมีวิชาชีพรองรับ ในการเลือกการดูแลตนเองในแต่ละระบบนั้นมีกระบวนการคิดและตัดสินใจด้วยเหตุผลของส่วนบุคคลที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของตนเองมากที่สุดโดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ อายุ ความสามารถในการทำหน้าที่ทางด้านสังคม การปฏิบัติตามความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรม ด้านการออกกำลังกาย และการจัดสิ่งแวดล้อม³

จังหวัดสุรินทร์ มีชื่อเสียงทางด้านการเลี้ยงช้าง จังหวัดหนึ่งในประเทศไทย มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 212,999 คน เพศชาย 95,351 คน เพศหญิง 117,648 คน และมีค่าดัชนีการสูงวัยเท่ากับ 79.4 ประชากรในจังหวัดสุรินทร์มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ ได้แก่ ชาวไทยเขมร ชาวไทยกูย และชาวไทยลาว ชาวไทยกูยเป็นประชากรมากเป็นลำดับที่ 2 คือ ร้อยละ 38 รองจากชาวไทยเขมร อาศัยในอำเภอต่างๆ ของจังหวัดสุรินทร์ โดยชาวไทยกูยในแต่ละพื้นที่จะมีทั้งความแตกต่างและคล้ายคลึงในสิ่งที่เกี่ยวกับภาษาและวัฒนธรรมตามบริบทของแต่ละพื้นที่⁴

ชาวกูยที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านช้าง ตำบลกระโพ อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งมีเพียงแห่งเดียวในประเทศไทยและเป็นชุมชนที่มีการเลี้ยงช้างในครัวเรือนที่ใหญ่ที่สุดในโลกชาวกูยจะมีความผูกพันกับช้างมาก การเลี้ยงช้างถือเป็นมรดกทางวัฒนธรรมซึ่งรับปฏิบัติสืบทอดกันมาจากบรรพบุรุษ ช้างเปรียบเสมือนตัวแทน



แห่งบรรพบุรุษ การปฏิบัติต่อช้างจึงแสดงออกมาในลักษณะเช่นเดียวกับการปฏิบัติต่อบรรพบุรุษ⁵ รวมถึงมีความเชื่อที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและความสุขของบุคคลและครอบครัว เช่น การเซ่นไหว้ผี “ยะจ๊ะฮ” ซึ่งเชื่อว่าผีจะปกปักรักษาดูแลบุคคลในครอบครัวหรือการเซ่นไหว้ผีปะกำ “ศาลปะกำ” ศาลปะกำยังเป็นที่เก็บรักษาหนังปะกำและอุปกรณ์ในการคล้องช้าง หนังปะกำ คือ เชือกบ่วงบาศ และสายโยงที่ใช้คล้องช้างป่า ทำจากหนังกระบือสดและมีความเชื่อว่าหากเกิดความเจ็บป่วยจะใช้หนังปะกำฝนเพื่อตีรักษาอาการเจ็บป่วยในเบื้องต้นและความเชื่อพิธีกรรมดนตรีบำบัด “เกลมอ” เป็นการร่ายรำในการแก้ไขหรือบรรเทาอาการรุนแรงของการเจ็บป่วยโดยใช้ร่างทรงเพื่อสื่อสารกับผีและหาวิธีการแก้ไข⁶

กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จึงได้กำหนดนโยบายเพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพที่ดีภายใต้การเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม (accessibility and equity) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการเชิงรุกแก่ผู้สูงอายุภายใต้แนวคิด “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เอื้ออาทรผู้สูงอายุ” (Age-friendly primary health care) โดยใช้หัวใจของการให้บริการผู้สูงอายุในชุมชนซึ่งมี 3 ส่วนหลัก คือ 1) การประสานระหว่างภาคีหลัก 3 ภาคีเครือข่าย ได้แก่ ภาคีบริการชุมชน/ ท้องถิ่น บริการสุขภาพ และสังคม 2) การมีเจตคติของผู้ให้บริการต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุ 3) การบริการที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุเป็นรูปแบบบริการใหม่ที่ใส่ใจผู้สูงอายุและเน้นการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ครอบครัวเป็นการจัดบริการอย่างบูรณาการและครอบคลุมเป็นองค์รวมตามภาวะสุขภาพและศักยภาพของผู้สูงอายุ เพื่อการคงความสามารถในการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ⁷

ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานในรพ.สต.และมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพให้กับผู้สูงอายุจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกูยที่อาศัยในหมู่บ้านช้าง จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีความน่าสนใจในด้านวัฒนธรรม ความเชื่อที่หลากหลาย

เช่น “การรำเกลมอ” เพื่อการบำบัดโรค การเซ่นไหว้ผีบุรุษ การเซ่นไหว้ศาลปะกำที่เป็นความเชื่อและการปฏิบัติอย่างเคร่งครัดในกลุ่มชาวกูยที่อาศัยในหมู่บ้านช้าง ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพหรือการจัดการตนเองเมื่อเจ็บป่วยที่มีการสืบทอดกันมาเป็นเวลายาวนาน และยังไม่พบการศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพในกลุ่มชาวกูยที่อาศัยในหมู่บ้านช้าง ความเชื่อและการปฏิบัติตามดังกล่าวจะส่งผลถึงภาวะสุขภาพทั้งด้านบวกและด้านลบข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะนำไปปรับใช้และปรับเปลี่ยนแผนการให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้สูงอายุชาวกูยที่อาศัยในหมู่บ้านช้าง จังหวัดสุรินทร์ให้สอดคล้องบริบทตามวัฒนธรรม ความเชื่อ และประเพณีเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกูยที่อาศัยในหมู่บ้านช้าง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกูยที่อาศัยในเขตอำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกูยที่อาศัยในเขตอำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลและคณะ⁸ ร่วมกับแนวคิดเพื่ออธิบายความเจ็บป่วยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของโคลน์แมน⁹ ที่กล่าวว่า บุคคลจะเลือกใช้ระบบสุขภาพใดขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพซึ่งประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรสและรายได้) 2) ปัจจัยด้านสุขภาพ (ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน) 3) ปัจจัยด้านสังคม (ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคมการปฏิบัติตามความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรมด้านการดูแลสุขภาพ) และ 4) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพที่เป็นความเชื่อมั่นต่อระบบการบริการสุขภาพที่



มีในชุมชน และการที่บุคคลหรือผู้สูงอายุจะเลือกใช้ บริการสุขภาพระบบใดย่อมขึ้นอยู่กับ การรับรู้ภาวะ สุขภาพว่าเป็นผู้ที่มีสุขภาพอย่างไรได้แก่แข็งแรงดี เจ็บ ป่วยเล็กน้อยหรือเจ็บป่วยมากกว่าผู้สูงอายุในวัยเดียวกัน และเมื่อรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเกิดขึ้นผู้สูงอายุหรือญาติ ผู้ดูแลจำเป็นต้องหาวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยนั้นเพื่อ บำบัดรักษาตามความรู้ข้อมูลตลอดจนความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรมในชุมชนที่อาศัยอยู่เพื่อพิจารณาเลือกใช้ระบบ บริการสุขภาพที่เหมาะสมได้แก่ ระบบบริการสุขภาพแบบ สามัญ (Popular sector) ระบบบริการสุขภาพแบบ พื้นบ้าน (Folk sector) หรือเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพ แบบวิชาชีพ (Professional sector) ปัจจัยดังกล่าวน่าจะ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพจาก ระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชนของชาวกูยที่อาศัยใน หมู่บ้านช้าง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ ของผู้สูงอายุชาวกูยที่อาศัยในหมู่บ้านช้างในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 3 แห่ง (รพ.สต.กระโพ รพ.สต.ตระมุง และ รพ.สต.ตากกลาง) ตำบลกระโพ อำเภอนาหว้า จังหวัดสกลนคร และยังศึกษา ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ ของประชากรกลุ่มดังกล่าว

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุชาวกูยที่อาศัยใน หมู่บ้านช้าง ชายและหญิงที่ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. 3 แห่ง คือ รพ.สต.กระโพ, รพ.สต.ตากกลาง และ รพ.สต.ตระมุง ตำบลกระโพ อำเภอนาหว้า จังหวัดสกลนครจำนวน 2,005 ราย ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุชาวกูยที่อาศัยใน หมู่บ้านช้างจำนวน 409 รายโดยอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของ 3 รพ.สต. คือ รพ.สต.กระโพ, รพ.สต.ตากกลาง และ รพ.สต.ตระมุง ตำบลกระโพ อำเภอนาหว้า จังหวัด สกลนคร มีจำนวน 20 หมู่บ้าน ที่รับบริการใน รพ.สต. 3 แห่ง ระหว่างเดือนตุลาคม 2559 ถึง มกราคม 2560

การกำหนดขนาดของตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของตัวอย่างเพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง เป็นตัวแทนประชากรที่ดี โดยใช้สูตรคำนวณขนาดของ ตัวอย่างของเคลเซ⁹ แทนค่า $L=.1$, $\sigma^2=1$ และ $Z^2=1.962$ ได้ขนาดของตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้จำนวน 385 ราย ผู้วิจัยเพิ่มขนาดของตัวอย่างเพื่อทดแทนข้อมูล ที่อาจเก็บได้ไม่สมบูรณ์ ร้อยละ 5 (20 ราย) ตามการ ศึกษาของสุสสิน เอกา ที่ศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาบริการ สุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยเขมร⁴ คำนวณตัวอย่างในการ ศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 405 ราย

ตัวอย่างได้รับการคัดเลือกโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น โดยคำนึงถึงสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) ผู้ชายและหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป สัญชาติไทย เชื้อสายกูย ติดต่อสือสาร ด้วยภาษากูย 2) สามารถสื่อสารด้วยการพูด ฟังภาษา ไทยและภาษากูยได้อย่างเข้าใจ 3) มีการรับรู้ที่ปกติ ประเมินโดยใช้แบบวัดภาวะการรู้คิด (SPMSQ) และได้ ผลประเมินการรู้คิด 8 คะแนนขึ้นไป 4) ไม่ได้รับการ วินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางด้านจิตเวชซึ่งลงบันทึก ในแฟ้มประวัติครอบครัว และ 5) ไม่มีภาวะเจ็บป่วย รุนแรง เช่น การทำงานของหัวใจผิดปกติและระบบทาง เดินหายใจผิดปกติ อาการไข้สูง มีภาวะการติดเชื้ออย่าง รุนแรง เป็นต้น

จากนั้นแบ่งตัวอย่างเป็น 3 กลุ่มตามคะแนนการ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)¹⁰ ได้ตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกลุ่มช่วยเหลือตัวเองได้ดี (ติด สังคม) จำนวน 368 ราย กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน (ติดบ้าน) 33 ราย และกลุ่มช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (ติดเตียง) 8 ราย รวมตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 409 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ เครื่อง วัดความดันโลหิตและเครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิตอลที่ ผ่านการตรวจสอบความเที่ยง (Calibrate) แล้ว สายวัด รอบเอวและเครื่องวัดส่วนสูง



2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินภาวะการรู้คิด แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม แบบสอบถามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามปัจจัยด้านสังคม ประกอบด้วย ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคม และการปฏิบัติตามความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรม ด้านการดูแลสุขภาพ แบบสอบถามความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกูยที่อาศัยในหมู่บ้านช้าง จังหวัดสุรินทร์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบประเมินภาวะการรู้คิด มีจำนวน 10 ข้อ ซึ่งสารภี พุดคง¹¹ ได้นำไปใช้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคหืด จำนวน 25 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากการวัดซ้ำ เท่ากับ .82

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ มีจำนวน 26 ข้อผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .82 และได้ปรับแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ การศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาเท่ากับ .91

3. แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 การศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาเท่ากับ .70

4. แบบสอบถามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 การศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาเท่ากับ .97

5. แบบสอบถามความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคมผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและ

ภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .77 และได้ปรับแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาเท่ากับ .83

6. แบบสอบถามการปฏิบัติตามความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรมด้านการดูแลสุขภาพผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .81 และได้ปรับแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ในการศึกษาครั้งนี้ได้ ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาเท่ากับ .91

7. แบบสอบถามความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ ความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุต่อระบบบริการสุขภาพแบบสามัญ เท่ากับ .8 ความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุต่อระบบบริการสุขภาพแบบพินบ้าน และความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุต่อระบบบริการสุขภาพแบบวิชาชีพ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 จากนั้นได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาเท่ากับ .8.94 และ .91 ตามลำดับ

8. แบบสอบถามพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .88 และได้ปรับแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาเท่ากับ .79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนจากคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยดำเนินการโดยนำหนังสือ



แนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลไปขึ้นเพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าตูม ผู้อำนวยการ รพ.สต. 3 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.ตากกลาง รพ.สต.ตระมุง และ รพ.สต.กระโพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียด และวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยการจัดอบรมทีมผู้ช่วยวิจัย เพื่อให้มีความเข้าใจการใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างถูกต้องและเป็นไปในแนวทางเดียวกันโดยจัดอบรม 1 วัน เนื้อหาโดยสรุปครอบคลุมชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ การวิจัย นิยามตัวแปร การอธิบายเครื่องมือแบบสอบถาม เป็นรายชื่อ พร้อมมอบคู่มือชี้แจงรายละเอียดและเบอร์โทรศัพท์ผู้วิจัย

ผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุข ให้ผู้สูงอายุทำแบบประเมินวัดภาวะการรู้คิด (The Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) เพื่อคัดเลือกรูปแบบตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกรวบรวมข้อมูลสุขภาพในส่วนภาวะสุขภาพ (การตรวจร่างกาย) ได้แก่ น้ำหนักส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวและระดับความดันโลหิต การซักประวัติได้แก่ ปัญหาสุขภาพที่บ่งบอกและการมีโรคประจำตัวผู้วิจัยสัมภาษณ์ตัวอย่างตามรายชื่อที่ได้นัดหมายไว้ 30-40 รายต่อวัน ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาได้ตามนัด ผู้วิจัยได้ดำเนินการนัดหมายเก็บข้อมูลในวันถัดไป โดยผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลที่บ้านตามความพร้อมของตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2559/686 (ID-10-49-48 ย) ผู้วิจัยขอให้ผู้ร่วมวิจัยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรตามความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพและพฤติกรรมแสวงหาการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในหมู่บ้านช้างวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และวิเคราะห์เพิ่มเติมด้านความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านสุขภาพ ด้านสังคม และระบบบริการสุขภาพกับผู้สูงอายุชาวกูยที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านช้างใช้สถิติ Chi-square test

ผลการศึกษา

ปัจจัยส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นเพศหญิงมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 63.3) มีอายุระหว่าง 60-97 ปี อายุเฉลี่ย 71.4 ปี (SD=8.3) ตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 57.7) ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 84.1) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมเป็นส่วนมาก (ร้อยละ 61.9) มีรายได้ส่วนตัว 1,001-5,000 บาท/เดือนมากที่สุด (ร้อยละ 46.2)

ปัจจัยด้านสุขภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมีโรคประจำตัว 3 อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 68.1) เบาหวาน (ร้อยละ 27.3) และโรคไขข้อในเส้นเลือดสูง (ร้อยละ 17.3) กลุ่มอาการที่พบในผู้สูงอายุ 3 อันดับแรก คือ สายตามัว นอนไม่หลับ และอ่อนเพลียไม่มีแรง (ร้อยละ 47.8, 33.9 และ 30.3 ตามลำดับ) อาการปวด 3 อันดับแรก ได้แก่ ปวดหลัง/เอว (ร้อยละ 56.7) ปวดข้อ/เข่า (ร้อยละ 56.1) และปวดกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 54.9)

ปัจจัยด้านสังคมพบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคมตามแนวคิด รพ.สต.เอื้ออาทรผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมด้านสังคมและการประสบปัญหาทุกข์ยากเดือนร้อนของผู้สูงอายุในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมาพบว่า ตัวอย่างส่วนมากมีความสามารถ



ในการทำหน้าที่ด้านสังคมปานกลาง (ร้อยละ 57.0) ส่วนการปฏิบัติตามความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรม ด้านการดูแลสุขภาพ พบว่า ตัวอย่างส่วนมากมีการปฏิบัติตามความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรมด้านการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านอนามัย ด้านสมอง (เขาวนปัญญา) และด้านสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 87.3)

ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ พบว่า ตัวอย่างส่วนมากมีระดับความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพแบบสามัญและระบบบริการสุขภาพแบบพื้นบ้านในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.1 และ 44.7) ส่วนระบบบริการสุขภาพแบบวิชาชีพตัวอย่างส่วนมากมีระดับความเชื่อมั่นในระดับมาก (ร้อยละ 81.7)

พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ พบว่าตัวอย่างมีการใช้ระบบบริการสุขภาพแบบวิชาชีพทุกราย (ร้อยละ 100) รองลงมาเป็นการใช้ระบบการบริการสุขภาพแบบพื้นบ้านและสามัญร้อยละ 91.0 และ 67.7 ตามลำดับ นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์ยังพบว่า ตัวอย่างมีพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพโดยส่วนมากจะใช้ระบบบริการสุขภาพทั้ง 3 ระบบร่วมกัน คือระบบสามัญ พื้นบ้าน และวิชาชีพ (ร้อยละ 66.9) และการใช้ระบบบริการสุขภาพ 2 ระบบร่วมกัน ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพแบบพื้นบ้านและวิชาชีพ (ร้อยละ 24.1) หรือระบบบริการสุขภาพระบบสามัญร่วมกับวิชาชีพ (ร้อยละ .7) และมีการใช้ระบบบริการสุขภาพระบบเพียง 1 ระบบ คือ ระบบบริการสุขภาพระบบวิชาชีพ (ร้อยละ 8.3)

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรสและรายได้) ปัจจัยด้านสุขภาพ (ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน) ปัจจัยด้านสังคม (ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคมและการปฏิบัติตามความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรมด้านการดูแลสุขภาพ) และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ (ความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุต่อระบบการบริการสุขภาพ) และวิเคราะห์เพิ่มเติมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square

test) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้ผลการศึกษาดังนี้

1. พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพแบบ 3 ระบบร่วมกันพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพ 3 ระบบร่วมกันมากที่สุดจะเป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) (ร้อยละ 71.6) ที่มีรายได้มาก (5,000 บาทขึ้นไป/เดือน) (ร้อยละ 80.3) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ตัวอย่างที่มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ และไม่ได้กินยาแก้ปวด (ร้อยละ 71.6 และ 76.7 ตามลำดับ) ด้านการรับภาวะสุขภาพ พบว่า ตัวอย่างที่เลือกใช้ระบบบริการสุขภาพ 3 ระบบร่วมกันมากที่สุดจะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในเกณฑ์ดี/ดีมาก/ดีเลิศ (ร้อยละ 70.2) ส่วนปัจจัยด้านสังคม พบว่า ตัวอย่างที่มีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคมดีและมีการปฏิบัติตามความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรมด้านการดูแลสุขภาพโดยรวมทุกด้านในระดับปานกลางมีพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพแบบ 3 ระบบร่วมกัน (ร้อยละ 75.3 และ 70.6 ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ พบว่า ตัวอย่างที่เลือกใช้ระบบบริการสุขภาพ 3 ระบบร่วมกันเป็นผู้สูงอายุที่มีความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ได้แก่ ระบบสามัญ พื้นบ้านและวิชาชีพในระดับมาก (ร้อยละ 80.2, 80.1 และ 70.9 ตามลำดับ)

2. พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพแบบ 2 ระบบร่วมกันและ 1 ระบบ (วิชาชีพ) พบว่าตัวอย่างที่เลือกใช้บริการสุขภาพแบบ 2 ระบบร่วมกัน ได้แก่ แบบสามัญร่วมกับแบบวิชาชีพหรือแบบพื้นบ้านร่วมกับแบบวิชาชีพ และแบบ 1 ระบบ (วิชาชีพ) มีสถิติการเลือกใช้ตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องใกล้เคียงกันดังนี้ ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) จะเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพ 2 ระบบร่วมกัน (ร้อยละ 32.4) ในขณะที่ผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) จะเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพ 1 ระบบ (วิชาชีพ) มากที่สุด (ร้อยละ 10.5) โดยตัวอย่างที่มีรายได้น้อย (ต่ำกว่า 1,000 บาท/เดือน) จะเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพแบบ 2 ระบบและ 1 ระบบมากที่สุด (ร้อยละ 33.3 และ 16.0 ตามลำดับ) ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ตัวอย่างที่ไม่ได้ออกกำลังกายจะเลือกใช้



ระบบบริการสุขภาพแบบ 2 ระบบร่วมกันและ 1 ระบบมากที่สุด (ร้อยละ 30.9 และ 9.2 ตามลำดับ) เช่นเดียวกันกับตัวอย่างที่กินยาแก้ปวดเป็นประจำที่เลือกระบบบริการสุขภาพ 2 ระบบและ 1 ระบบมากที่สุด (ร้อยละ 27.7 และ 9.2 ตามลำดับ) ตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีจะเลือกระบบบริการสุขภาพ 2 ระบบและ 1 ระบบมากที่สุด (ร้อยละ 66.7 และ 20.0 ตามลำดับ) ตัวอย่างที่มีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคมระดับน้อยจะเลือกระบบบริการสุขภาพ 2 ระบบและ 1 ระบบมากที่สุด (ร้อยละ 50.0 และ 20.0 ตามลำดับ) เช่นเดียวกันกับการปฏิบัติตามความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรมด้านการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 41.4 และ 37.9 ตามลำดับ) ด้านระบบบริการสุขภาพ พบว่า ตัวอย่างที่เลือกใช้ระบบบริการสุขภาพ 2 ระบบร่วมกันจะมีระดับความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพแบบสามัญและพื้นบ้านอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 30.0 และ 32.3 ตามลำดับ) ส่วนระบบบริการสุขภาพแบบวิชาชีพตัวอย่างมีระดับความเชื่อมั่นอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 37.4) ตัวอย่างที่เลือกใช้ระบบบริการสุขภาพ 1 ระบบมีระดับความเชื่อมั่นอยู่ในระดับน้อยทุกระบบ (ระบบบริการสุขภาพแบบสามัญ พื้นบ้านและวิชาชีพ) (ร้อยละ 29.2, 20.0 และ 13.3 ตามลำดับ)

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์เพิ่มเติมในด้านความสัมพันธ์ของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($\chi^2 = 10.312$, $p=.035$) รายได้ ($\chi^2 = 32.18$, $p<.001$) การออกกำลังกาย ($\chi^2=6.452$, $p=.040$) การกินยาแก้ปวด ($\chi^2=6.943$, $p=.031$) การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\chi^2=21.512$, $p<.001$) ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคม ($\chi^2=14.716$, $p=.005$) การปฏิบัติตามความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรมด้านการดูแลสุขภาพโดยรวม ($\chi^2=46.683$, $p<.001$) และรายด้านทุกด้าน ได้แก่ ด้านอาหาร ($\chi^2=53.681$, $p<.001$) ด้านการออกกำลังกาย ($\chi^2=53.681$, $p<.001$) ด้านอารมณ์ ($\chi^2=30.374$, $p<.001$) ด้านอนามัย

($\chi^2=9.726$, $p=.045$) ด้านสมอง (เชาวน์ปัญญา) ($\chi^2=23.272$, $p<.001$) และด้านสิ่งแวดล้อม ($\chi^2=23.452$, $p<.001$) รวมทั้งปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ คือ ระดับความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุต่อระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพแบบสามัญ ($\chi^2=37.590$, $p<.001$) แบบพื้นบ้าน ($\chi^2=30.946$, $p<.001$) และแบบวิชาชีพ ($\chi^2=13.001$, $p=.002$)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุชายวัยกลางคน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นและผู้สูงอายุวัยกลาง ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุวัยปลายมีจำนวนเหลือน้อยลงในแต่ละชุมชนสืบเนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังและความสูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยลงๆ จนเสียชีวิต ส่วนรายได้ของตัวอย่างส่วนมากพบว่ามีรายได้ต่อเดือนระดับปานกลาง (1,000–5,000 บาท/เดือน) อาจจะเป็นเพราะผู้สูงอายุชายวัยกลางคนที่มีช่วงวัยอยู่ในครอบครัวจะได้รับเงินเดือนของผู้เลี้ยงช้างจากโครงการคชอาณาจักร องค์การสวนสัตว์ในพระบรมราชูปถัมภ์ นอกจากนี้ยังได้รับเบี้ยยังชีพจากสวัสดิการผู้สูงอายุจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น รายได้จากการประกอบอาชีพเกษตรกรรม รวมถึงได้รับเงินจากบุตรหลาน

ปัจจัยด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ผลการศึกษา พบว่า ตัวอย่างส่วนมาก มีโรคประจำตัวและมีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2–3 โรค โดยโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงและปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่พบมากที่สุดของตัวอย่าง คือ อาการปวดหลัง/เอว ปวดกล้ามเนื้อและข้อ รongลงมาเป็นปัญหาสายตาและนอนไม่หลับ สอดคล้องกับหลายการศึกษาได้แก่ สุขสิน เอกา³ ผ่องพรรณ อรุณแสงและคณะ¹² และวารวิฐและคณะ¹³ และยังสอดคล้องกับวิชย์ เอกพลากร และคณะ¹⁴ ที่สำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.2557 ที่พบโรค 10 โรคที่พบบ่อย ได้แก่ความดันโลหิตสูง



เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เส้นเลือดในสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด โรคอัมพฤกษ์อัมพาต โรคถุงลมโป่งพอง/หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเมะเร็งอวัยวะต่างๆ และโรคไตวายเรื้อรังซึ่งเป็นไปตามความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมและการทำกิจวัตรประจำวันลดลงส่งผลต่อคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุลดลงด้วย

ด้านพฤติกรรมสุขภาพพบว่าตัวอย่างส่วนมากไม่ได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้สูงอายุคิดว่าการทำกิจวัตรประจำวันหรือการประกอบอาชีพ คือเกษตรกรรมและการเตรียมอาหารให้ช้างก็เป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว ด้านการรับประทานผักและผลไม้ซึ่งเป็นผลมาจากความเสื่อมของร่างกาย ฟันที่เป็นอวัยวะในการเคี้ยวอาหารมีจำนวนน้อยลงซึ่งสอดคล้องกับวิชัย เอกพลกร และคณะ¹⁴ ที่สำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.2557 พบว่า ความชุกของผู้สูงอายุไทยที่มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่มีประมาณร้อยละ 52 จึงทำให้ผู้สูงอายุเคี้ยวอาหารได้ไม่ดี ส่วนในด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไปในปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อเปรียบเทียบกับสุขภาพกับคนวัยเดียวกันพบว่า เหมือนคนอื่นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมาร์ตินและคณะ¹⁵ ที่อธิบายความหมายของภาวะสุขภาพไว้ว่า การทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวันและการทำหน้าที่ในสังคม และสอดคล้องค่านิยมตามแนวคิดของรพ.สต.เอื้ออาทรผู้สูงอายุ ปี 2553 ในด้านสุขภาพและคุณลักษณะทางด้านสังคมเพื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นอาจจะมี/ไม่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและความทุกข์ใจอย่างอื่นร่วมด้วยและพบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ส่วนใหญ่จะมีความสามารถทางด้านสังคมในเรื่องการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับชุมชนในระดับปานกลาง

ปัจจัยด้านสังคม ด้านความสามารถในด้านการทำหน้าที่ด้านสังคม พบว่าตัวอย่างส่วนมากมีความสามารถทางด้านสังคมปานกลาง ซึ่งอาจจะเกิดจากการความยุ่งยากในการทำเกษตรกรรมหรือความเหนื่อยล้าจากการ

ประกอบอาชีพและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุชายวัยเลี้ยงช้างการเข้าร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคมจึงอยู่ในระดับปานกลางซึ่งต่างจากการศึกษาของสุสนิ เอกา⁴ ที่พบว่าความสามารถในด้านการทำหน้าที่ด้านสังคมของผู้สูงอายุชาวไทยเขมรอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากมีบริบททางสังคมต่างกันเพราะผู้สูงอายุชายกวยอาศัยอยู่ในชนบทเป็นส่วนใหญ่แต่การศึกษาของสุสนิ เอกา⁴ ศึกษาในผู้สูงอายุชุมชนกึ่งเมืองจึงมีผลการศึกษาด้านความสามารถในด้านการทำหน้าที่ด้านสังคมที่ต่างกันและด้านการปฏิบัติตามความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรมด้านอาหารพบว่า ผู้สูงอายุทุกคนรับประทานข้าวพันธุ์พื้นเมือง จะดื่มสุราเป็นยาเจริญอาหารซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา หลาวทอง¹⁶ ซึ่งจะเห็นว่าผู้สูงอายุชายกวยเลี้ยงช้างมีการรับประทานข้าวพันธุ์พื้นเมือง (หอมมะลิ) ทุกสาย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพทำนาจึงมีผลผลิตทางการเกษตรคือข้าวหอมมะลิไว้รับประทานตลอดปี ส่วนเรื่องความเชื่อว่าจะดื่มสุราเป็นยาเจริญอาหาร เนื่องด้วยความเชื่อในการประกอบพิธีกรรมต่างๆ เช่น การเซ่นไหว้ปู่ตา เช่นไหว้ผีบรรพบุรุษ การไหว้ศาลปะกำหรือการรำเงลมอก็ต้องมีสุราเป็นสิ่งสำคัญในพิธีกรรมนั้นจึงมีการถ่ายทอดความเชื่อนั้นมา จากความเชื่อในด้านอาหารทำให้เห็นแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมตามวัย

ด้านอารมณ์พบว่า ตัวอย่างส่วนมากมีการปฏิบัติตามความเชื่อด้านประเพณีชุมชน ได้แก่ เช่นผีบรรพบุรุษโดยมีการกระทำในโอกาสสำคัญหรือการทำกิจการใดๆ ต้องมีการเซ่นไหว้ผีบรรพบุรุษเพื่อบอกกล่าวให้รับทราบและปกป้องรักษาคุ้มครองให้ประสบแต่สิ่งดีๆ มีมงคลกับชีวิตตนเองและครอบครัว การเซ่นไหว้ศาลปะกำ เป็นที่สถิตของวิญญาณบรรพบุรุษและเป็นสิ่งที่เก็บรักษา “เชือกปะกำ” ซึ่งเป็นเชือกที่ทำจากหนังกระบือที่ผ่านการทำพิธีปลุกเสกเพื่อใช้คล้องช้างป่า ศาลปะกำมีความสำคัญอย่างยิ่งในด้านความเชื่อของชาวกวยเลี้ยงช้างซึ่งมีข้อห้ามและข้อปฏิบัติที่เคร่งครัด รวมถึงเป็นที่พึ่งทางด้านจิตใจและมีการบนบานร้องขอให้ผีปะกำช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วย



ของบุคคลในครอบครัว⁷ และการรักษาโรคด้วยเพลงดนตรี เรียกว่า รำกล่อมมีวัตถุประสงค์ตามความเชื่อได้แก่ เพื่อเป็นการเคารพครูบาอาจารย์หรือบรรพบุรุษเพื่อแก้บนตามที่ได้นบนานไว้และเพื่อบำบัดรักษาผู้ป่วยมีการสื่อสารกับดวงวิญญาณโดยล่ามหรือคนทรงสอบถามหาสาเหตุของการเจ็บป่วยและหาทางรักษาตามความเชื่อการเล่นกล่อมเป็นพิธีกรรมที่ช่วยคลี่คลายปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างคนกับคน คนกับธรรมชาติ¹⁷

ด้านอนามัย ตัวอย่างส่วนมากมีการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เพื่อรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองซึ่งเป็นวิธีแรกในการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง และสามารถปฏิบัติได้ง่าย ส่วนการปฏิบัติที่เกี่ยวกับสุขอนามัย 3 อันดับแรก โดยมีการอาบน้ำ/ทำความสะอาดร่างกายอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง มีการแปรงฟันด้วยเกลียวหรือบ้วนปากแทนการใช้ยาสีฟัน และมีการกินหมากเพื่อป้องกันโรคทางช่องปาก การกินหมากตัวอย่างได้อธิบายว่านอกจากเพื่อป้องกันโรคทางช่องปากแล้วยังช่วยควบคุมเรื่องกลิ่นปากและยังเกิดกิจกรรมร่วมกันในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปริญาผกานนท์¹⁸ ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการกินหมากต่อสุขภาวะช่องปากของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสิ่งที่ทีมสุขภาพต้องทำความเข้าใจและปรับกระบวนการป้องกันดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับวิถีความเชื่อ

ด้านสมอง (เขาน้ำปัญญา) พบว่า ตัวอย่างส่วนมากมีการปฏิบัติด้านสมอง(เขาน้ำปัญญา) เช่น ดุโทรทัศน์ พังวิทุย สอดคล้องกับเจริญชัย หมั่นห่อ¹⁹ ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนกับการจัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยพบว่าตัวอย่างมีดุโทรทัศน์และพังวิทุยเพื่อผ่อนคลายและรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของผ่องพรรณ อรุณแสงและคณะ¹² และสุขสิน เอกา³ และยังพบว่ามีปฏิบัติน้อยในการอ่านหนังสือติดตามข่าวสาร สาเหตุกลุ่มตัวอย่างมีการอ่านหนังสือน้อย เนื่องจากมีปัญหาด้านสายตาหรือมีอาการของโรคหรือปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและเหตุผลอีกประการหนึ่งคือการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารจากวิทยุและโทรทัศน์มีความสะดวกและรวดเร็ว

ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ตัวอย่างส่วนมากมีการจัดสภาพแวดล้อมใน/นอกบ้านให้มีความเหมาะสม ได้แก่ จัดบ้านให้มีแสงสว่าง ปลอดภัย หรือการตั้งศาลประจำไว้ไม่ให้เกวบ้านเรือนทับเป็นความเชื่อในด้านสิ่งแวดล้อมในการปลูกสร้างปะกำ ซึ่งเชื่อว่าศาลปะกำเป็นเก็บเชือกปะกำในการคล้องช้าง มีวิญญาณที่ช่วยปกป้องรักษา หากถูกเกวบ้านเรือนทับทับเป็นการลบหลู่ดวงวิญญาณผีปะกำทำให้ผีดิถีปะกำส่งผลต่อตนเองและครอบครัวเกิดความทุกข์กายทุกข์ใจ

ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ผลการวิจัยเกี่ยวกับความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุต่อระบบการบริการสุขภาพทั้ง 3 ระบบ พบว่า ตัวอย่างส่วนมากมีความเชื่อมั่นต่อระบบการบริการสุขภาพแบบสามัญระดับปานกลาง ซึ่งแสดงถึงความมั่นใจในระบบบริการสุขภาพแบบสามัญที่ตนเองเป็นผู้ตัดสินใจเลือกใช้บริการด้วยตนเอง เช่นเดียวกันกับความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุต่อระบบบริการสุขภาพแบบพื้นบ้านพบว่า ตัวอย่างส่วนมากมีความเชื่อมั่นต่อระบบการบริการสุขภาพแบบพื้นบ้านระดับปานกลาง ซึ่งเป็นการรักษาดูแลสุขภาพจากภูมิปัญญาท้องถิ่น ส่วนความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุต่อระบบการบริการสุขภาพแบบวิชาชีพ พบว่า ตัวอย่างส่วนมากมีความเชื่อมั่นต่อระบบการบริการสุขภาพแบบวิชาชีพระดับมาก เนื่องมาจากว่า ผู้ให้บริการมีความรู้ความสามารถ มีความเชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพและการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการให้บริการอย่างผสมผสาน ระยะทางมารับบริการสะดวกสบาย มีระบบการส่งต่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และมีระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน และมีการฟื้นฟูสุขภาพเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรค

ด้านพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ตัวอย่างมีการใช้ระบบบริการสุขภาพแบบวิชาชีพมากที่สุดและใช้ระบบบริการสุขภาพทั้ง 3 ระบบร่วมกันคือระบบสามัญ พื้นบ้าน และวิชาชีพพบว่า จะมีการเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพแบบสามัญก่อนและเมื่ออาการเป็นมากขึ้น จะเลือกใช้การดูแลที่มากกว่า 1 ระบบ บางคนจะเลือกใช้การดูแล²⁻³ ระบบ พร้อมกันหรือมี



การเลือกใช้ครั้งละระบบ^{3,20} หากการรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยระบบบริการสุขภาพแบบวิชาชีพไม่หาย ชาวภูมที่อาศัยในหมู่บ้านซึ่งจะเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพแบบพื้นบ้าน ได้แก่ การเช่นไหว้ผีบรรพบุรุษ ศาลปะกำและการรำกล่อม เพราะมีความเชื่อว่าการเกิดจากการผัดผีหรือการถูกเวทมนต์คุณไสยต่างๆ ซึ่งเป็นระบบบริการสุขภาพที่ช่วยในด้านจิตใจและตอบสนองต่อความคาดหวังจากการหายของอาการเจ็บป่วยนั้นๆ

ข้อเสนอแนะ

1. ทีมสุขภาพควรทำการสำรวจชุมชนในด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านสุขภาพ ด้านสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่นเพื่อทราบสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน ตลอดจนเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนพยาบาลควรมีความเข้าใจถึงประเพณีความเชื่อและวัฒนธรรมท้องถิ่นอย่างลึกซึ้งซึ่งจะสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการเจ็บป่วยให้สอดคล้องวิถีชุมชนที่ปฏิบัติงาน

2. นักวิจัยควรมีการศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น กลุ่มสตรีหลังคลอด กลุ่มพระสงฆ์ กลุ่มผู้ป่วยไตวายหรือกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือมีการศึกษาความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรมอื่นๆ หรือชาติพันธุ์อื่นที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ เช่น กลุ่มชาติพันธุ์เยอ ภูไท มอแกน อาข่า หรือจาม เพื่อจัดลำดับการเลือกใช้บริการและศึกษาผลการใช้ระบบบริการสุขภาพตามลำดับการเลือกใช้และวิเคราะห์ความเชื่อหรือประเพณีวัฒนธรรมที่อาจมีผลทางลบต่อสุขภาพเพื่อวางแผนการให้ความรู้ทางสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบท

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยต้องขอขอบคุณสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลรามธิบดีและโรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยและขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ได้สละเวลาให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์สำหรับการวิจัย

Reference

1. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Situation of the Thai Elderly 2014. Bangkok: Amarin Printing and Publishing; 2015. (in Thai).
2. Kleinman A. Patient and healer in the context of culture. Berkeley: University of California; 1980.
3. Aeka S. Health seeking behavior of older Cambodian-Thais: Case study of Bansomrong-kokphettambon health promotion hospital. Journal of Health Promotion and Environmental Health 2015; 38(4): 35-51. (in Thai).
4. Surin Culture Department. Data of Ethnic group in Surin Province. Surin: S. Panpen; 2013. (in Thai).
5. Boonyiam P, Mahakhan P. Pakham : The Way of Life and Existence of Elephant Herders under Dynamic of Change in Social and Cultural. Journal of Social Science and Humanities Burapha university 2015; 23(41): 91-111. (in Thai).
6. Phasook S, Phanurat A, Sriboonnaka K. Kui: Living together peacefully. Surin: Surin Cultural Center; 1993. (in Thai).
7. Department of Health. Long term Care. Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand; 2010. (in Thai).



8. Brook RH, Ware JE, Davies-Avery A, Stewart AL, Donald CA, Rogers WH, et al. Overview of adult health status measures fielded in Rand's health insurance study. *Medical Care* 1979, 17(7): 131.
9. Kelsey JL, Whittemore AS, Evans AS, Thompson WD. *Methods in Observational Epidemiology*. New York: Oxford University Press. (1996).
10. Jitapankul S. Geriatric assessment: Multi-disciplinary care for the elderly. Nonthaburi: Institute of Geriatric Medicine, Ministry of Public Health. (2005). (in Thai).
11. Pootkong S. Factors related to self-care behavior for medication use and perceived asthma control in older persons with asthma. *Ramathibodi Nursing Journal* 2013; 17(3): 309-327. (in Thai).
12. Arunsang P, Srithayarat W, Lertatr P, Sibindee S, Surit P, Thiranoot A. Health Profile of Older persons in Health Care Institute and in community. *Journal of Nursing Science & Health* 2012; 32(2): 14-24. (in Thai).
13. Waweru, EW. Kabiru JN. Mbithi ES. Some. Health status and health seeking behavior of elderly person in Dagoretti division, Nairobi. *East African medical journal* 2003; 80(2):63-67.
14. Aekpalakorn W. et al. Thai Health Survey by Physical Examination 5. Nonthaburi: Aksorn Graphic and Design; 2014. (in Thai).
15. Shadi S. Martin, Jacqueline Trask, Tina Peterson, Bryan C. Martin, Josh. (2010). Influence of Culture and Discrimination on Care-Seeking Behavior of Elderly African Americans: A Qualitative Study. *Social Work in Public Health* 2010; 2010(25):311-26.
16. Lowthong A. Dynamic to Change in Consumption Foods Culture of Thai-Kuoy Ethnic groups in Surin and Buriram Province. Bangkok: Office of the National Culture Commission. 2007. (in Thai).
17. Kruenak T. Kallmore: Intangible Cultural Heritage [internet]. 2016 [cited 2016 September 23]. Available from <http://ich.culture.go.th/index.php/th/ich/performing-arts/236-performance/255-----m-s>
18. Pakanon P. The effects of Mak eating for elderly oral hygiene in Kamnursab Subdistrict, Ubon-Rhatchatani province. Ubon-Rhatchatani: Rhatchatani University. 2015. (in Thai).
20. Meunhore C. Community Participation: The Health Promotion Plan for the Elderly. *Journal of Community Development Research, Naresuan University* 2012; 5(20): 43-54. (in Thai).
21. Tiamtip S. Health service seeking behavior of Pganyau People with Hypertension in Kullayaniwatthana District, Chiang Mai Province. [Master Thesis]. Chiang Mai University. 2010. (in Thai).



การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับ รูปแบบการจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาในผู้ใหญ่*

รุ่งนภา จันทรา**

สุทธนันท์ กัลละ***

อติญาณ์ ศรีเกษตริน**

จิราพร วัฒนศรีสิน****

บทคัดย่อ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบและสรุปผลลัพธ์ของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาโดยการสืบค้นจากฐานข้อมูล ตั้งแต่ปี พ.ศ.2549 ถึง พ.ศ. 2559 วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัยโดยใช้สถิติเชิงบรรยายได้แก่ จำนวนและร้อยละ วิเคราะห์รูปแบบการจัดการและผลลัพธ์การจัดการความดันโลหิตสูง โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการสืบค้นข้อมูลพบว่า รายงานการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการโรคความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่โดยไม่ใช้ยาตามคำสำคัญที่ระบุได้จำนวน 34 เรื่อง และผ่านเกณฑ์การคัดเลือกโดยใช้แบบคัดกรองงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยจำนวน 17 เรื่องโดยเป็นหลักฐานระดับ 2 จำนวน 14 เรื่อง ผลการศึกษาว่ารูปแบบการจัดการความดันโลหิตสูงพบ 3 รูปแบบได้แก่ การจัดการความดันโลหิตสูงที่ใช้วิธีการผสมผสาน การจัดการความดันโลหิตสูงที่ใช้วิธีการออกกำลังกาย และการจัดการความดันโลหิตสูงที่ใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยหลักการปฏิบัติทางศาสนา ซึ่งมีผลลัพธ์ทำให้ความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงมีความเครียดลดลง มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองลดลง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง มีพฤติกรรมการออกกำลังกายดีขึ้น และมีพฤติกรรมการบริโภคเกลือต่ำสูงขึ้นจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางสาธารณสุขสามารถนำรูปแบบการจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตามควรมีการสนับสนุนให้มีการวิจัยเชิงทดลองและติดตามผลลัพธ์ระยะยาวเพื่อให้ได้รูปแบบการจัดการโรคความดันโลหิตสูงที่มีความชัดเจนมากขึ้น

คำสำคัญ: การทบทวนวรรณกรรม; การจัดการ; โรคความดันโลหิตสูง

*สนับสนุนทุนการวิจัยจากสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี, e-mail: rungnapac64@gmail.com

*** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครชุม

**** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี



A Literature Review of Non-pharmacological Treatment for Hypertension*

Runnapa Chantra**

Sutthanan Kallaka***

Atiya Sarakshetrin**

Jiraporn Wattanasrisin ****

Abstract

This systematic review aimed to study the patterns and outcomes of the research studies related to the non-pharmacological treatment for hypertension by searching databases listed between 2006 and 2016. The characteristics of research studies were statistically analyzed using descriptive statistics including frequency and percentage. Content analysis was used to analyze the data regarding the management and management outcomes for hypertension. The data-based searching yield 34 studies regarding non-pharmacological management of hypertension in adults but only 17 studies passed the research screening and quality assessment criteria. Of the 17 studies, 14 studies met the criteria of level 2 for evidence-based criteria. The review found three types of hypertensive management: 1) mixed methods, 2) exercise, and 3) relaxation techniques by religious practice. These three types of managements could decrease both systolic and diastolic blood pressure, reduce stress and risk for cardiovascular accidents, and increase self-care behaviors including exercise and low-salt diet. The results of the study show that public health personnel can adopt the non-pharmacological management of high blood pressure to modify patient behaviors. However, there should be experimental research studies and long-term follow-up of the outcomes to provide a clearer pattern of management for hypertension.

Keywords: literature review; disease management; hypertension

*Granted by the Public Health Nurse Alumni Association

**Boromarajonani College of Nursing, Suratthani, e-mail: rungnapac64@gmail.com

***Boromarajonani College of Nursing, Bangkok

****Faculty of nursing, Suratthani Rajabhat University



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยขึ้นในปัจจุบัน โดยเฉพาะคนที่อยู่ในเมืองใหญ่ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป โรคความดันโลหิตสูงสามารถตรวจพบได้จากการวัดความดันโลหิตได้ในระดับที่สูงกว่าปกติเรื้อรังอยู่เป็นเวลานาน องค์การอนามัยโลกได้กำหนดว่าบุคคลใดก็ตามที่มีความดันโลหิตวัดได้มากกว่า 140/90 มม.ปรอทถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยที่มีผลต่อความดันโลหิตสูง ได้แก่ อายุ เวลาในการวัดความดันโลหิต จิตใจและอารมณ์ เพศ พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม เชื้อชาติและเกลือสำหรับผลกระทบจากการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และไม่รักษาให้ถูกต้องจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคอัมพาตจากหลอดเลือดในสมองตีบ โรคหลอดเลือดในสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจวาย โรคไตวาย หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง เป็นต้น นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกรายงานว่าทั่วโลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากถึงพันล้านคน ซึ่งสองในสามของผู้ป่วยจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก 1 คน ใน 3 คนมีภาวะความดันโลหิตสูง และประชากรวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบ มี 1 คน ใน 3 คน ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เช่นกัน และได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 (ค.ศ. 2025) ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วทั้งโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.56 พันล้านคน¹ เช่นเดียวกับ Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure² รายงานว่า แม้ว่าจะมีการให้ความรู้และแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคแต่จำนวนผู้ป่วยยังคงมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ และพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุม หรือลดความดันโลหิต สาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด ทั้งยังมีผลสูญเสียปีสุขภาวะ 57 ล้านปีหรือคิดเป็นร้อยละ 3.7 ของ DALYs จำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั่วโลก

สำหรับประเทศไทยปัจจุบันสถานการณ์ความ

รุนแรงของจากการสำรวจสุขภาพของประชากรไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 21.4 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มักจะไม่มีอาการและไม่สามารถควบคุมให้ความดันโลหิตตามค่าเป้าหมายได้³ ตัวเลขดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่รุนแรงขึ้นทั้งในส่วนของอัตราผู้ป่วยต่อประชากรหนึ่งแสนคนที่เพิ่มขึ้นในช่วง 5 ปี คือระหว่าง ปี พ.ศ. 2549-2553 พบว่าเพิ่มจาก 659.6 เป็น 1,349.4 อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคนในภาพรวมของประเทศ ในปีพ.ศ. 2556-2558 เท่ากับ 8.09 18.28 และ 25.32 ตามลำดับ ซึ่งเพิ่มขึ้นมากเป็น 3 เท่าจากปี พ.ศ. 2556⁴ รายงานวิชาการหลายฉบับเห็นสอดคล้องกันว่าโรคความดันโลหิตสูงพบมากในประชากรไทยที่อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ในผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง อาจจะไม่มีอาการใดๆ เลย หรืออาจจะพบว่ามีอาการปวดศีรษะ มึนงง เวียนศีรษะ และเหนื่อยง่ายผิดปกติ ซึ่งความดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ 2 กรณีด้วยกัน คือ 1) ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงโดยตรง ได้แก่ ภาวะหัวใจวายหรือหลอดเลือดในสมองแตก และ 2) ภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดแดงตีบหรือตัน เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือเรื้อรัง ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ อาจจะทำได้ถึงแก่ชีวิตได้ หลอดเลือดสมองตีบ เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือหลอดเลือดแดงในไตตีบมากถึงขั้นไตวายเรื้อรังได้⁵ การปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต และการรักษาด้วยยาซึ่งแนวทางการปฏิบัติเริ่มจากแนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต (Life style modifications) ได้แก่ การลดน้ำหนัก การวางแผนรับประทานอาหาร การลดปริมาณเกลือโซเดียม การออกกำลังกาย และการลดปริมาณแอลกอฮอล์ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายควรได้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยาเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาวนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี²



การทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่จะช่วยให้เข้าใจปัญหาและการจัดการกับปัญหานี้ได้ดีขึ้นเพื่อนำไปเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมพยาบาล จัดระบบการดูแลหรือจัดสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยป้องกันลด และกำจัดการปัจจัยซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเป็นงานวิจัยที่น่าเชื่อถือเป็นอันดับแรกเมื่อเทียบกับงานวิจัยประเภทอื่น ๆ และเป็นที่ยอมรับว่าสามารถให้ข้อสรุปที่น่าสามารถนำไปใช้เป็นหลักฐานประกอบการตัดสินใจเพื่อนำไปสู่การวางแผนการรักษาโรค ป้องกันโรค และบริการสาธารณสุขต่าง ๆ ให้แก่ชุมชนได้ถูกต้องมากกว่า ข้อสรุปที่ได้จากแต่ละงานวิจัย⁶ ที่ผ่านมามีแนวโน้มว่าการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา แต่เป็นการทบทวนในบริบทของต่างประเทศ ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากประเทศไทยในหลายแง่มุม เช่น วัฒนธรรม ศาสนา ความเชื่อ เป็นต้น ความแตกต่างในแง่มุมเหล่านี้ส่งผลต่อวิถีการดำเนินชีวิต และประสิทธิภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังนั้น การทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาจึงมีความจำเป็นจากการที่พบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่จำนวนมากประกอบกับจำนวนและอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของประเทศไทยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดประเด็นว่าองค์ความรู้ในปัจจุบันเกี่ยวกับการจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาระหว่างปีพ.ศ. 2549 - 2559 เป็นอย่างไรรวมทั้งไม่พบว่ามีงานทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาในประเทศไทยดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงวิธีการจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาโดยทำการสืบค้นผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาเป็นพื้นฐานในการนำไปสู่การจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาที่ปรากฏในงานวิจัยในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทยระหว่างปี 2549-2559
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาที่ปรากฏในงานวิจัยในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทยระหว่างปี 2549-2559

กรอบแนวคิดการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อทบทวนรูปแบบผลลัพธ์ของการจัดการความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาที่ปรากฏในงานวิจัยในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทยระหว่างปี 2549-2559 โดยดำเนินการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตามแนวทางของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Joanna Briggs Institute, 2011) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ 1) การกำหนดปัญหาในการทบทวน 2) การค้นหาและคัดเลือกงานวิจัย 3) การประเมินผลคุณภาพงานวิจัย 4) การเก็บรวบรวมข้อมูล 5) การวิเคราะห์ผล 6) นำเสนอข้อมูล และ 7) การแปลผลข้อมูล

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคืองานวิจัยที่การจัดการในการปรับพฤติกรรมเพื่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ปีพ.ศ. 2549 - 2559 ที่ได้รับการตีพิมพ์และปรากฏในฐานข้อมูลออนไลน์ของห้องสมุดมหาวิทยาลัย และฐานข้อมูลออนไลน์ของวารสารการแพทย์และการพยาบาลทั้งในประเทศและต่างประเทศและสืบค้นจากเอกสารอ้างอิงของบทความทางวิชาการจากวารสารและงานวิจัยที่ไม่ได้อยู่ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Manual search) กลุ่มตัวอย่าง เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการในการปรับพฤติกรรมเพื่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตีพิมพ์และปรากฏในฐานข้อมูลออนไลน์ของ



ห้องสมุดมหาวิทยาลัย และฐานข้อมูลออนไลน์ของวารสารการแพทย์และการพยาบาลทั้งในประเทศและต่างประเทศ กำหนดปีที่ใช้ในการสืบค้นตั้งแต่ พ.ศ. 2549–2559 คำสำคัญ (keywords) ที่ใช้ในการสืบค้นในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ได้แก่ Hypertension, Adult, Management, Hypertension and adult and management, โรคความดันโลหิตสูง, การจัดการ โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบ วิธีการจัดการรูปแบบผลลัพธ์ของการจัดการความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยเป็นตัวแปรต้น
2. เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์การจัดการรูปแบบผลลัพธ์ของการจัดการความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยเป็นตัวแปรตาม
3. เป็นงานวิจัยที่มีรูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงทดลอง และการศึกษากึ่งทดลองที่ศึกษาในประเทศไทยที่ได้รับการตีพิมพ์ และเผยแพร่เป็นภาษาไทย
4. เป็นงานวิจัยที่มีการตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2549–2559
5. เป็นงานวิจัยที่ศึกษาความดันโลหิตสูงเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างประชากรไทย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ประเภท ได้แก่

1. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพรายงานการวิจัย
2. แบบบันทึกการสกัดข้อมูลจากงานวิจัย เป็นเครื่องมือบันทึกรายละเอียดของงานวิจัยที่พัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ (2011) ในการดำเนินการบันทึกข้อมูลจากงานวิจัยหรือบทความวิจัยที่ได้คัดเลือกเพื่อนำมาทบทวนความรู้อย่างเป็นระบบ การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือโดยทดสอบความตรงของผู้บันทึกข้อมูลจำนวน 3 คน โดยนำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย และ

แบบบันทึกสกัดข้อมูลงานวิจัยไปเก็บข้อมูลร่วมกันกับผู้บันทึก 2 คน และผู้วิจัยรวมเป็นจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของการบันทึก โดยใช้สูตรความสอดคล้อง (agreement rate : AR) พบว่ามี ค่าความสอดคล้อง (agreement rate : AR) มากกว่า 0.75 ซึ่งมีค่าความสอดคล้องในระดับดีมากกรณีที่พบความแตกต่างได้หาข้อบกพร่องร่วมกันและปรับปรุงจนได้ความเห็นที่สอดคล้องกันก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. สืบค้นรายชื่องานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาระหว่างปี พ.ศ. 2549–2559 โดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นคือ Hypertension, Adult, Management, Hypertension and adult and management, โรคความดันโลหิตสูง การจัดการจากฐานข้อมูลออนไลน์ของห้องสมุดมหาวิทยาลัย และฐานข้อมูลออนไลน์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางการศึกษาได้งานวิจัยทั้งหมดจำนวนรวม 34 ชื่อเรื่อง
 2. พิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดได้งานวิจัยจำนวน 17 เรื่อง
 3. งานวิจัยที่ได้มาทั้งหมดได้มีการอ่านรายงานการวิจัยรอบที่หนึ่ง เพื่อประเมินคุณภาพงานวิจัยตามแบบประเมินคุณภาพ
 4. อ่านรายงานรอบที่สองอย่างละเอียดเพื่อสกัดข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์งานวิจัย และบันทึกในแบบบันทึกการสกัดข้อมูลจากงานวิจัยร่วมกับผู้ร่วมวิจัยอีก 2 ท่าน
 5. ตรวจสอบความถูกต้องของการลงบันทึกข้อมูลและการวิเคราะห์เนื้อหาของงานวิจัย
- การวิเคราะห์ข้อมูล** ตามตอบวัตถุประสงค์การวิจัยมีดังนี้
- วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะของงานวิจัยโดยใช้สถิติบรรยายได้แก่ การแจกแจงความถี่และร้อยละ และวิเคราะห์รูปแบบ และผลลัพธ์การจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาในผู้ใหญ่ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา



ผลการศึกษา

คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการในการปรับพฤติกรรมเพื่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70.58 งานวิจัยส่วนใหญ่ตีพิมพ์ในช่วงปี พ.ศ. 2557 คิดเป็นร้อยละ 17.67 งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง คิดเป็นร้อยละ 81.35 ศึกษา

ในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ (มากกว่า 30 คน) คิดเป็นร้อยละ 82.35 ระยะเวลาในการทดลองส่วนใหญ่ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 70.58 สถานที่ทำการศึกษา ศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอก คิดเป็นร้อยละ 70.58 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัย (n=17)

ลักษณะทั่วไปของงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทงานวิจัย		
งานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา	12	70.58
งานวิจัยที่ไม่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา	5	29.42
ปีพ.ศ.ที่ตีพิมพ์		
2549-2553	7	41.18
2554-2556	6	35.29
2557-2559	4	23.53
รูปแบบการวิจัย		
งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบโดยมีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มเข้ารับการทดลอง	3	17.65
งานวิจัยกึ่งทดลองที่มีการออกแบบโดยมีกลุ่มควบคุม	14	82.35
จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ราย	3	17.65
31-60 ราย	14	82.35
ระยะเวลาในการศึกษา		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 สัปดาห์	12	70.58
10-20 สัปดาห์	5	29.42
สถานที่ทำการศึกษา		
แผนกผู้ป่วยนอก	12	70.58
ในชุมชน	5	29.42



1. ผลการวิเคราะห์รูปแบบการจัดการความดันโลหิตสูง โดยไม่ใช้ยาที่ปรากฏในงานวิจัยในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วัยผู้ใหญ่ในประเทศไทยระหว่างปี 2549-2559

จากการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่ารูปแบบการจัดการความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยามี 3 รูปแบบได้แก่ การจัดการความดันโลหิตสูงที่ใช้วิธีการผสมผสาน การจัดการความดันโลหิตสูงที่ใช้วิธีการออกกำลังกาย และการจัดการความดันโลหิตสูงที่ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย โดยหลักการปฏิบัติทางศาสนา โดยแต่ละรูปแบบมีรายละเอียด ดังนี้

1. การจัดการความดันโลหิตสูงที่ใช้วิธีการผสมผสาน จำนวน 9 เรื่องพบว่ารูปแบบการจัดการความดันโลหิตสูงที่คล้ายกัน คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงทั้งวิธีการบรรยาย การใช้สื่อวีดิทัศน์ การนำเสนอแบบจำลองอาหาร การสร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การต่อเนื่องในการติดตามพฤติกรรมสุขภาพทั้งการเยี่ยมบ้านและติดตามทางโทรศัพท์ ซึ่งแนวคิดที่นำมาใช้ส่วนใหญ่เป็นแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้ 1.1) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเรสสลิฟร่วมกับการให้ความรู้ตามแนวคิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์จำนวน 6-8 ครั้ง ระยะเวลา 60-120 นาที 1.2) การสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมโดยการให้ความรู้ ให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วม การสาธิตย้อนกลับการออกกำลังกาย นำเสนอตัวอย่างอาหารที่ถูกต้อง เสนอวิธีผ่อนคลายความเครียด ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมระยะเวลา 4 สัปดาห์จำนวน 4-6 ครั้ง ระยะเวลา 60-180 นาที 1.3) การจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยการให้ผู้ป่วยสำรวจปัญหาอุปสรรคที่ผ่านมา การตั้งเป้าหมายพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการร่วมกับครอบครัว การติดตามทางโทรศัพท์ และการให้คำปรึกษา ดำเนินการตามแนวคิดการจัดการตนเองเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์จำนวน 6 ครั้ง ระยะเวลา 15-90 นาที 1.4) การกำกับตนเองและ

การฝึกทักษะการกำกับตนเองเพื่อควบคุมโรคโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยการติดตามกระตุ้นพฤติกรรมกำกับตนเองโดยเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ตามแนวคิดการกำกับตนเอง เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์จำนวน 4 ครั้ง ระยะเวลา 30-180 นาที 1.5) การจัดการตนเอง โดยการอภิปรายกลุ่มย่อยการฝึกทักษะการออกกำลังกายโดยการรำไม้พลองประยุกต์ทักษะการเลือกอาหารบริโภคทักษะการใช้ยาที่ถูกต้อง การติดตามทางโทรศัพท์ตามแนวคิดการจัดการตนเองเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์จำนวน 4 ครั้ง ระยะเวลา 10-90 นาที 1.6) การส่งเสริมสมรรถนะในการควบคุมโรคด้วยวิธีการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับการปฏิบัติในการควบคุมโรค ปัญหาและอุปสรรคในช่วงปรับเปลี่ยน สาธิตการเลือกรับประทานอาหาร สาธิตการออกกำลังกายแบบเดินร่าเต้าเต๋อซันซี การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน ระยะเวลา 8 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง ระยะเวลา 15-180 นาที 1.7) การจัดการด้วยตนเองตามหลักการแพทย์วิถีธรรม โดยให้ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง สาธิตการออกกำลังกาย อาหารที่เหมาะสม การผ่อนคลายความเครียด การติดตามเยี่ยม การฟังธรรม ทำสมาธิดำเนินการตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ 1.8) การจัดการตนเองโดยทบทวนความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง การติดตามพฤติกรรมสุขภาพ ประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวคิดการจัดการตนเอง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ จำนวน 12 ครั้ง ระยะเวลา 45-90 นาที และ 1.9) การบริโภคอาหารเกลือต่ำ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ประเมินตนเองและการเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม ผลดีผลเสียของการรับประทานอาหารเช้ารายการอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงและอาหารที่ควรรับประทานอาหารการติดตามเยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษาตามแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์จำนวน 4 ครั้ง

2. การจัดการความดันโลหิตสูงที่ใช้วิธีการออกกำลังกาย จำนวน 5 เรื่อง พบว่าเป็นการออกกำลังกาย



แบบแอโรบิกที่มีความหนักระดับปานกลาง ดังนี้ 2.1)การออกกำลังกายแบบพั่นเจิง มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีความหนักปานกลางแนวคิดหลักการออกกำลังกายตามการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ จำนวน 12 ครั้ง ละคร 30-44 นาที 2.2)การออกกำลังกายแบบแกว่งแขนตามแนวคิดโครงการแกว่งแขนลดพุงของกระทรวงสาธารณสุข เป็นระยะเวลา 24 สัปดาห์จำนวน 24 ครั้ง ละคร 30 นาที 2.3)การเดินออกกำลังกายระดับความหนักปานกลาง ตามแนวคิดการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาของคนต่อการเกิดความดันโลหิตสูง 18 ครั้ง ละคร 40 นาที ระยะเวลา 6 สัปดาห์ 2.4) การออกกำลังกายแบบโนราแขก ตามแนวคิดเวชศาสตร์การกีฬาของอเมริการ่วมกับภูมิปัญญาไทย เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์รวมจำนวน 30 ครั้ง ระยะเวลา 13 สัปดาห์ และ 2.5) การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมแก่สมาชิกในครอบครัวโดยให้ครอบครัวร่วมชีวิตทัศนคติการออกกำลังกาย การฝึกเดินออกกำลังกายที่บ้านตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ระยะเวลา 6 สัปดาห์จำนวน 7-8 ครั้ง ละคร 60-90 นาที

3. การจัดการความดันโลหิตสูงที่ใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยหลักการปฏิบัติทางศาสนาจำนวน 3 เรื่อง พบว่าเป็น 3.1) การสวดมนต์ตามแนวคิดการปรับตัวโดยให้ผู้ป่วยบันทึกความดันโลหิตวันละ 2 ครั้งหลังตื่นนอนตอนเช้าและเย็นก่อนการสวดมนต์ด้วยบทนมัสการพระพุทธเจ้าบทถวายพรพระคาถาป้องกันภัย 10 ทศบารมี 30 ทศนบทแผ่เมตตาให้ตนเองและบทแผ่เมตตาให้สรรพสัตว์ทั้งหมด 19 นาที รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ 3.2) การปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึกง ตามแนวคิดปฏิบัติสมาธิไทยซึกง ทุกวัน ละคร 2 ครั้ง ละคร 30 นาที รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์ 3.3)การปฏิบัติเทคนิคสมาธิเพื่อการเยียวยา SKT 2 ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับเทคนิคสมาธิเพื่อการเยียวยา SKT 2 ทุกวัน ละคร 2 รอบ ละคร 30-40 นาทีแบ่งเป็นรอบเช้าและเย็น รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์

2. ผลการวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการจัดการความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาที่ปรากฏในงานวิจัยในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทยระหว่างปี 2549-2559

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผลลัพธ์ของการจัดการความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาที่ปรากฏในงานวิจัยในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทยมีการวัดผลลัพธ์ 2 ผลลัพธ์คือด้านความดันโลหิตและด้านผลลัพธ์อื่นๆโดยมีรายละเอียด คือ

1. รูปแบบการจัดการด้วยวิธีการผสมผสานทำให้ระดับความดันโลหิตความเครียด ภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองลดลง ลดลง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง คະแนนความรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการกำกับตนเอง พฤติกรรมการออกกำลังกายดีขึ้น คະแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีขึ้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการเกิดโรค การมีเจตคติในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคตามแนวทางปฏิบัติตามหลักการแพทย์วิถีธรรมสูงขึ้นคະแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือต่ำสูงขึ้น

2. รูปแบบการออกกำลังกาย ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง

3. รูปแบบการจัดการด้วยเทคนิคการผ่อนคลายโดยหลักการปฏิบัติทางศาสนาทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง

การอภิปรายผล

1. รูปแบบการจัดการความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาที่ปรากฏในงานวิจัยในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทยระหว่างปี 2549-2559

พบว่ารูปแบบการจัดการความดันโลหิตสูงแบ่งเป็น 3 รูปแบบ คือ การจัดการความดันโลหิตสูงที่ใช้วิธีการผสมผสาน การจัดการความดันโลหิตสูงที่ใช้วิธีการออกกำลังกาย และการจัดการความดันโลหิตสูงที่ใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยหลักการปฏิบัติทางศาสนา



ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการความดันโลหิตสูงในปัจจุบันเป็นการจัดการที่มุ่งเน้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตหรือเพื่อช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตสูง นอกจากนี้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสริมประสิทธิภาพในการรักษาด้วยยาโรคความดันโลหิตสูงขึ้น เพราะปัจจัยที่ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ได้แก่ การรับประทานอาหารรสเค็ม อาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูง มีภาวะอ้วน สูบบุหรี่ หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ ขาดการออกกำลังกาย มีภาวะเครียด เป็นต้น⁵ ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตเป็นการรักษาพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายไม่ว่าผู้ป่วยจะมีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาหรือไม่ก็ตามเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาว นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ในประเด็นของรูปแบบงานวิจัยที่พบว่า การจัดการโดยใช้วิธีการผสมผสานเป็นการศึกษาที่มากที่สุดอาจเนื่องจากการไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ยังเป็นปัญหาที่สำคัญที่พบได้เป็นประจำในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เห็นได้จากจำนวนสถิติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้อาจมาจากหลายสาเหตุ เช่น การขาดความรู้ การขาดความตระหนัก ขาดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น ซึ่งการมุ่งให้ความรู้กับผู้ป่วยเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอเพราะความรู้ดังกล่าวเป็นความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงที่อิงทฤษฎีมากกว่าบริบทของผู้ป่วยมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิต

สอดคล้องกับ Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure² รายงานว่า แม้ว่าจะมีการให้ความรู้และแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคแต่จำนวนผู้ป่วยยังคงมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ และพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมหรือลดความดันโลหิต สาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด

ทั้งยังมีผลสูญเสียปีสุขภาวะ 57 ล้านปีหรือคิดเป็นร้อยละ 3.7 ของ DALYs จำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั่วโลก เช่นเดียวกับประเทศไทยที่มีการรายงานอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคนในภาพรวมของประเทศในปี พ.ศ. 2556-2558 เท่ากับ 8.09 18.28 และ 25.32 ตามลำดับ ซึ่งเพิ่มขึ้นมากเป็น 3 เท่าจากปี พ.ศ. 2556⁴ และการสำรวจสุขภาพของประชากรไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 21.4 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการและไม่สามารถควบคุมให้ความดันโลหิตตามค่าเป้าหมายได้³ โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล้มเหลวของการควบคุมความดันโลหิตอาจสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยยังคงรับประทานอาหารรสเค็ม ขาดการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายน้อย หรือมีการออกกำลังกายที่ไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากมีอาการอ่อนเพลียจากผลข้างเคียงของยา ร่วมกับมีความเชื่อว่าการออกกำลังกายจนเหนื่อยจะยิ่งทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความวิตกกังวลสูง ไม่สามารถจัดการกับความเครียดและปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และมีการแสดงอารมณ์โกรธ ฉุนเฉียวกับคนรอบข้างเมื่อรู้สึกเครียด รวมถึงผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่อง⁷ ทำให้การจัดการตนเองโดยใช้วิธีการผสมผสานถูกนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นเพราะการจัดการตนเองโดยใช้วิธีการผสมผสานเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของตนเองและหาแนวทางการปฏิบัติในการควบคุมโรคในด้านต่างๆ เช่น การจำกัดการรับประทานเกลือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา

นอกจากนี้องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีการพัฒนามากขึ้น การมองภาพปัญหาโรคเรื้อรังเปลี่ยนจากการที่ผู้ป่วยเป็นผู้รับเพียงอย่างเดียวมาเป็นผู้ป่วยเป็นผู้มีศักยภาพในการจัดการปัญหาทางสุขภาพของตนเอง จึงอาจเป็นอีกสาเหตุหนึ่งทำให้งานวิจัยระยะหลังมุ่งเน้นในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต



สูงมากขึ้น ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปัจจุบันมีการปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากระบบบริการแบบดั้งเดิมที่แยกส่วน การดูแลในแต่ละระยะ ให้การดูแลการเจ็บป่วยเป็นการตอบสนองตามสถานการณ์การเจ็บป่วยและดูแลเฉพาะราย มาเป็นการจัดการโรคที่มีการดูแลแบบบูรณาการ และต่อเนื่องเน้นการดูแลองค์รวมทั้งคน สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการจัดการดูแลได้ด้วยตนเอง^๕ อย่างไรก็ตาม ผลการทบทวนงานวิจัยในครั้งนี้ต่างจากการศึกษาอภิมาน ผลการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ วรพรรณ ชันติชัยธร ที่ศึกษาวิทยานิพนธ์และรายงานการวิจัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงระหว่างปี พ.ศ. 2523 ถึงปี พ.ศ. 2552 จำนวน 37 เรื่องพบว่า การปฏิบัติการพยาบาลที่นำมาศึกษามากที่สุดส่วนใหญ่เน้นโปรแกรมสุขศึกษา^๖

ในส่วนของรูปแบบการจัดการความดันโลหิตสูง โดยใช้การออกกำลังกายเป็นรูปแบบที่พบรองมา ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการออกกำลังกายมีผลต่อระบบหลอดเลือดและหัวใจช่วยลดแรงต้านทานหลอดเลือดส่วนปลายได้ ทั้งเป็นวิธีการที่ง่ายและประหยัดโดยเฉพาะการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การวิ่ง การเดินเหยาะ อีกทั้งการออกกำลังกายสามารถทำได้ทุกคน การออกกำลังกายแบบแอโรบิกเป็นการออกกำลังกายที่ใช้ออกซิเจนในการทำปฏิกิริยาของออกซิเจนกับไขมันเพื่อสร้างพลังงาน โดยการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อหัวใจพร้อมกันเป็นจังหวะอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีความหนักระดับปานกลาง นานครั้งละ 30-60 นาที อย่างสม่ำเสมอ 3-7 วันต่อสัปดาห์ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ที่ร้อยละ 40-70 ของการใช้ ออกซิเจนสูงสุดของร่างกาย ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจมีขนาดและความแข็งแรงเพิ่มขึ้น ผนังหัวใจห้องล่างหนา และหดตัวแรงขึ้น ทำให้หัวใจบีบตัวได้ดีขึ้นปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในแต่ละครั้งเพิ่มมากขึ้น ทำให้ช่วยป้องกันและลดความดันโลหิตลงได้^{๒, 10} สอดคล้องกับสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยเสนอว่า การออกกำลังกายแนะนำให้ประชาชนทุกคนไม่ว่าจะเป็นหรือ

ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เช่น ออกกำลังกายความหนักระดับปานกลางอย่างน้อยวันละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน โดยในแต่ละวันอาจแบ่งออกกำลังกายเป็นช่วงเวลาสั้นๆ ครั้งละ 10 นาที วันละ 3 ครั้ง หรือการออกกำลังกายแบบชี่กง (Qi gong) ไทเก๊ก (Tai chi) หรือโยคะเป็นทางเลือกในการแนะนำการออกกำลังกายแก่ผู้ป่วยที่พบว่า อาจสามารถลดระดับความดันโลหิต และสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ในผู้ป่วยเบาหวานได้เช่นกัน^๕ และการวิเคราะห์เมตาดาต้าในต่างประเทศที่พบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีระดับความหนักปานกลางสามารถลดระดับความดันโลหิตสูงลงได้ โดยเฉพาะเมื่อมีการออกกำลังกายที่ระยะเวลา มากกว่า 210 นาที¹¹

อย่างไรก็ตามในการทบทวนครั้งนี้พบว่า มีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับการรับประทานเกลือโซเดียมต่ำ เพียง 1 เรื่อง แต่สะท้อนให้เห็นว่า นักวิจัยในประเทศไทยได้ตระหนักถึงปัญหาที่นำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการโรคความดันโลหิตสูง โดยการรับประทานเกลือโซเดียมต่ำ เป็นวิธีการเบื้องต้นและเป็นวิธีการที่ง่ายที่สุดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเช่นเดียวกับการออกกำลังกาย เพื่อป้องกันและควบคุมระดับความดันโลหิตเพราะการรับประทานอาหารที่มีเกลือปริมาณสูงเป็นหนึ่งในความเสี่ยงด้านสุขภาพระดับโลกที่สำคัญโดยทำให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากกว่า 3 ล้านคน นอกจากเกลือทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงแล้วปริมาณเกลือที่สูงยังทำให้เกิดภาวะอาหาร มะเร็ง นิ้วในไต ไข้กระดูกพรุน โรคอ้วน และ ไต หัวใจและเส้นเลือด โดยในผู้ใหญ่ควรรับประทานเกลือโซเดียม 2,000 มิลลิกรัม น้อยกว่า 5 กรัมต่อวัน การลดเกลือในอาหารเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ¹² สอดคล้องกับอัจฉรา ภักดีพินิจศ กุลวรรณ แก้วกลั่น และสุภาพร พรหมจีน พบว่า การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารลดเค็ม การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ และการควบคุม น้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดความดันโลหิตสูงได้ โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่มีรสชาติเค็มเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อ



การเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งยังเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดและหัวใจ อย่างไรก็ตามในการศึกษาเกี่ยวกับการบริโภคเกลือพบว่า ในต่างประเทศมีการศึกษาจำนวนมากซึ่งสามารถนำมาสังเคราะห์และวิเคราะห์ได้¹ เช่น การศึกษาของ Claire Johnson et al. ที่สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบของการบริโภคโซเดียมจำนวน 213 เรื่องพบว่า การรับประทานเกลือมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งยังสัมพันธ์กับปัญหาทางสุขภาพอื่นๆ อีกหลายปัญหา ในจำนวนนั้นมีรายงานที่มีการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานเกลือกับเซลล์มะเร็งอีกด้วย¹³

2. ผลลัพธ์ของการจัดการความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาที่ปรากฏในงานวิจัยในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทยระหว่างปี 2549-2559

ผลลัพธ์การบำบัดที่พบว่า งานวิจัยทั้ง 17 เรื่องสามารถลดระดับความดันโลหิตสูงได้ แสดงให้เห็นว่าการจัดการความโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาทุกกิจกรรมสามารถนำมาใช้ในเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจากทุกงานวิจัยมีการทบทวนแนวคิดทุกงานวิจัยจึงทำให้ได้ผลลัพธ์ที่น่าเชื่อถือ อย่างไรก็ตามการนำข้อค้นพบที่ได้ไปใช้ในทางปฏิบัติต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆ เช่น ความสะดวกความคุ้มค่าต้นทุนในการนำไปใช้ความยากง่ายในการปฏิบัติรวมทั้งความสามารถของพยาบาลในการนำเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละประเภทไปใช้

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาส่วนใหญ่มีการวัดผลลัพธ์เพียงครั้งเดียว ซึ่งอาจทำให้ไม่เห็นประสิทธิผลของการบำบัดในระยะยาว จึงควรสนับสนุนให้มีการในระยะยาวมากขึ้นเพื่อช่วยสนับสนุนประสิทธิภาพของการบำบัด

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การวิจัยในครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2559 ถึงเดือน มกราคม 2560 จึงอาจทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่เป็นปัจจุบันของรูปแบบการ

จัดการความดันโลหิตสูง

2. การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษากลุ่มผู้ใหญ่เฉพาะในประเทศไทย ผลการวิจัยจึงไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มเด็ก วัยรุ่นและผู้สูงอายุได้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข จึงทำให้งานสำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. Who Health Organization Regional Office for South-East Asia. Hypertension: Fact Sheet [internet]. 2011 [cited 2016 Aug 20]. Available from: http://www.searo.who.int/entity/noncommunicable_diseases/media/non_communicable_diseases_hypertension_fs.pdf
2. National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure [internet]. 2003 [cited 2016 Aug 20]. Available from: <https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/jnc7full.pdf>
3. Institute of Medical Research and Technology Assessment. Literature Review: The current situation and care model of non-communicable diseases. [internet]. 2014 [cited 2016 Aug 20]. Available from: <http://203.157.39.7/imrta/images/doc20141107.pdf>. (in Thai).
4. Achara P, Sakonwan K, Supaporn P. The issue of campaign world hypertension day Year 2559. [internet]. 2016 [cited 2016 Aug 20]. Available from <http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/2559.pdf>. (in Thai).



5. Thai Hypertension Society. Thai guidelines on the treatment of hypertension 2012 Update 2015. [internet]. 2015 [cited 2016 Aug 20]. Available from: <http://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf> (in Thai).
6. Cook, D. J. & Haynes, R. B. Systematic Reviews: Synthesis of best evidence for clinical decisions. [internet]. 2007 [cited 2016 Aug 20]. Available from; http://www.vhpharmsci.com/decisionmaking/Therapeutic_Decision_Making/.pdf 2007
7. Siriwat W. Effects of self-management on health behaviors and blood pressure among hypertensive patients. [Master thesis]. Chiangmai: Chiangmai University. 2007 (in Thai).
8. Somkiat P. Disease management. [internet]. 2015 [cited 2016 Aug 20]. Available from http://www.thaincd.com/document/file/download/powerpoint/Disease_Management-210256.pdf. (in Thai).
9. Worawan K. Effect of nursing intervention on health outcomes of patients with hypertension disease: A Meta analysis. [Diserthetion thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University 2009. (in Thai).
10. American Colleague of Sprot Medicine. High-intensity interval training. [internet]. 2016 [cited 2016 Dec 20]. Available from: <https://www.acsm.org/docs/brochures/high-intensity-interval-training.pdf>
11. Veronique A. C, Neil A. S. Exercise training for blood pressure: A systematic reviews and mata-analysis. Journal of American heart association. internet]. 2013 [cited 2016 Jan 12]. Available :<http://doi:10.1161/JAHA.112.004473>
12. World Hypertension League. Did you knows? [internet]. 2015 [cited 2016 Dec 20]. Available from: <http://www.worldhypertensionleague.org/index.php>
13. Claire J, et al. The science of salt: A systematic review of clinical salt studies 2013 to 2014. The Journal of Clinical Hypertension. [internet]. 2015 [cited 2016 Jan 12]. Available: http://www.worldhypertensionleague.org/images/The_Science_Of_Salt_2014.pdf
14. Chaikul C. Effect of Self-management and family participation enchancing program on health behavior and blood pressure among elderly with hypertion. [Master thesis]. Songkla: Price of Songkla University, 2014. (in Thai).
15. Chumuang O, Panuthai S, Khampolsiri D. Effect of Norakaag Exercise on blood pressure among older persons with hypertension. Nursing Journal. 2013; 40(1):11-22.
16. Chaiyarit A, Jangsombatsiri W. Effects of walking with arm swing exercise at least 30 minutes a day on levels of blood pressure of hypertensive patients. Journal of Nursing and Health Care. 2015; 33(4): 112- 120. (in Thai).
17. Jullmusi O. Effect of Fawn Jerng Mor Chor exercise on blood pressure among elders with hypertension. [Master thesis]. Chang Mai: Chang Mai University, 2001. (in Thai).
18. Juttitree C. Effect of progressive muscle relaxation combine with providing nformation about stress and blood pressure on hypertensive Ederly Patients in Outpatient Departments. [Master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University, 2012. (in Thai).



19. Imoun S, Mitsungnern T, Techa-atik P. Effectiveness of a Praying Therapy for blood pressure control of hypertensive patients. *Journal of Nursing and Health Care*. 2015; 33(2): 44-53. (in Thai).
20. Kantamalee S. Effect of the Self-efficacy and Social support Enhancement Program on Exercise Behavior and Blood Pressure Among Hypertension Elderly. Chang Mai University, 2007. (in Thai).
21. Kawsakulthongs S. Effects of exercise program on weight training moderate to high blood pressure in middle aged women with stage 1 hypertension. [Master thesis]. Chang Mai: Chang Mai University, 2007. (in Thai).
22. Khampeng S, and Boonpradit A. The effects of using health promotion program and social support among people with hypertension in Donpud district, Saraburi Province, Thailand. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2012; 22(3): 112-123. (in Thai).
23. Kongiarean S. Effect of a self-regulation program for blood pressure control on self-regulation behaviors, blood pressure level and stroke risk among Thai Muslim people with hypertension. Thammat University, 2011. (in Thai).
24. Naewbood S. Effect of practicing SK2 healing meditation to blood level of essential hypertension patients. *Journal of Nursing and Health Science* 2015; 42(1): 49-60. (in Thai).
25. Petkaew P. The community health care program for controlling blood pressure among hypertension patients by Buddhism method: A Case study in Hua Chang Sub-District, Uthumphonphaisai district, Sisaket Province. [Master thesis]. Mahasarakham: Mahasarakham University, 2012. (in Thai).
26. Somwatee T. Effect of Thai Qigong meditation exercise on blood pressure of the elderly with hypertension. [Master thesis]. Chang Mai: Chang Mai University, 2007. (in Thai).
27. Theerapol C. The Effect of low-salt diet consumption promoting program on salt consumption behaviors of hypertensive patients. [Master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University, 2008. (in Thai).
28. Turongruang S. Effects of a self-efficacy promoting program on disease control behaviors and disease control among patients with uncontrolled hypertension. [Master thesis]. Pathum Thani: Thammasat University, 2012. (in Thai).
29. Wankham K. The effects of a self-management program on Hypertension-controlling behaviors, and mean arterial pressure among persons with hypertension. [Master thesis]. Pathum Thani: Thammasat University, 2012. (in Thai).
30. Wongputtakham S. Effects of self-management on health behaviors and blood pressure among hypertensive patients. [Master thesis]. Chang Mai: Chang Mai University, 2001. (in Thai).



โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของ พยาบาลวิชาชีพเจนเนอร์เรชั่นวาย โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ปราณี มีหาญพงษ์*

เนตรชนก ศรีทุมมา**

สุนิย์รัตน์ บุญศิลป์***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอร์เรชั่นวาย กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพเจนเนอร์เรชั่นวาย ที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจากโรงพยาบาลทั้ง 12 เขต จำนวน 46 แห่ง ประชากร จำนวน 3,052 คน มีกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 423 ราย เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะผู้นำให้บริการ แบบสอบถามบรรยากาศองค์กร แบบสอบถามความพึงพอใจในการทำงานและแบบสอบถามความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร มีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตร ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .98 .90 .92 และ .75 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลจากการกำหนดเป็นโมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น

ผลการวิจัย พบว่าความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอร์เรชั่นวายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.25, SD = .39$) ภาวะผู้นำให้บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีอิทธิพลทางตรงต่อบรรยากาศองค์กร ความพึงพอใจในการทำงานและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ($\beta = .44, \beta = .46, \beta = .22, p < .001$) ตามลำดับ ภาวะผู้นำให้บริการมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร โดยผ่านบรรยากาศองค์กร และความพึงพอใจในการทำงาน ($\beta = .12, \beta = .17, p < .001$) ตามลำดับ และบรรยากาศองค์กรมีอิทธิพลทางตรงต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ($\beta = .28, p < .001$) ความพึงพอใจในการทำงานมีอิทธิพลทางตรงต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ($\beta = .36, p < .001$) และโมเดลดังกล่าวสามารถอธิบายความแปรปรวนความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอร์เรชั่นวายที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ร้อยละ 51 จากผลการวิจัยนี้ ผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถพัฒนาความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอร์เรชั่นวายที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยใน โดยให้ความสำคัญกับการมีภาวะผู้นำให้บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วย ความพึงพอใจในการทำงาน และบรรยากาศองค์กร

คำสำคัญ: ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร; ภาวะผู้นำให้บริการ; บรรยากาศองค์กร; ความพึงพอใจในการทำงาน; พยาบาลวิชาชีพ เจนเนอร์เรชั่นวาย

*โรงพยาบาลสิงห์บุรี; บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน, e-mail: meehanpong@yahoo.com

**บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

*** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี



A Causal Model of Organizational Commitment Of Generation Y Professional Nurses in General Hospital under the Ministry of Public Health

Pranee Meehanpong*

Netchanok Sritoomma**

Suneerat Boonsin***

Abstract

The purpose of this descriptive correlational research was to identify and test a causal model of organizational commitment. From a population of 3,052, a sample of 423 generation Y nurses from forty six General hospitals in Thailand were selected. They were asked to answer five sets of questionnaires: 1) Personal Data Form, 2) Servant Leadership Questionnaire, 3) Organizational Climate Questionnaire, 4) Job Satisfaction Questionnaire, and 5) Organizational Commitment Questionnaire. Validity of the instruments was assessed using Cronbach's alpha criteria. The reliabilities of each questionnaire were .98 for Servant Leadership, .90 for Organizational Climate, .92 for Job Satisfaction, and 0.75 for Organizational Commitment. Data were analyzed using the statistical programs for Structural Equation Modeling: SEM.

The findings of this study revealed that the organizational commitment of Generation Y Professional Nurses was at the moderate level ($\bar{X}=3.25$, $SD=.39$). Servant leadership of head nurses had positive direct effects on organizational climate, job satisfaction and organizational commitment ($\beta=.44$, $\beta=.46$, $\beta=.22$, respectively, $p<.001$). Servant leadership of head nurses also had an indirect effect on organizational commitment through organizational climate ($\beta=0.12$, $p<.001$), and had an indirect effect on organizational commitment through job satisfaction ($\beta=0.17$, $p<.001$). Organizational climate had positive direct effects on organizational commitment ($\beta=.28$, $p<.001$). Job satisfaction also had positive direct effects on organizational commitment ($\beta=.36$, $p<.001$). The model accounted for 51 % of the variance in organizational commitment and a substantial proportion of the variance of the mediating variables. The findings of this research has furthered nursing management knowledge to enhance the organizational commitment of Generation Y Professional Nurses in General Hospitals under Ministry of Public Health. Nursing administrators should focus and encourage servant leadership of head nurses. In addition, the head nurses should develop an organizational climate in the nursing unit and enhance job satisfaction among Generation Y Professional Nurses as both variables affect the organizational commitment of Generation Y Professional Nurses.

Keywords: organizational commitment; servant leadership; organizational climate; job satisfaction; generation Y professional nurses

*Singburi Hospital; Christian University of Thailand, e-mail: meehanpong@yahoo.com

** Christian University of Thailand

*** Boromarajonani College of Nursing, Saraburi



ความเป็นมาและความสำคัญ

ในปัจจุบันองค์กรต่าง ๆ กำลังพบกับคนเจนเนอเรชั่นวาย (Generation Y) ที่เข้ามาเป็นสมาชิกในองค์กร องค์กรหลายแห่งเริ่มมีโครงสร้างของบุคลากรที่เปลี่ยนไป โดยคนเจนเนอเรชั่นวาย คือ คนที่มีอายุระหว่าง 21-33 ปี มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ประมาณร้อยละ 20-30 และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้น¹ จากข้อมูลของกลุ่มงานอัตรากำลัง กระทรวงสาธารณสุข² พบว่าโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ (ไม่นับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) จำนวน 868 แห่งมีพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 64,780 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นวาย 18,835 คน คิดเป็นร้อยละ 29.08 ซึ่งคนเจนเนอเรชั่นวายเป็นกำลังสำคัญเพราะเป็นช่วงวัยที่เข้าสู่การปฏิบัติงานใหม่และจะเป็นกำลังสำคัญหลักขององค์กรในอนาคต จากสถานการณ์ด้านกำลังคนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย³ พบว่ามีการลาออกไอน์ย้ายสูงขึ้นเรื่อย ๆ และอายุเฉลี่ยของผู้ที่ลาออกจากราชการมีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ คือ ลาออกในช่วงอายุ 25-29 ปี ร้อยละ 13.2 ซึ่งเป็นการทำงานเพียง 2-7 ปี และมีแนวโน้มการลาออกในผู้ที่มิระยะเวลาการทำงานลดลงเป็น 1-5 ปี⁴ ซึ่งพยาบาลที่ลาออกมากที่สุดก็คือพยาบาลที่จบใหม่หรือพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นยายนั่นเอง

คนเจนเนอเรชั่นวาย คือ คนที่เกิดในช่วงปี ค.ศ.1980-2000 (พ.ศ.2524-2543) หรืออายุอยู่ในช่วง 20-36 ปี⁵ ซึ่งเป็นยุคสังคมดิจิทัลบุคลิกลักษณะโลกทัศน์ของบุคคลกลุ่มนี้ มีความพิเศษตรงที่เป็นผู้เชี่ยวชาญและเรียนรู้เทคโนโลยีได้อย่างรวดเร็ว ใช้ชีวิตส่วนใหญ่ในโลกออนไลน์ มีความเป็นตัวของตัวเองสูงมีอิสระเสรีในการสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศ มีความทะเยอทะยานสูง ไม่อดทน มีความคิดนอกกรอบ⁶ ความจงรักภักดีกับองค์กรต่ำคนเจนเนอเรชั่นวายเลือกทำงานไม่ใช้องค์กรหรือบริษัท มักจะมององค์กรเป็นเพียงสะพานเชื่อมเขาไปสู่เป้าหมายทางอาชีพที่ตั้งไว้ นั้นจึงทำให้อัตราการลาออกของคนเจนเนอเรชั่นวายในองค์กรหรือบริษัทต่าง ๆ มีสูงมาก เมื่อเทียบกับคนเจนเนอเรชั่น (Generation) อื่น ๆ¹

ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้บุคลากรอยู่และทำงานกับองค์กรอย่างต่อเนื่อง

ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรเป็นลักษณะบุคคลที่มีการยอมรับเป้าหมายและค่านิยมขององค์กรมีความเต็มใจที่จะทำประโยชน์ให้กับองค์กรและมีความปรารถนาที่จะรักษาการเป็นสมาชิกขององค์กรไว้ บุคลากรที่ยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรจะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในงาน มีส่วนร่วมในการทำงาน พยายามที่จะทำงานให้ดีที่สุด มีจิตใจที่ต้องการเห็นความก้าวหน้าขององค์กร⁷ เมื่อบุคลากรเกิดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรแล้ว ทำให้เกิดความรูสึกไม่อยากจะจากองค์กรไป⁸ ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุน ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นวายให้เกิดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร เพื่อจะได้ใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มศักยภาพอยู่ทำงานกับองค์กร เพื่อเป็นกำลังสำคัญให้กับวิชาชีพพยาบาลและเติบโตไปเป็นผู้บริหารที่มีประสิทธิภาพขององค์กรในอนาคต

แนวคิดภาวะผู้นำใฝ่บริการเป็นแนวคิดที่แสดงถึงคุณลักษณะการเป็นผู้ให้บริการผู้อื่น เพื่อตอบสนองความต้องการของเขา และให้ผู้อื่นปฏิบัติตามโดยใช้อำนาจทางจริยธรรม การรับฟังและเข้าใจผู้อื่น การโน้มน้าวใจ มากกว่าการใช้อำนาจทางตำแหน่งบังคับ การร่วมแบ่งปันภาวะผู้นำ การสร้างชุมชนและการทำงานเป็นทีม รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรของตนให้เจริญเติบโต ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้เป็นพื้นฐานของการทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดูแลเอาใจใส่เพื่อนร่วมงาน และการมุ่งพัฒนาให้เพื่อนร่วมงานมีความเจริญงอกงาม ซึ่งทำให้ทุกคนในทีมมีศักยภาพและจะทำให้องค์กรมีผลการดำเนินงานที่ดีได้⁹

บรรยากาศขององค์กรเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการยึดมั่นผูกพันกับองค์กร องค์กรไหนหากมีสภาพแวดล้อมภายในองค์กรซึ่งสมาชิกภายในองค์กรสามารถเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โครงสร้างทางกายภาพและการบริหารงานที่เหมาะสม การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน บุคลากรพยาบาลมีความรับผิดชอบ ทุกคนได้รับการยอมรับ การสนับสนุน และเกิดความความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร จะส่งผลผลการปฏิบัติงานที่ดี การที่จะรักษาบุคลากรให้คงอยู่กับองค์กรได้นั้น ผู้บริหารต้องเริ่มตั้งแต่การมองความต้องการพื้นฐานและการตอบสนองให้เกิดความพึงพอใจ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเงินเดือน



สวัสดิการต่าง ๆ ที่จำเป็นและเมื่อบุคลากรเกิดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรแล้ว ทำให้เกิดความรู้สึกไม่อยากจะจากองค์กรไป⁸

จากความสำคัญข้างต้นจะเห็นว่าการจะทำให้พยาบาลวิชาชีพเจนเนอร์เรชั่นวายมีความยึดมั่นผูกพันในองค์กรวิชาชีพ ผู้บริหารควรมีภาวะผู้นำให้บริการที่รับฟัง เข้าใจและส่งเสริมให้บุคลากรในสังกัดมีความเจริญก้าวหน้า รวมทั้งการสร้างให้เกิดบรรยากาศในการทำงานที่เป็นมิตร สนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และถึงแม้ว่าจะมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความยึดมั่นผูกพันในองค์กรพยาบาลทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยบ้างแล้ว แต่เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ และการทำนายปัจจัยการคงอยู่ของพยาบาล ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความยึดมั่นผูกพันของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอร์เรชั่นวาย ในองค์กรพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของส่งผลความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ เจนเนอร์เรชั่นวาย โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะเป็แนวทางในการสร้างความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพ เจนเนอร์เรชั่นวาย ให้คงอยู่ในองค์กร เกิดผลการปฏิบัติงานที่ดี และส่งผลต่อผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล

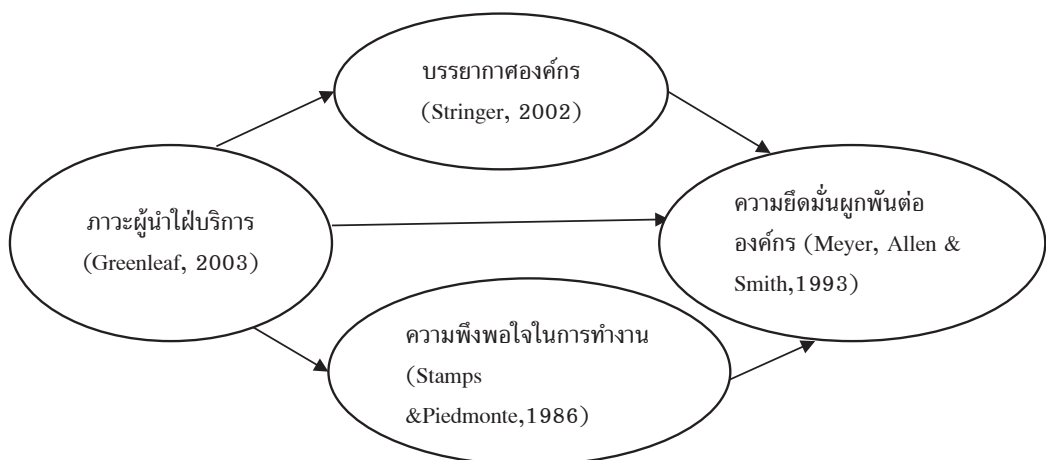
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำให้บริการ บรรยากาศองค์กร ความพึงพอใจในการทำงานกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอร์เรชั่นวาย โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2. เพื่อสร้างโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้แก่ภาวะผู้นำให้บริการ บรรยากาศองค์กร ความพึงพอใจในการทำงานที่มีอิทธิพลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ เจนเนอร์เรชั่นวาย โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยตามแผนภูมิที่ 1 สันเคราะห์ขึ้นจากงานวิจัยและทฤษฎีภาวะผู้นำให้บริการของกรีนสปี¹⁰ ทฤษฎีบรรยากาศองค์กรของสตริงเจอร์¹¹ ทฤษฎีความพึงพอใจในการทำงานของสแตมป์และพีดมอนต์¹² และทฤษฎีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของ เมเยอร์และคณะ¹³ เพื่อสร้างรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างชุดตัวแปรที่ประกอบด้วยภาวะผู้นำให้บริการ บรรยากาศองค์กร ความพึงพอใจในการทำงานกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ เจนเนอร์เรชั่นวาย มาพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Structural Equation Model: SEM) เพื่อเป็นกรอบแนวคิดของการศึกษาครั้งนี้



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดเชิงสมมุติฐานของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของภาวะผู้นำให้บริการ บรรยากาศองค์กร ความพึงพอใจในการทำงานกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอร์เรชั่นวาย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาหาความสัมพันธ์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research) ในลักษณะของการศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Structural Equation Model) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างภาวะผู้นำให้บริการ บรรยากาศองค์กร ความพึงพอใจในการทำงานกับความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวาย ในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวาย ที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 46 แห่ง ประชากร จำนวน 3,052 คน มีกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 423 ราย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการสร้างโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุจำนวนกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็น 1: 10-30 เท่าของจำนวนเส้นทางหรืออย่างน้อย 200 คน¹⁴ ซึ่งในงานวิจัยนี้มีทั้งหมด 29 เส้นทาง ถ้าคำนวณกลุ่มตัวอย่างประมาณ 14 เท่าของเส้นทาง คิดเป็นกลุ่มตัวอย่าง 406 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 10¹⁵ เพื่อป้องกันการสูญหายและความไม่ครบถ้วนของข้อมูล รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 446 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi stage sampling) โดยจำแนกโรงพยาบาลทั่วไปออกเป็น 12 เขตตามการแบ่งเขตของกระทรวงสาธารณสุข มีทั้งหมด 83 โรงพยาบาล¹⁶ ในแต่ละเขตมีจำนวนโรงพยาบาลตั้งแต่ 2-5 โรงพยาบาล สุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลทั่วไป ในแต่ละเขตโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยนำรายชื่อโรงพยาบาลทั้งหมดของแต่ละเขตมาจับฉลากแบบไม่แทนที่ ใช้อัตราส่วน 1:2 ในกรณีที่เขตใด มีจำนวนโรงพยาบาลมากกว่า 2 แห่ง จะสุ่มมา 2 โรงพยาบาล ดังนั้นจะได้จำนวนโรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมด 25 แห่ง คำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวนพยาบาลวิชาชีพในแต่ละโรงพยาบาล เลือกหอผู้ป่วยแต่ละแผนกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยการจับฉลากรายชื่อพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่เกิดในช่วงปี

ค.ศ. 1980-2000 (พ.ศ.2524-2543) หรืออายุอยู่ในช่วง 20-36 ปี สังกัดกลุ่มการพยาบาล ตามสัดส่วนของจำนวนประชากรให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการ และได้ดำเนินการโทรศัพท์ติดตามไปยังโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะ เพื่อให้ได้จำนวนตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 5 ชุด

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่ง การศึกษา และหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดเติมคำในช่องว่างและแบบตรวจสอบรายการ (Checklist)

2. แบบสอบถามความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์กรตามแนวคิดของเมเยอร์ อลันและสมิธ¹³ โดยปรับใช้แบบสอบถามของปราณี มีหาญพงษ์¹⁷ จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านความยืดหยุ่นผูกพันด้านจิตใจ ด้านความยืดหยุ่นผูกพันด้านการคงอยู่ และด้านความยืดหยุ่นผูกพันด้านบรรทัดฐาน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .73 ลักษณะคำถามให้เลือกตอบ 5 ระดับตามแบบของ Likert Scale ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด (5) เห็นด้วยมาก (4) เห็นด้วยปานกลาง (3) ไม่เห็นด้วย (2) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)

3. แบบสอบถามภาวะผู้นำให้บริการตามแนวคิดของกรีนลีฟ¹⁰ โดยปรับใช้แบบสอบถามของณัฏฐาภรณ์ เทโหปการ¹⁸ จำนวน 37 ข้อ ได้รับอนุญาตจากเจ้าของแบบสอบถามแล้ว ประกอบด้วย 10 ด้าน คือ ด้านการมีทักษะในการรับฟัง ด้านการการมีความรู้สึกร่วม ด้านการเป็นผู้เอื้อยว้า ด้านการตระหนักรู้ ด้านการโน้มน้าว ด้านการสร้างกระบวนการทัศน์ ด้านการมองการณ์ไกล ด้านการเป็นผู้ดูแล ด้านการการอุทิศต่อความเจริญเติบโตของบุคคล และด้านการสร้างกลุ่ม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .96 ลักษณะคำถามให้เลือกตอบ 5 ระดับ ตามแบบของ Likert Scale ตั้งแต่เห็นด้วย



มากที่สุด (5) เห็นด้วยมาก (4) เห็นด้วยปานกลาง (3) ไม่เห็นด้วย (2) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)

4. แบบสอบถามบรรยากาศองค์กรตามแนวคิดของสตรีงเจอร์¹¹ โดยปรับใช้แบบสอบถามของเนาวรัตน์ เจริญสุข¹⁹ จำนวน 20 ข้อ ได้รับอนุญาตจากเจ้าของแบบสอบถามแล้ว ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านโครงสร้างองค์กร ด้านความรับผิดชอบขององค์กร ด้านการยอมรับจากองค์กร ด้านการสนับสนุนจากองค์กรและด้านมาตรฐานการปฏิบัติงาน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .80 ลักษณะคำถามให้เลือกตอบ 5 ระดับ ตามแบบของ Likert Scale ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด (5) เห็นด้วยมาก (4) เห็นด้วยปานกลาง (3) ไม่เห็นด้วย (2) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)

5. แบบสอบถามความพึงพอใจในการทำงานตามแนวคิดของสแตมป์และพิตมอนตี¹² โดยปรับใช้แบบสอบถามของจิราภรณ์ รวีพิสุทธิ²⁰ จำนวน 33 ข้อ ได้รับอนุญาตจากเจ้าของแบบสอบถามแล้ว ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ด้านรายได้และผลประโยชน์ตอบแทน ด้านความมีอิสระในการทำงาน ด้านเงื่อนไขของการทำงาน ด้านนโยบายขององค์กร ด้านสถานภาพของวิชาชีพและด้านปฏิสัมพันธ์กับความผู้ร่วมงานมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .95 ลักษณะคำถามให้เลือกตอบ 5 ระดับ ตามแบบของ Likert Scale ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด (5) เห็นด้วยมาก (4) เห็นด้วยปานกลาง (3) ไม่เห็นด้วย (2) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไปในโรงทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุขแห่งหนึ่ง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน แบบสอบถามภาวะผู้นำเฝ้าบริการ แบบสอบถามบรรยากาศองค์กร แบบสอบถามความพึงพอใจในการทำงานและแบบสอบถามความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .98 .90 .92 และ .75 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 25 แห่ง พร้อมทั้งแนบเอกสารการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยติดต่อผู้ช่วยวิจัยที่เป็นหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย กลุ่มตัวอย่างและวิธีเก็บข้อมูลการวิจัย โดยให้ส่งแบบสอบถามใส่ซองปิดผนึกกลับคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ และให้ส่งแบบสอบถามกลับคืนผู้วิจัยภายใน 2 สัปดาห์ ซึ่งผู้ช่วยวิจัยจะเก็บข้อมูลด้วยตนเอง พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของแบบสอบถามและวิธีการตอบแบบสอบถาม รวมทั้งขอความยินยอมของพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความอนุเคราะห์ให้ส่งแบบสอบถามกลับคืนผู้วิจัยภายใน 2 สัปดาห์ โดยเริ่มส่งแบบสอบถามในเดือนตุลาคม 2559 และได้รับแบบสอบถามกลับคืนครบทุกโรงพยาบาลในเดือนมกราคม 2560 รวมทั้งสิ้น 423 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 94.84

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสิงห์บุรี นอกจากนี้ต้องผ่านการรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลอื่นๆ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยรักษาความลับของการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยและเอกสารชี้แจงการตอบแบบสอบถามจากนั้นใส่ซองให้ผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละคนเท่านั้น หลังตอบแบบสอบถามเสร็จให้ผู้ตอบแบบสอบถามปิดผนึกซองส่งให้กับผู้ช่วยวิจัยเพื่อส่งแบบสอบถามกลับคืนให้ผู้วิจัย ซึ่งจะไม่มีการผ่านแบบสอบถามไปยังหน่วยงานใด ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามไว้เป็นความลับ อยู่ในที่ปลอดภัยและทำลายทิ้งเมื่อสิ้นสุดการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผลทั้งหมดในภาพรวมในลักษณะที่ไม่สามารถเชื่อมโยงถึงตัวบุคคลใดบุคคลหนึ่งหน่วยงาน หรือองค์กรใดองค์กรหนึ่ง



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น เพื่อทราบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและพรรณนาระดับของตัวแปรแต่ละตัวในกรอบแนวคิดการวิจัยที่สร้างขึ้น โดยใช้สถิติพรรณนาหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตลอดจนวิเคราะห์ลักษณะการแจกแจงของข้อมูล โดยพิจารณาการแจกแจงแบบปกติของข้อมูลก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น ซึ่งค่าความเบ้ (Skewness) ค่าความโด่ง (Kurtosis) อยู่ระหว่าง -3.0 ถึง $+3.0$ ทุกตัวแปรแสดงถึงการกระจายของข้อมูลเป็นแบบปกติ²¹

2. วิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างตัวแปร วิเคราะห์ความสอดคล้องโมเดลการวัดและโมเดลสมการเชิงโครงสร้าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป AMOS โดยพิจารณาความสอดคล้องของโมเดล จากน้ำหนักตัวแปร (Factor loading) อยู่ระหว่าง $0.3-1.0$ และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) ของตัวแปรสังเกตได้ ค่าสถิติทดสอบนัยสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ($p>.05$) ไคสแควร์สัมพัทธ์ (CMIN/DF <3) ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (GFI $>.90$) ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้ (AGFI $>.90$) ค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของการประมาณค่าความคลาดเคลื่อน (RMSEA อยู่ระหว่าง $.03-.08$) ค่าดัชนีวัดความสอดคล้องของทักเกอร์และเลวิส (TLI $>.90$) และค่าดัชนีวัดความสอดคล้องเปรียบเทียบ (CFI $>.90$)^{14,21}

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 94.80 มีอายุอยู่ในช่วง 2-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 72.10 ($\bar{X}=28.5$, $SD=4.14$) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 87.00 สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 60.30 มีประสบการณ์การทำงาน คิดเป็นร้อยละ 61.90 ($\bar{X}=5.55$, $SD=3.94$) มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 97.20 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 28.10

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ระดับภาวะผู้นำใฝ่บริการ บรรยาการองค์กร ความพึงพอใจในการทำงานและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นวาย ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข



ตารางที่ 1 ระดับ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการแปลผลของความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ภาวะผู้นำให้บริการ บรรยากาศองค์กร และความพึงพอใจในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ เจนเนอรัลในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร	3.25	.39	ระดับปานกลาง
ความยึดมั่นผูกพันด้านการคงอยู่	2.99	.50	ระดับปานกลาง
ความยึดมั่นผูกพันด้านบรรทัดฐาน	3.14	.71	ระดับปานกลาง
ความยึดมั่นผูกพันด้านจิตใจ	3.69	.66	ระดับมาก
ภาวะผู้นำให้บริการ	3.82	.65	ระดับมาก
การโน้มน้าว	3.72	.76	ระดับมาก
การสร้างกลุ่ม	3.74	.84	ระดับมาก
การมีทักษะในการฟัง	3.76	.71	ระดับมาก
การสร้างกระบวนการทัศน์	3.77	.74	ระดับมาก
การเป็นผู้เชี่ยวชาญ	3.81	.76	ระดับมาก
การมองการณ์ไกล	3.82	.67	ระดับมาก
การมีความรู้ลึกกว้าง	3.83	.68	ระดับมาก
การตระหนักรู้	3.88	.71	ระดับมาก
การอุทิศต่อความเจริญเติบโตของบุคคล	3.90	.70	ระดับมาก
การเป็นผู้ดูแล	3.91	.72	ระดับมาก
บรรยากาศองค์กร	3.50	.56	ระดับมาก
โครงสร้างองค์กร	3.27	.46	ระดับมาก
การยอมรับจากองค์กร	3.38	.76	ระดับมาก
ความรับผิดชอบขององค์กร	3.55	.64	ระดับมาก
มาตรฐานการปฏิบัติงาน	3.65	.72	ระดับมาก
การสนับสนุนจากองค์กร	3.72	.68	ระดับมาก
ความพึงพอใจในการทำงาน	3.47	.51	ระดับมาก
รายได้และผลประโยชน์ตอบแทน	2.44	.88	ระดับปานกลาง
นโยบายองค์กร	3.41	.67	ระดับมาก
ความเป็นอิสระในการทำงาน	3.66	.72	ระดับมาก
เงื่อนไขของการทำงาน	3.70	.59	ระดับมาก
สถานภาพของวิชาชีพ	3.74	.58	ระดับมาก
การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน	3.88	.66	ระดับมาก



จากตารางที่ 1 พบว่าตัวแปรส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยภาวะผู้นำให้บริการมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}=3.82$, $SD=.65$) ขณะที่ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X}=3.25$, $SD=.39$) เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบของแต่ละตัวแปรพบว่าภาวะผู้นำให้บริการ ด้านการเป็นผู้ดูแลอยู่ในระดับมากที่สุดซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=3.91$, $SD=.72$) บรรยากาศองค์กรทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยบรรยากาศองค์กร

ด้านการสนับสนุนจากองค์กร มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=3.72$, $SD=.68$) มีความพึงพอใจในการทำงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ซึ่งด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=3.88$, $SD=.66$) และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยความยึดมั่นผูกพันด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ยสูง ($\bar{X}=3.69$, $SD=.66$)

ตารางที่ 2 เมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

	ภาวะผู้นำ ให้บริการ	บรรยากาศ องค์กร	ความพึงพอใจ ในการทำงาน	ความยึดมั่นผูกพัน ต่อองค์กร
ภาวะผู้นำให้บริการ	1.000			
บรรยากาศองค์กร	.388 **	1.000		
ความพึงพอใจในการทำงาน	.408 **	.631 **	1.000	
ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร	.388 **	.379 **	.393 **	1.000

** $p<.001$

จากตารางที่ 2 แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา เมื่อพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยการวัดความสัมพันธ์แบบสหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่าตัวแปรทุกคู่ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์โมเดลสมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Model)

1.1 การวิเคราะห์โมเดลการวัดสำหรับตัวแปรแฝงทั้งหมด 4 ตัวแปร ภาวะผู้นำให้บริการ บรรยากาศองค์กร ความพึงพอใจในการทำงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอร์เรชั่นวาย มีผลการวิเคราะห์ดังนี้

1.1.1 ผลการวิเคราะห์โมเดลการวัดของภาวะผู้นำให้บริการพบว่ามีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ประเมินความสอดคล้อง โดย

ค่าสถิติหลังปรับรูปแบบค่า χ^2 เท่ากับ 72.328, df เท่ากับ 21 ค่า p -value เท่ากับ .00 ไคสแควร์สัมพันธ์ (CMIN/DF) เท่ากับ 3.316 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (GFI) เท่ากับ .965 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้ (AGFI) เท่ากับ .922 ค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของการประมาณค่าความคลาดเคลื่อน (RMSEA) เท่ากับ .079 ค่าดัชนีวัดความสอดคล้องของทักเกอร์และเลวิส (TLI) เท่ากับ .978 ค่าดัชนีวัดความสอดคล้องเปรียบเทียบ (CFI) เท่ากับ .978 เมื่อพิจารณาน้ำหนักปัจจัย (Factor loading) และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) ของตัวแปรสังเกตได้ปรากฏว่า ตัวแปรสังเกตได้มีค่าน้ำหนักปัจจัยอยู่ระหว่าง .83-.91 ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์อยู่ระหว่าง .69-.98 แสดงว่าตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 9 ตัวแปรสามารถเป็นตัวแทนของปัจจัยภาวะผู้นำให้บริการได้ และตัวแปรสังเกตได้ที่เป็นตัวแทนของปัจจัย



ภาวะผู้นำใฝ่บริการได้มากที่สุดคือ การตระหนักรู้ มีค่า น้ำหนักปัจจัยเท่ากับ .91 สามารถพยากรณ์ภาวะผู้นำใฝ่บริการได้มากที่สุดร้อยละ 98

1.1.2 ผลการวิเคราะห์โมเดลการวัดของความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร พบว่ามีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ประเมินความสอดคล้อง โดยค่าสถิติหลังปรับรูปแบบค่า χ^2 เท่ากับ .00, df เท่ากับ 0 เป็นโมเดลระบุพอดี (Just-identified model) ซึ่งถือว่าเป็นโมเดลเต็มรูปแบบ (Saturated model) นั้นเองค่า p-value เท่ากับ .00 ไคสแควร์สัมพันธ์ (CMIN/DF) เท่ากับ -ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (GFI) เท่ากับ .996 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้ (AGFI) เท่ากับ .922 ค่าดัชนีรากของ ค่าเฉลี่ยกำลังสองของการประมาณค่าความคลาดเคลื่อน (RMSEA) เท่ากับ .385 ค่าดัชนีวัดความสอดคล้อง ของทักเกอร์และเลวิส (TLI) เท่ากับ .978 ค่าดัชนี วัดความสอดคล้องเปรียบเทียบ (CFI) เท่ากับ 1.00 เมื่อพิจารณาน้ำหนักปัจจัยและค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) ของตัวแปรสังเกตได้ ปรากฏว่า ตัวแปรสังเกตได้มีค่าน้ำหนักปัจจัยอยู่ระหว่าง .60-.62 ค่าสัมประสิทธิ์ การพยากรณ์ อยู่ระหว่าง .37-.38 แสดงว่าตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 2 ตัวแปรสามารถเป็นตัวแทนของปัจจัยความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ได้ และตัวแปรสังเกตได้ที่เป็นตัวแทนของปัจจัยภาวะความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ได้มากที่สุดคือ ความยึดมั่นผูกพันด้านบรรทัดฐาน มีค่าน้ำหนักปัจจัยเท่ากับ .62 สามารถพยากรณ์ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ได้มากที่สุดร้อยละ 38

1.1.3 ผลการวิเคราะห์โมเดลการวัดของบรรยากาศองค์กรพบว่ามีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ประเมินความสอดคล้อง โดยค่าสถิติหลังปรับรูปแบบค่า χ^2 เท่ากับ 10.297, df เท่ากับ 4 ค่า p-value เท่ากับ 10.297 ไคสแควร์สัมพันธ์ (CMIN/DF) เท่ากับ 2.574 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (GFI) เท่ากับ .990 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้ (AGFI) เท่ากับ .964 ค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของการประมาณค่า

ความคลาดเคลื่อน (RMSEA) เท่ากับ .061 ค่าดัชนีวัดความสอดคล้องของทักเกอร์และเลวิส (TLI) เท่ากับ .988 ค่าดัชนีวัดความสอดคล้องเปรียบเทียบ (CFI) เท่ากับ .995 เมื่อพิจารณาน้ำหนักปัจจัยและค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) ของตัวแปรสังเกตได้ปรากฏว่า ตัวแปรสังเกตได้มีค่าน้ำหนักปัจจัยอยู่ระหว่าง .72-.89 ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ อยู่ระหว่าง .45-.8 แสดงว่าตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 5 ตัวแปรสามารถเป็นตัวแทนของปัจจัยบรรยากาศองค์กรได้ และตัวแปรสังเกตได้ที่เป็นตัวแทนของปัจจัยบรรยากาศองค์กร ได้มากที่สุดคือ ตัวแปรความรับผิดชอบขององค์กร มีค่าน้ำหนักปัจจัยเท่ากับ .89 สามารถพยากรณ์บรรยากาศองค์กร ได้มากที่สุดร้อยละ 80

1.1.4 ผลการวิเคราะห์โมเดลการวัดของความพึงพอใจในการทำงาน พบว่ามีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ประเมินความสอดคล้อง โดยค่าสถิติหลังปรับรูปแบบค่า χ^2 เท่ากับ 10.297, df เท่ากับ 5 ค่า p-value เท่ากับ .092 ไคสแควร์สัมพันธ์ (CMIN/DF) เท่ากับ 2.000 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (GFI) เท่ากับ .972 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้ (AGFI) เท่ากับ .971 ค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของการประมาณค่าความคลาดเคลื่อน (RMSEA) เท่ากับ .049 ค่าดัชนีวัดความสอดคล้องของทักเกอร์และเลวิส (TLI) เท่ากับ .993 ค่าดัชนีวัดความสอดคล้องเปรียบเทียบ (CFI) เท่ากับ .997 เมื่อพิจารณาน้ำหนักปัจจัย (Factor loading) และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) ของตัวแปรสังเกตได้ ปรากฏว่า ตัวแปรสังเกตได้มีค่าน้ำหนักปัจจัยอยู่ระหว่าง .60-.86 ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ อยู่ระหว่าง .36-.75 แสดงว่าตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 5 ตัวแปรสามารถเป็นตัวแทนของปัจจัยความพึงพอใจในการทำงาน ได้ และตัวแปรสังเกตได้ที่เป็นตัวแทนของปัจจัยความพึงพอใจในการทำงาน ได้มากที่สุดคือ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน มีค่าน้ำหนักของปัจจัยเท่ากับ .86 มีสามารถพยากรณ์ความพึงพอใจในการทำงาน ได้มากที่สุดร้อยละ 73



1.2 ผลการวิเคราะห์โมเดลสมการเชิงโครงสร้าง

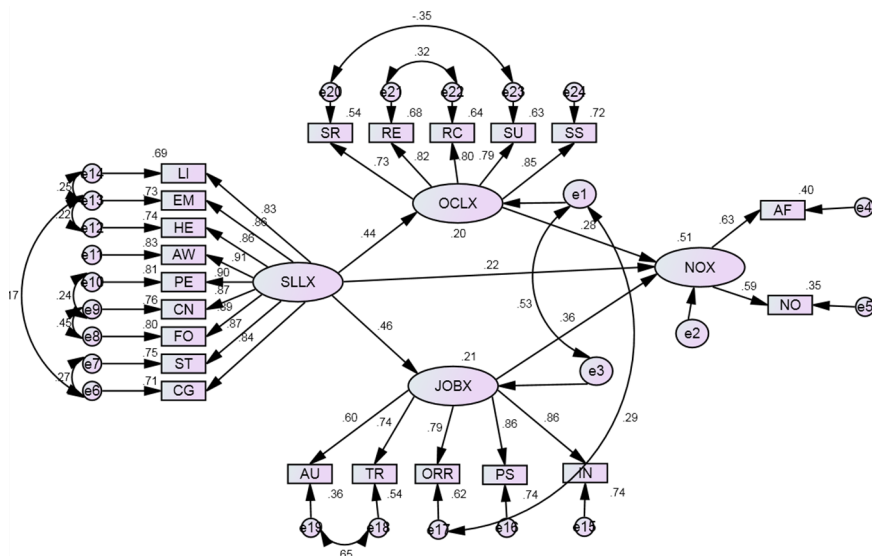
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าสถิติของโมเดลสมการเชิงโครงสร้าง

ดัชนีความสอดคล้อง	ค่าสถิติ
Chi-square (χ^2)	356.346
Degree of freedom (df)	173
Probability level (P-value)	.000*
χ^2 /degrees of freedom (CMIN/DF)	2.060*
Goodness of Fit Index (GFI)	.927*
Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)	.902*
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	.050*
The Tucker Lewis Index (TLI)	.971*
Comparative Fit Index (CFI)	.976*

ค่าสถิติเป็นไปตามเกณฑ์

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์พบว่า หลังจากปรับรูปแบบโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ค่าสถิติหลังปรับรูปแบบเป็นไปตามเกณฑ์วัดความสอดคล้องทุกค่า กล่าวคือ χ^2 เท่ากับ 356.346, df เท่ากับ 173, n เท่ากับ 423, P-value เท่ากับ .000 ค่า

CMIN/DF เท่ากับ 2.060 ค่า GFI เท่ากับ .927 ค่า AGFI เท่ากับ .902 ค่า RMSEA เท่ากับ .050 ค่า TLI เท่ากับ .971 และ CFI เท่ากับ .976 ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุความยืดหยุ่นผู้พันต้องค์กรของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอร์เรชั่นวายจากการตรวจสอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์



จากแผนภูมิที่ 1 พบว่า ภาวะผู้นำให้บริการ มีอิทธิพลทางตรงกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ .22 และภาวะผู้นำให้บริการมีอิทธิพลทางตรงกับบรรยากาศสององค์กร ค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ .44 และภาวะผู้นำให้บริการ มีอิทธิพลทางตรงความพึงพอใจในการทำงาน ค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ .46 นอกจากนี้ภาวะผู้นำให้บริการยังมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร โดยผ่านบรรยากาศสององค์กร มีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ .12 และภาวะผู้นำให้บริการ ยังมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร โดยผ่านความ

พึงพอใจในการทำงาน มีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ .17 รวมถึงบรรยากาศสององค์กร มีอิทธิพลทางตรงต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ .28 และความพึงพอใจในการทำงาน มีอิทธิพลทางตรงต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ .36 ซึ่งผลการศึกษาในโมเดล ตัวแปรทุกตัวสามารถพยากรณ์ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ได้ร้อยละ 51 และตัวแปรภาวะผู้นำให้บริการสามารถพยากรณ์บรรยากาศสององค์กร ได้ร้อยละ 20 อีกทั้งภาวะผู้นำให้บริการ สามารถพยากรณ์ความพึงพอใจในการทำงาน ได้ร้อยละ 21

ตารางที่ 4 ค่าสถิติเปรียบเทียบอิทธิพลระหว่างตัวแปรในโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอร์แนลในหอผู้ป่วย

ตัวแปร	อิทธิพลทางตรง	อิทธิพลทางอ้อม	อิทธิพลรวม
SLLX --> NOX	.22	-	.22
SLLX -->OCLX --> NOX	-	.12	.12
SLLX -->JOBX --> NOX	-	.17	.17
SLLX ----> OCLX	.44	-	.44
SLLX ----> JOBX	.46	-	.46
OCLX ----> NOX	.28	-	.28
JOBX ----> NOX	.36	-	.36

จากตารางที่ 4 พบว่า ภาวะผู้นำให้บริการ (SLLX) มีอิทธิพลทางตรงต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร (NOX) มีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ .22 และภาวะผู้นำให้บริการ (SLLX) มีอิทธิพลทางอ้อมต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร (NOX) โดยผ่านความพึงพอใจในการทำงาน (JOBX) เท่ากับ .17 และโดยผ่านบรรยากาศสององค์กร (OCLX) มีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง เท่ากับ .12 และพบว่า ภาวะผู้นำให้บริการ (SLLX) มีอิทธิพลทางตรงต่อความพึงพอใจในการทำงาน (JOBX)

มีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางสูงที่สุด เท่ากับ .46 นอกจากนี้ภาวะผู้นำให้บริการ (SLLX) มีอิทธิพลทางตรงต่อบรรยากาศสององค์กร (OCLX) มีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ .44 รวมถึงความพึงพอใจในการทำงาน (JOBX) มีอิทธิพลทางตรงต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร (NOX) มีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ .36 และบรรยากาศสององค์กร (OCLX) มีอิทธิพลทางตรงต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร (NOX) มีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ .28



สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

ผลการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างเชิงเส้นสามารถตอบสมมติฐานและอภิปรายได้ดังนี้

จากการวิเคราะห์ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.25$, $SD=.39$) เนื่องจากคนเจนเนอเรชั่นวาย เป็นคนที่มั่นใจในตัวเองสูงต้องการรายได้สูงต้องการความก้าวหน้าเร็วไม่ชอบการผูกมัดรักอิสระ²¹ และมีความจงรักภักดีต่อองค์กรต่ำ มักมององค์กรเป็นสะพานเชื่อมไปสู่เป้าหมายที่ใฝ่หวังไว้ กลุ่มคนเหล่านี้จะมุ่งมั่นทำงานโดยไม่ยึดติดหรือผูกพันกับองค์กร ดังนั้นจึงทำให้คนเจนเนอเรชั่นยามีอัตราการลาออกจากงานสูงมาก¹ นอกจากนี้มีเลอว์²² ศึกษาเกี่ยวกับความยึดมั่นผูกพัน บรรยากาศองค์การ และความตั้งใจลาออกจากงานในพนักงานสี่เจนเนอเรชั่น พบว่าพนักงานเจนเนอเรชั่นวาย มีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรน้อยและมีแนวโน้มที่จะออกจากงานมากกว่าพนักงานเจนเนอเรชั่นอื่น ๆ

ในการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ยของความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรเป็นรายด้าน พบว่า ความยึดมั่นผูกพันด้านจิตใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.69$) ส่วนความยึดมั่นผูกพันด้านบรรทัดฐาน และความยึดมั่นผูกพันด้านการคงอยู่ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.14$ และ 2.99 ตามลำดับ) จะเห็นได้ว่า ความยึดมั่นผูกพันด้านการคงอยู่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด เมื่อการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลปัจจัยความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร พบว่าความยึดมั่นผูกพันด้านการคงอยู่ไม่ได้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดการเป็นองค์ประกอบของความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ซึ่งความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรด้านการคงอยู่ไม่ใช่องค์ประกอบของความยึดมั่นต่อองค์กร สอดคล้องกับการศึกษาของเมเยอร์และอัลเลนโบลิโอ แสคเกต และอัลเลน²³⁻²⁴ ที่พบว่าความยึดมั่นต่อองค์กร ประกอบด้วยความยึดมั่นผูกพันด้านจิตใจ และความยึดมั่นผูกพันด้านบรรทัดฐานเท่านั้น แต่ความยึดมั่นผูกพันต่อการคงอยู่ไม่ใช่องค์ประกอบของความยึดมั่นต่อองค์กร เนื่องจากคนเจนเนอเรชั่นวาย เกิดมาในช่วงสังคมออนไลน์ มีภัยพิบัติทางธรรมชาติ ลักษณะเป็นคนที่มีความ

ความมั่นใจใน ตนเองสูง มีความสามารถด้านเทคโนโลยี ต้องการความก้าวหน้าเร็ว ไม่ชอบการผูกมัด ชอบอะไรที่ทำหาย⁵ รวมทั้งมีการวางแผนเป้าหมายในอาชีพไว้อย่างชัดเจน โดยมีวางแผนเป้าหมายไว้สูง และจะพยายามมุ่งมั่นและทุ่มเทเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น มีความต้องการการเติบโตในงานอย่างก้าวกระโดด ไม่ชอบการทำงานในระดับล่างขององค์กร ทำให้มีแนวโน้มสูงที่จะลาออกหากไม่เห็นโอกาสก้าวหน้า ในงานที่ทำอยู่¹ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพวิชาชีพ เจนเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นพยาบาลที่มีประสิทธิภาพการทำงานประมาณ 2-7 ปี จึงปฏิบัติงานระดับปฏิบัติงาน ขาดสวัสดิการ การบรรจุราชการ และแรงจูงใจค่าตอบแทนต่ำก็ลาออกเป็นจำนวนมากเช่นกัน¹¹

จากผลการวิเคราะห์ภาวะผู้นำใฝ่บริการพบว่าภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข อยู่ในระดับมาก ($X=3.82$, $SD=.65$) เนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้บริหาร ระดับต้นที่มีบทบาทสำคัญใกล้ชิดกับพยาบาลวิชาชีพ เจนเนอเรชั่นวาย และผู้นำใฝ่บริการนั้น จะเริ่มต้นจากความต้องการที่จะให้บริการ หรือช่วยเหลือผู้อื่นก่อนเป็นอันดับแรก และมีความอ่อนน้อมถ่อมตน²⁵ ซึ่งคนเจนเนอเรชั่นยายนี้นักต้องการหัวหน้าที่สามารถมาทำงานคลุกคลี ร่วมงานกันในระดับเดียวกับพวกเขาได้ด้วยเช่นกัน²⁶

นอกจากนี้จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าบรรยากาศองค์การ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เจนเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข อยู่ในระดับมาก ($X=3.50$, $SD=.56$) เนื่องจากแนวคิดบรรยากาศองค์การของสตรีทเกอร์¹¹ ทั้ง 4 ด้านตั้งแต่ด้านโครงสร้างองค์กรที่ชัดเจน เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ด้านหน้าที่ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย มีการแบ่งงานกันทำอย่างชัดเจน ว่าใครจะทำอะไรอย่างไร มีอิสระในการตัดสินใจและรับผิดชอบงานด้วยตนเอง มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ด้านการได้รับการยอมรับจากองค์กรที่จะคิดสร้างสรรค์พัฒนางาน



ด้านการได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากหัวหน้าหอผู้ป่วยในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของหอผู้ป่วย ด้านการมีมาตรฐานการปฏิบัติงานและมีเป้าหมายในการทำงานของหอผู้ป่วยที่ชัดเจน และเปิดโอกาสให้มีการปรับปรุงให้ดีขึ้น อยู่เสมอ ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ เจนเนอเรชั่นวายดังกล่าวแล้วข้างต้น

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าความพึงพอใจในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ เจนเนอเรชั่นวายอยู่ในระดับมาก ($X=3.47$, $SD=.51$) เนื่องจากแนวคิดความพึงพอใจในการทำงานของ แสตมป์และพิตมอนต์¹² สอดคล้องกับลักษณะของคนเจนเนอเรชั่นวายซึ่งจะมีความสามารถในการรับและเก็บรวบรวมข้อมูลที่คล่องแคล่วรวดเร็วข่าวสารต่าง ๆ จึงมีทักษะในการทำงานหลาย ๆ อย่างได้ในเวลาเดียวกัน²⁷ ความชอบ การทำงานกับเพื่อนร่วมงานที่มีความคิด ความชอบคล้ายคลึงกันมากกว่า การให้ความสำคัญกับความแตกต่างของแต่ละบุคคล²⁸ แม้ในเวลาทำงานที่จำกัดก็สามารถทำงานที่มีความยากและท้าทายได้ แต่ขอให้ทำงานได้อย่างอิสระและยืดหยุ่น ไม่ยึดติดกับกฎระเบียบและกฎเกณฑ์มากเกินไป²⁸

นอกจากนี้ผู้วิจัยนำเสนอเป็นประเด็นการอภิปรายผลตามการบรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ ได้โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรพยาบาลวิชาชีพ เจนเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยผลการเปรียบเทียบระหว่างโมเดลเชิงสมมุติฐานความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร กับข้อมูลเชิงประจักษ์ได้เป็นโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ได้จากการวิจัย ประกอบด้วย ปัจจัยสาเหตุ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร คือ ภาวะผู้นำไปบริการ บรรยากาศองค์กร ความพึงพอใจในการทำงาน พบว่าตัวแปรทุกตัวในโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุนี้สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ เจนเนอเรชั่นวาย ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ร้อยละ 51 ซึ่งส่วนใหญ่มีความสอดคล้องตามสมมติฐานเกือบทุกข้อแต่มีความ

แตกต่างกันระหว่างนำหนักหรือขนาดอิทธิพลที่ส่งผลต่อพยาบาลวิชาชีพ เจนเนอเรชั่นวาย

จากกรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้สังเคราะห์ขึ้นจากงานวิจัยและทฤษฎีภาวะผู้นำไปบริการของกรีนสปี¹⁰ ทฤษฎีบรรยากาศองค์กรของสตริงเจอร์¹¹ ทฤษฎีความพึงพอใจในการทำงานของสแตมป์และพิตมอนต์¹² และทฤษฎีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของเมเยอร์และคณะ¹³ และจากผลการวิจัย ซึ่งผลงานวิจัยที่พัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Structural Equation Model: SEM) ที่นำมาพัฒนากรอบแนวคิดประกอบด้วย (1) โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์กร ความพึงพอใจในการทำงานและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของอุตสาหกรรมบริการสื่อการในประเทศไทย จากผลการศึกษาของสงวนศักดิ์ ประเสริฐสงวน²⁹ พบว่าบรรยากาศองค์กรมีอิทธิพลทางตรงกับความยึดมั่นผูกพันองค์กร ($\beta=.07$) และความพึงพอใจในการทำงานอิทธิพลทางตรงกับความยึดมั่นผูกพันองค์กร ($\beta=.61$) (2) โมเดลเชิงสาเหตุอิทธิพลของภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์กรต่อการได้สิทธิอำนาจเบ็ดเสร็จ ความพึงพอใจในงาน ความผูกพันต่อองค์กร และความตั้งใจจะลาออกจากงานของผู้จัดการธนาคารสาขาธนาคารไทยพาณิชย์ไทย ผลการศึกษาของเบญจวรรณ ศฤงคาร³⁰ พบว่าความพึงพอใจในงานมีอิทธิพลทางตรงกับความยึดมั่นผูกพันองค์กร ($\beta=.98$) บรรยากาศองค์กรอิทธิพลทางตรงกับความยึดมั่นผูกพันองค์กร ($\beta=.19$) และ (3) การพัฒนาโมเดลเชิงสาเหตุของความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรในเทศบาลนครแหลมฉบัง ผลการศึกษาของธีระ กุลสวัสดิ์³¹ พบว่าบรรยากาศองค์กรมีอิทธิพลทางตรงกับความผูกพันต่อองค์กร ($\beta=.43$) ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมีอิทธิพลทางตรงกับความผูกพัน ต่อองค์กร ($\beta=.39$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์



ด้านการบริหารการพยาบาล

1. จากผลการวิจัยพบว่าภาวะผู้นำใฝ่บริการมีผลต่อความยึดมั่นผูกพันของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นวาย ทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วย สังกัดกระทรวงสาธารณสุขควรได้รับการอบรมพัฒนาภาวะผู้นำใฝ่บริการโดยเน้นคุณลักษณะการส่งเสริมความเจริญเติบโตของบุคคล และการเป็นผู้ดูแลให้กับผู้ใต้บังคับบัญชาที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ เจนเนอเรชั่นวาย

2. หัวหน้าหอผู้ป่วยควรส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศองค์กร โดยเฉพาะด้านการสนับสนุนจากองค์กร และมาตรฐานการปฏิบัติงาน เพื่อให้มีความยึดมั่นผูกพันต่อโรงพยาบาล

3. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการพิจารณารายได้และผลประโยชน์ที่เหมาะสมแก่พยาบาลวิชาชีพ เจนเนอเรชั่นวาย สังกัดโรงพยาบาลทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน

ด้านการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล

ผลการวิจัยนี้จะเป็นข้อมูลเพื่อใช้ในการตัดสินใจและกำหนดนโยบายสนับสนุนการจัดหลักสูตรการอบรมภาวะผู้นำใฝ่บริการให้กับพยาบาลวิชาชีพก่อนที่จะดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือผู้บริหารทางการพยาบาล รวมทั้งให้ความสำคัญในการส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศองค์กรที่ดีและส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพ เจนเนอเรชั่นวาย เกิดความพึงพอใจในการทำงานซึ่งจะส่งผลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรและไม่ลาออกจากงานในที่สุด

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) หรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) โดยนำโมเดลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปทดลองใช้จริง ในการบริหารจัดการพยาบาลเจนเนอเรชั่นวายที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย เพื่อยืนยันข้อค้นพบในระดับการวิจัยที่สูงขึ้น

Reference

1. Withawatoran, S. "The Gen Y took it to a separate network," Bangkok: Nation Multimedia Group, 2007 (in Thai).
2. Personal Administration Division, Ministry of Public Health, "The number of nurses Generation Y," 2016 (in Thai).
3. Sawaengdee, K. "The imbalance of manpower of health: the challenge of planning. Human resources," Journal of Public and Private Management, 2006;13(2):43-72.
4. P. Jaiboon; P. Chiangnangarm; P. Kuhirunyaratn, "The Proportion and Causes of Resignation of Nurses from Srinagarind Hospital, Khon Kaen University," Srinagarind Medical Journal, 2011; 26(3):233-8.
5. Weingarten RM. Four generations, one workplace: A Gen XY staff nurse's view of team building in the emergency department. Journal of Emergency Nursing. 2009;35(1):27-30.
6. Murray ND. Welcome to the future: The millennial generation. Journal of Career Planning & Employment. 1997;57(3):36.
7. Yamsuda, T. "Commitment to the organization: The Navy with the importance of the country in the past," Royal Thai Naval Institute. 2007;90 (3):1-3.
8. Thongsuth, W. "Organizational behavior ," Bangkok: Published by Intapas, 2009 (in Thai).
9. Sritoomma, N., Meehanpong, P. Servant Leadership of Head Nurses and the Patient Unit Effectiveness. Christian University of Thailand Journal. 2016; 22(3):436-447.



10. Greenleaf RK, Beazley H, Beggs J. The servant-leader within: A transformative path: Paulist press; 2003.
11. Stringer. R. Leadership and organization climate. New Jersey: McGraw-Hill; 2002.
12. Stamps PL, Piedmonte EB. Nurses and work satisfaction: An index for measurement: Health Administration Press; 1986.
13. Meyer JP, Allen NJ, Smith CA. Commitment to organizations and occupations: Extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of applied psychology*. 1993;78(4):538.
14. Hair JF, Anderson RE, Babin BJ, Black WC. Multivariate data analysis. 7 ed. New Jersey: Prentice Hall.; 2010.
15. Sinjaru, T. "Research and statistical data analysis with SPSS," Bangkok: V. Inter print, Co., Ltd., 2007 (in Thai).
16. Bureau of Policy and Strategy, The Office of the Permanent Secretary, Ministry of health, Service under Ministry of Public Health, (2016, March 15). [Online]. Available: <http://gishealth.moph.go.th/healthmap/resource.php>.
17. Meehanpong, P. "A Causal Model of Patient Unit Performance in General Hospital under Ministry of Public Health," Ph. D. thesis, Nursing Management, Christian University of Thailand, 2014 (in Thai).
18. Tehopakarn, N. "Relationships between servant leadership of head nurses, constructive organizational culture and effectiveness of patient units as perceived by professional nurses, regional hospitals under the jurisdiction of Ministry of Public Health, Southern Region," Ms. Thesis, Nursing Administration Nursing, Chulalongkorn University, 2009 (in Thai).
19. Charoensook, N. "Motivation and organization climate effects on registered nurses' organizational commitment at Buriram community hospitals, Thailand," Ms. Thesis, (Public Health) Major in Hospital Administration, Mahidol University, 2010 (in Thai).
20. Raveepisut, C. "Predictors of Job Satisfaction of Professional Nurses in Outpatient Department, Governmental Hospitals, Bangkok Metropolis," Ms. Thesis, Nursing Administration Nursing, Chulalongkorn University, 2009 (in Thai).
21. Kline, R. B. Principles and Practice of Structural Equation Modeling. New York: The Guilford Press; 2005.
22. Miller EJ. The Effect of Rewards, Commitment, Organizational Climate and Work Values on Intentions to Leave: Is There a Difference Among Generations?: UMI; 2006.
23. Allen NJ, Meyer JP. Affective, continuance, and normative commitment to the organization: An examination of construct validity. *Journal of vocational behavior*. 1996;49(3):252-76.
24. Bycio P, Hackett RD, Allen JS. Further assessments of Bass's (1985) conceptualization of transactional and transformational leadership. *Journal of applied psychology*. 1995;80(4):468.
25. Greenleaf RK, Spears LC. The power of servant-leadership: Essays: Berrett-Koehler Publishers; 1998.
26. Spiro C. Generation Y in the Workplace. *Defense AT&L*. 2006;16:19.
27. Guroy D, Chi CG-Q, Karadag E. Generational differences in work values and attitudes among frontline and service contact employees. *International Journal of Hospitality Management*. 2013;32:40-8.



28. Cagin J. Are generational differences in work values fact or fiction? Multi-country evidence and implications. *The International Journal of Human Resource Management*. 2012;23(11): 2268–94.
29. S. Bhaesajsanguan, “The Relationships among Organizational Climate, Job Satisfaction and Organizational Commitment in the Thai Telecommunication Industry”. Candidate DBA Commercial College Burapha University Bangkok, Thailand, E-Leader Singapore. 2010.
30. B. Saringkarn, “A causal model of influences of leadership and organizational climate on total authority, Job satisfaction Organizational Commitment and the intention of leaving the manager of the branch of Thai commercial-banks,” Ph. D. thesis, Business Administration, Ramkhamhaeng University, 2013 (in Thai).
31. T. Kulsawat, “Development of Causal Model of Organizational Commitment of LaemChabang Industrial Estate Municipality ”. *Journal of Politics, Administration and Law*, Vol. 3 No. 3 September – December 2011, pages 275–307 (in Thai).



โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การสร้างความรู้ และผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วย

โรงพยาบาลชุมชน*

กัญญาวิณ์ โมกขาว**

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ***

นงลักษณ์ จินตนาติก***

เนตรชนก ศรีทุมมา***

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การสร้างความรู้ และผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน ที่มีประสบการณ์การบริหารหอผู้ป่วย อย่างน้อย 3 ปี จำนวน 300 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ และสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ คือ 1) แบบสอบถามผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 9 ท่าน มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .84 2) แบบสอบถามภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และ 3) แบบสอบถามการสร้างความรู้ ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91, .94, และ .87 ตามลำดับ ได้รับแบบสอบถามกลับคืนจำนวน 294 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และวิเคราะห์เส้นทาง

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีเส้นทางอิทธิพลต่อการสร้างความรู้ ($\beta=0.61$) ต่อผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรม ($\beta=.50$) การสร้างความรู้มีเส้นทางอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรม ($\beta=.48$) และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงร่วมกับการสร้างความรู้มีเส้นทางอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรม ($\beta=.79$) แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย ที่แสดงบทบาทของการเป็นผู้คิดค้นนวัตกรรม และเป็นผู้จัดการให้เกิดการสร้างความรู้เพื่อใช้ในการสร้างนวัตกรรมของหอผู้ป่วย ดังนั้นผู้บริหารองค์การพยาบาลควรมีการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงให้กับหัวหน้าหอผู้ป่วย และเตรียมความพร้อมให้กับผู้ที่ขึ้นดำรงตำแหน่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อให้สามารถจัดการเกิดผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลมากขึ้น

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง; การสร้างความรู้; ผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรม

* วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล; บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสลบุรี, e-mail: kanyawee@bnc.ac.th

***บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน



The Relationship Model among Transformational Leadership, Knowledge Creation and Innovation Management Performance in Nursing Units at Community Hospitals*

Kanyawee Mokekhaow**

Suchitra Luangamornlert***

Nongluk Chintanadilok***

Netchanok Sritoomma***

Abstract

The purpose of this research was to study the model of relationships among transformational leadership, knowledge creation and innovation management performance in nursing units. The sample consisted of 300 head nurses with at least 3 years of experience at Community Hospitals. Stratified random sampling and simple random sampling were used. They were asked to answer three questionnaires: 1) Innovation management performance questionnaire that was developed by the researcher. The validity of this questionnaire was assessed by nine experts and had a CVI = .84, 2) Transformational leadership questionnaire, and 3) Knowledge creation questionnaire. The reliabilities were .91, .94, and .87 respectively. Two hundred ninety four questionnaires were returned, representing 98% of the total number of the questionnaires. Data were analyzed using mean, standard deviation, Pearson's correlation coefficient, and Path analysis.

The results of this study revealed that Transformational leadership had positive effects on Knowledge creation ($\beta=.61$), and Innovation management performance ($\beta=.50$); Knowledge creation had positive effects on Innovation management performance ($\beta=.48$) Transformational leadership and Knowledge creation had positive effects on Innovation management performance ($\beta=.79$). The results show the importance of Transformational leadership of head nurses who take the role of innovators and managers on knowledge creation of the nursing unit. Therefore nursing administrators should develop the Transformational leadership skills of head nurses and prepare them to be ready for the position in order that they are able to perform Innovation management effectively and productively.

Keywords: transformational leadership; knowledge creation; innovation management performance

* Thesis of doctoral degree, Ph.D (nursing management), Graduate School, Christian University.

** Baromarajonani College of Nursing, Chonburi, e-mail: kanyawee@bnc.ac.th

*** Graduate School, Christian University.



ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันมีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สังคมโลกกำลังเปลี่ยนไปสู่สังคมที่เป็นระบบเศรษฐกิจฐานความรู้ ซึ่งแต่ละระบบเศรษฐกิจจะถูกขับเคลื่อนด้วยความรู้ และนวัตกรรม¹ รัฐบาลปัจจุบันจึงได้ประกาศเป็นนโยบายที่มุ่งมั่นในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางเศรษฐกิจ ที่ให้ความสำคัญกับการผลิตสินค้าเชิงนวัตกรรม และการพัฒนานวัตกรรมบริการให้มากขึ้น เน้นการขับเคลื่อนองค์กรด้วยเทคโนโลยี ความคิดสร้างสรรค์ และนวัตกรรม² รวมทั้งมอบหมายให้หน่วยงานภาครัฐทุกแห่งดำเนินการเพื่อให้เกิดผลสำเร็จ

สำนักการพยาบาลจึงได้กำหนดเป็นเกณฑ์คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล สร้างโอกาสให้เกิดการคิดค้น พัฒนานวัตกรรมด้านการปฏิบัติการพยาบาลที่หลากหลาย³ โดยให้องค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนกำหนดเป็นนโยบายให้ทุกหอผู้ป่วยจัดการให้เกิดการสร้างนวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาการบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น⁴ สร้างความรู้ใหม่ในการบริการพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายเกินความจำเป็น⁵ และช่วยจัดการกับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้⁶ แต่จากการประเมินผลการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วยพบว่า หอผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินการตามนโยบายได้ทุกหอผู้ป่วย และนวัตกรรมที่สร้างได้บางส่วนไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานได้จริง⁷

การจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วยจะประสบความสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญ ประการแรกคือ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้นำ ซึ่งเป็นผู้บริหารจัดการให้เกิดการพัฒนารูปแบบการทำงานใหม่ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน⁸⁻⁹ ที่มีความแตกต่างจากผู้อื่นในทางที่ดีขึ้น รวมทั้งการสนับสนุนทรัพยากร และการสร้างบรรยากาศภายในองค์กรที่เอื้อต่อการสร้างสรรค์นวัตกรรม ส่งผลให้เกิดผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล¹⁰ และประการที่ 2 คือ การสร้างความรู้ขององค์กร ที่ทำให้เกิดข้อมูล และความรู้ที่มากพอ จนกระทั่งองค์กรมองเห็น

ช่องทางในการสร้างวิธีปฏิบัติงานที่มีความแตกต่างและโดดเด่น นำไปสู่การเพิ่มขีดความสามารถในการสร้างสรรค์นวัตกรรมที่ใช้งานได้จริง และเป็นประโยชน์กับองค์กร¹¹

นอกจากนี้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงยังมีความสำคัญต่อความสำเร็จขององค์กรในการสร้างความรู้¹² เป็นผู้จัดการให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ภายในองค์กร สอดแทรกไปกับงานประจำ ทำให้เกิดการสร้างความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง¹³ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบความไม่ชัดเจนของอิทธิพลของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การสร้างความรู้ และผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรม รวมทั้งในบริบทขององค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับเส้นทางอิทธิพลของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย การสร้างความรู้ กับผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย การสร้างความรู้ กับผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วย เพื่อเป็นการขยายองค์ความรู้ด้านการบริหารจัดการ และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ให้เกิดการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย การสร้างความรู้ และผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อศึกษาเส้นทางอิทธิพลของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ต่อการสร้างความรู้ของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
3. เพื่อศึกษาเส้นทางอิทธิพลของการสร้างความรู้ ต่อผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
4. เพื่อศึกษาเส้นทางอิทธิพลของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ต่อผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

5. เพื่อศึกษาเส้นทางอิทธิพลของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การสร้างความรู้ ต่อผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สมมติฐานการวิจัย

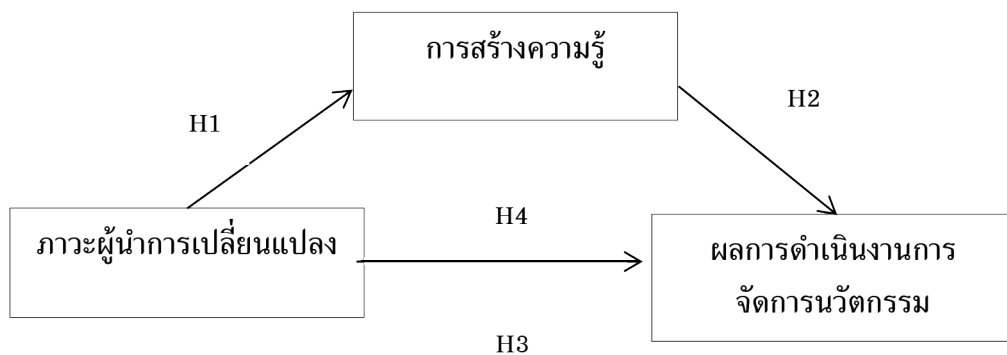
สมมติฐานที่ 1 ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีเส้นทางอิทธิพลต่อ การสร้างความรู้ของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สมมติฐานที่ 2 การสร้างความรู้ของหอผู้ป่วย มีเส้นทางอิทธิพลต่อผลการดำเนินงาน การจัดการนวัตกรรม

ของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สมมติฐานที่ 3 ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีเส้นทางอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สมมติฐานที่ 4 ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย และการสร้างความรู้ของ หอผู้ป่วย มีเส้นทางอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดตามแผนภาพที่ 1 สังเคราะห์ขึ้นจากแนวคิดการจัดการนวัตกรรม¹⁰ ที่กล่าวว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้หอผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการจัดการนวัตกรรมคือ ผู้นำที่มีความสามารถในการจัดการให้หอผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานในทางที่ดีขึ้น มีความสามารถในการจัดการทรัพยากรที่สนับสนุนการสร้างนวัตกรรม, กระบวนการนวัตกรรม, และการจัดการให้เกิดการสร้างความรู้ในหอผู้ป่วยทฤษฎีการสร้างความรู้¹¹ ที่ประกอบด้วยวงจรความรู้ 4 แบบ ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การสกัดความรู้ การผสมผสาน และการนำ ความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติ และทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง¹⁴⁻¹⁵ ที่ประกอบด้วยเครื่องมือที่พลอยอย่างมีอุดมการณ์, การสร้างแรงบันดาลใจ การกระตุ้นทางปัญญา การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล และ การอธิบายวิสัยทัศน์อย่างเข้าใจ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) โดยศึกษาระหว่างเดือนกันยายน ถึง พฤศจิกายน 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายทั่วประเทศ จำนวน 91 แห่ง 454 คน กลุ่มตัวอย่างคือ หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย ที่มีประสบการณ์การบริหารหอผู้ป่วยอย่างน้อย 3 ปี ขึ้นไปจำนวน 300 คน¹⁶ สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามเครือข่ายบริการสุขภาพ 12 เครือข่ายทั่วประเทศ และสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยนํารายชื่อโรงพยาบาลทั้งหมดของแต่ละเครือข่ายมาจับฉลากแบบไม่แทนที่ ตามสัดส่วนที่คำนวณได้



เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ประสบการณ์ในการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรม ประสบการณ์การอบรมด้านนวัตกรรม และการจัดการความรู้

2. แบบสอบถามภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของยาเฮาวิบี และคณะ¹⁵ เป็นแบบสอบถามการรับรู้ถึงพฤติกรรมของผู้นำที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการ ความพยายามเปลี่ยนแปลงบุคลากรให้เกิดการตระหนักรู้ในภารกิจของกลุ่ม และจงใจให้ปฏิบัติงานเกินกว่าความคาดหวัง ทำให้เกิดประโยชน์แก่องค์กร ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์, การสร้างแรงบันดาลใจ การกระตุ้นทางปัญญา การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล และการอธิบายวิสัยทัศน์อย่างเข้าใจ ผู้วิจัยใช้วิธีการแปลเครื่องมือข้ามวัฒนธรรมโดยผู้เชี่ยวชาญ 2 ภาษาและมีประสบการณ์ในการบริหารจัดการ 2 ท่าน มีข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ แบบสอบถามมีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .80

3. แบบสอบถามการสร้างความรู้ ของซูลซ์ และสูลเกิล¹⁷ เป็นแบบสอบถามการรับรู้ของหัวหน้าหรือผู้ปวยถึงพฤติกรรมของบุคลากรในองค์การที่ร่วมกันทำให้เกิดความรู้ใหม่ โดยผ่านการเปลี่ยนแปลงความรู้ 4 รูปแบบ ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การสกัดความรู้ การผสมผสาน และการนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติ ผู้วิจัยใช้วิธีการแปลเครื่องมือข้ามวัฒนธรรม โดยผู้เชี่ยวชาญ 2 ภาษาและมีประสบการณ์ในการบริหารจัดการ 2 ท่าน มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ แบบสอบถามมีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .84

4. แบบสอบถามผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรม เป็นแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่ใช้วัดผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมขององค์การ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ สิ่งนำเข้า, กระบวนการนวัตกรรม, และผลผลิต ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากแนวคิดผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมของทิตต์ และเบสแซนท์¹⁰ มีข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ

ลักษณะคำถามของแบบสอบถามภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง, การสร้างความรู้ และผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรม เป็นลักษณะให้เลือกตอบ 5 ระดับ แบบ

Rating Scale ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด (5) เห็นด้วยมาก (4) เห็นด้วยปานกลาง (3) เห็นด้วยน้อย (2) และเห็นด้วยน้อยที่สุด (1) ตามการรับรู้ของหัวหน้าหรือผู้ปวย

การกำหนดเกณฑ์และการแปลค่าคะแนนเฉลี่ย ได้แก่ คะแนน 4.51-5.00 หมายถึง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด, คะแนน 3.51-4.50 หมายถึง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก, คะแนน 2.51-3.50 หมายถึง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง, คะแนน 1.51-2.50 หมายถึงมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย, คะแนน 1.00-1.50 หมายถึง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยที่สุด¹⁸

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 9 ท่าน และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC มีค่าระหว่าง .56- 1.00 และ ค่าความตรงเชิงเนื้อหา CVI ได้เท่ากับ .84

การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) ของแบบสอบถามผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรม ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นการวิเคราะห์องค์ประกอบ ซึ่งสำรวจพบว่า ข้อมูลมีความเหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบได้ในระดับดีมาก ($KMO=.945$, Bartlett's Test of Sphericity: $\chi^2 = 6.694$, $df = 253$, $P<.001$) ได้องค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ที่สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 71.39 ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 สิ่งนำเข้ากระบวนการนวัตกรรม มี 10 ตัวแปรย่อย แต่ละตัวแปรย่อยมีค่าน้ำหนักปัจจัย (Factor Loading) ระหว่าง .50-.99

องค์ประกอบที่ 2 กระบวนการนวัตกรรม มี 10 ตัวแปรย่อย แต่มี 1 ตัวแปรย่อยที่ถูกตัดออกเนื่องจากมีค่าน้ำหนักปัจจัยน้อยกว่า .50 จึงเหลือตัวแปรย่อย 9 ตัวแปรย่อย และมีค่าน้ำหนักปัจจัย (Factor Loading) ระหว่าง .51-.94

องค์ประกอบที่ 3 ผลผลิต มี 4 ตัวแปรย่อย แต่ละตัวแปรย่อย มีค่าน้ำหนักปัจจัย (Factor Loading) ระหว่าง .84-.91

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของภาวะผู้นำ



การเปลี่ยนแปลง การสร้างความรู้ และผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรม ได้แก่

1. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง พบว่า มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 3.143$ หรือ $\chi^2 / df = .786$ GFI = 0.996, AGFI=.984 และ RMSEA=.000) ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีหักบัญชี 5 องค์ประกอบ พบว่า การอธิบายวิสัยทัศน์อย่างเข้าใจ, การสร้างแรงบันดาลใจ, การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์, การกระตุ้นปัญญาและการดำเนินถึงความเป็นปัจเจกบุคคล มีค่า ดัชนีหักบัญชี เท่ากับ .90, .87, .78, .75, .72 ตามลำดับ

2. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของการสร้างความรู้ พบว่า มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 2.947$ หรือ $\chi^2 / df = 1.474$, GFI=.995, AGFI=.974 และ RMSEA=.040) ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีหักบัญชี 4 องค์ประกอบ พบว่า การสกัดความรู้ การผสมผสาน การนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีค่าดัชนีหักบัญชี เท่ากับ .84, .84, .82, .73 ตามลำดับ

3. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรม พบว่า มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์แบบสมบูรณ์ (Perfect Fit)¹⁹ ($\chi^2 = .000$, GFI=1.000 และ RMSEA= .053) ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีหักบัญชี 3 องค์ประกอบ พบว่า ผลผลิต สิ่งนำเข้ากระบวนการนวัตกรรม และกระบวนการนวัตกรรม มีค่าดัชนีหักบัญชี เท่ากับ .78, .74 และ .70 ตามลำดับ

การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การสร้างความรู้ และผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรม (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94, .87, และ .91 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 แห่ง พร้อมทั้งแนบเอกสารการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยคริสเตียน และขอการรับรองจริยธรรม

การวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลชุมชน ตามระเบียบของโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่ง ก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของขั้นตอนการวิจัย จากนั้นส่งแบบสอบถามการวิจัยพร้อมเอกสารชี้แจงให้กับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หรือผู้ช่วยวิจัย สำหรับใช้ในการสอบถามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยเป็นการนำเสนอในภาพรวม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนกันยายน ถึง พฤศจิกายน 2559 ได้แบบสอบถามกลับคืนที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 294 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 98

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น โดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 294 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98.9 อายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 60.2 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 64.3 มีประสบการณ์ในการบริหารหอผู้ป่วยอยู่ในช่วง 5-10 ปี ร้อยละ 37.1 รองลงมาอยู่ในช่วง 11-15 ปี ร้อยละ 25.5 มีประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรม ร้อยละ 58.8 มีประสบการณ์การอบรมด้านนวัตกรรม และการจัดการความรู้ ร้อยละ 61.6, 79.6 ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรม มีประสบการณ์การอบรมด้านนวัตกรรม และการจัดการความรู้ มีค่าเฉลี่ยผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมมากกว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์ ($t=9.87$, $p<.01$, $t=11.38$, $p<.01$, $t=6.96$, $p<.01$ ตามลำดับ)



ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ หอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวง
 ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย การ สาธารณสุข ตามตารางที่ 1
 สร้างความรู้ และผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรม

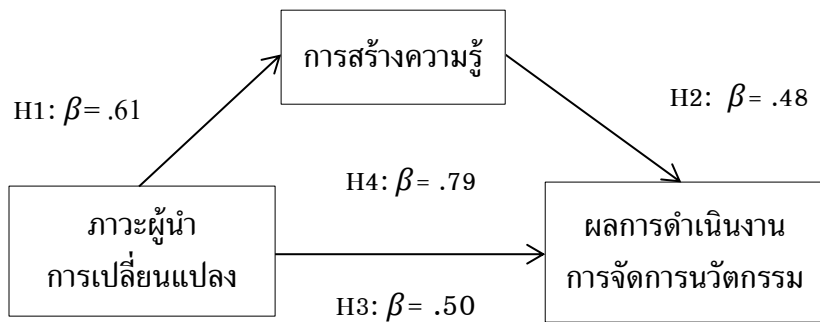
ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการแปลผลของตัวแปร

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย	3.93	.35	มาก
การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์	3.94	.35	มาก
การสร้างแรงบันดาลใจ	3.95	.40	มาก
การกระตุ้นทางปัญญา	3.95	.43	มาก
การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล	3.92	.42	มาก
การอธิบายวิสัยทัศน์อย่างเข้าใจ	3.87	.45	มาก
การสร้างความรู้ของหอผู้ป่วย	3.81	.39	มาก
การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	3.88	.42	มาก
การสกัดความรู้	3.83	.49	มาก
การผสมผสาน	3.81	.41	มาก
การนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติ	3.73	.47	มาก
ผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วย	3.87	.41	มาก
สิ่งนำเข้ากระบวนการนวัตกรรม	3.70	.47	มาก
กระบวนการนวัตกรรม	4.14	.47	มาก
ผลผลิต	3.78	.54	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การสร้างความรู้ และผลการดำเนินงานการจัดการ
 นวัตกรรม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.93$, $SD=.35$, $\bar{X}=3.81$, $SD=.39$, $\bar{X}=3.87$, $SD=.41$ ตามลำดับ)

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์กับ
 การสร้างความรู้ และผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรม ($r=.56$, $.66$ ตามลำดับ) การสร้างความรู้มีความสัมพันธ์
 กับผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรม ($r=.68$)

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis)



แผนภาพที่ 2 โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การสร้างความรู้ กับ ผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วย จากข้อมูลเชิงประจักษ์

ตารางที่ 2 ค่าสถิติการวิเคราะห์เส้นทาง เพื่อทดสอบสมมุติฐานในโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การสร้างความรู้ กับผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรม

Hypothesis	Path Relationship	t	P-value	Standardized Regression Coefficient		Hypothesis Test
				Direct	Indirect	
H1	TL → KC	9.302	.000	.61	-	ยอมรับ
H2	KC → IMP	6.952	.000	.48	-	ยอมรับ
H3	TL → IMP	7.650	.000	.50	-	ยอมรับ
H4	TL → KC ↓ IMP	-	-	.50	.29	ยอมรับ



จากแผนภาพที่ 2 และตารางที่ 2 พบว่าเส้นทางอิทธิพลตามสมมติฐานมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และสามารถตอบสมมติฐานการวิจัยได้ทุกสมมติฐาน

สรุป และอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย การสร้างความรู้ และผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีเส้นทางอิทธิพลต่อการสร้างความรู้ของหอผู้ป่วย ($\beta=.61$) การสร้างความรู้ของหอผู้ป่วย มีเส้นทางอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วย $\beta=.48$) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีเส้นทางอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วย ($\beta=.50$) และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย และการสร้างความรู้ มีเส้นทางอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วย ($\beta=.79$)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ มีการสร้างเครื่องมือใหม่ และมีการแปลเครื่องมือข้ามวัฒนธรรม สำหรับการวัดผลตัวแปรในโมเดล ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลเบื้องต้นเกี่ยวกับตัวแปรในโมเดล เพื่อทำความเข้าใจกับบริบทของหอผู้ป่วย ดังนี้

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการศึกษานี้มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.93$, $SD=.35$) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่ส่วนใหญ่ใช้ 4 องค์ประกอบ¹²⁻¹³ องค์ประกอบที่เพิ่มขึ้นคือการอธิบายวิสัยทัศน์อย่างเข้าใจ ที่มีความสำคัญซึ่งพิจารณาจากมีค่าน้ำหนักปัจจัยที่มากที่สุด (factor loading = 0.90) ยาเฮาวิบี และคณะ¹⁵ ได้อธิบายถึงการอธิบายวิสัยทัศน์อย่างเข้าใจว่า เป็นพฤติกรรมของผู้นำที่สื่อสารวิสัยทัศน์และเป้าหมายขององค์กรให้เข้าใจอย่างชัดเจน ส่งเสริมให้บุคลากรไว้วางใจกัน พร้อมทั้งทำให้องค์การบริหารมุ่งเป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งในบริบทของหอผู้ป่วย พฤติกรรมดังกล่าวเป็นหน้าที่หลักของหัวหน้าหอผู้ป่วย

ที่ต้องปฏิบัติ ในขณะที่องค์ประกอบอีก 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสร้างแรงบันดาลใจ การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ การกระตุ้นปัญญา และการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล¹⁴⁻¹⁵ มีค่าน้ำหนักปัจจัยในระดับสูงรองลงมา (factor loading = .87, .78, .75, .72 ตามลำดับ) และเป็นพฤติกรรมที่หัวหน้าหอผู้ป่วยปฏิบัติอยู่เป็นประจำ เพื่อใช้จูงใจพยาบาลในหอผู้ป่วยให้ร่วมมือกันพัฒนาคุณภาพบริการของหอผู้ป่วยให้ดีขึ้น²⁰ ดังนั้น องค์ประกอบทั้ง 5 องค์ประกอบของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง จึงมีความสอดคล้องกับพฤติกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย ทำให้มีการแปลผลการรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับมาก

การสร้างความรู้ของหอผู้ป่วย

การสร้างความรู้ของหอผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.81$, $SD=.39$) และมีการวัดผลการสร้างความรู้ที่ผลลัพธ์ของการสร้างความรู้ ซึ่งการสร้างความรู้ของพยาบาลเป็นการสร้างความรู้ในเชิงวิชาชีพที่ต้องใช้เวลาในการเรียนรู้ ฝึกฝน และสั่งสมประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน²¹ โดยใช้วิธีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรงระหว่างกัน และมีการแปลงความรู้ให้เกิดเป็นความรู้ใหม่ตามวงจรความรู้ (Knowledge Spiral) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การถ่ายทอดความรู้ การผสมผสาน การนำความรู้ไปปฏิบัติ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งทั้ง 4 องค์ประกอบ มีค่าน้ำหนักปัจจัยในระดับสูง (factor loading = .84, .84, .82, และ .73 ตามลำดับ) แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการสร้างความรู้ของหอผู้ป่วยในทุกรูปแบบ และพบว่าการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเป็นองค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักปัจจัยน้อยที่สุด และควรได้รับการพัฒนาเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีประสบการณ์ในการอบรมด้านการจัดการความรู้ (79.6%) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีความเข้าใจในเรื่องที่เกี่ยวกับการสร้างความรู้สำหรับหอผู้ป่วยมากพอที่จะนำไปใช้จัดการให้เกิดการสร้างความรู้ใหม่ในหอผู้ป่วยได้ ทำให้แปลผลการรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับมาก

ผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วย

ผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.87$, $SD=.41$) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ผลผลิต สิ่งนำเข้า และกระบวนการนวัตกรรม¹⁰ องค์ประกอบ 3 องค์ประกอบมีค่าน้ำหนักปัจจัยในระดับสูงใกล้เคียงกัน (Factor loading=.78, .74, และ .70 ตามลำดับ) เนื่องจากในบริบทการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วยให้ความสำคัญกับปัจจัยส่งเสริม สนับสนุนการสร้างนวัตกรรม และกระบวนการจัดการนวัตกรรมซึ่งเป็นกิจกรรมที่หอผู้ป่วยปฏิบัติอยู่เป็นประจำทำให้เกิดผลผลิตนวัตกรรมที่สามารถนำไปใช้ในการบริการพยาบาลได้ นอกจากนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการอบรมด้านนวัตกรรม (61.6%) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการนวัตกรรมที่มากพอที่จะนำไปใช้ในการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วยให้ดีขึ้น ทำให้แปลผลการรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับมาก

จากผลการวิจัยพบว่ามีความสอดคล้องตามสมมติฐานการวิจัยทุกข้อ อภิปรายผลได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีเส้นทางอิทธิพลต่อการสร้างความรู้ของหอผู้ป่วย ($\beta=.61$) จากผลการศึกษาที่ผ่านมา อาทิ การศึกษาของยาเฮวาร์บี และคณะ¹⁵ ศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มี 5 องค์ประกอบเช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีเส้นทางอิทธิพลต่อการสร้างความรู้ ($\beta=.71$) ในขณะที่ทิพย์พาพร มหาสินไพศาล¹² ศึกษาเส้นทางอิทธิพลของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ที่มีต่อการสร้างความรู้ ใช้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มี 4 องค์ประกอบ ตามทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของแบส และ โอวัลลิโอ พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีเส้นทางอิทธิพลต่อการสร้างความรู้ ($\beta=.37$) และซอง, คอลป์, ลี และคิม²² ศึกษาเส้นทางอิทธิพลของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ที่มีต่อการสร้างความรู้ ใช้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มี 4 องค์ประกอบเช่นกัน พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีเส้นทางอิทธิพลต่อการสร้างความรู้ ($\beta=.11$) แสดงให้เห็นว่า

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มี 5 องค์ประกอบ มีเส้นทางอิทธิพลต่อการสร้างความรู้ แตกต่างจาก 4 องค์ประกอบ แสดงให้เห็นพฤติกรรมที่สำคัญทั้ง 5 องค์ประกอบของหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดการสร้างความรู้ อาทิ การเป็นผู้นำที่มีส่วนร่วมในการกำหนดวิสัยทัศน์ และเป้าหมายขององค์การพยาบาลที่ส่วนใหญ่มีเป้าหมายการสร้างความรู้ด้วย สามารถสื่อสารวิสัยทัศน์ และเป้าหมายให้พยาบาลเข้าใจได้อย่างชัดเจน ทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายการสร้างความรู้ที่องค์การพยาบาลต้องการ รวมทั้งการแสดงออกถึงความมุ่งมั่นในการพัฒนาหอผู้ป่วย ค้นหาวิธีการทำงานใหม่เพื่อแก้ไขปัญหา เป็นแบบอย่างที่ดี และเป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลในหอผู้ป่วยเพื่อพัฒนางาน ดังนั้นหอผู้ป่วยที่ต้องการให้เกิดการสร้างความรู้ใหม่อยู่เสมอ หัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบนี้

สมมติฐานที่ 2 การสร้างความรู้มีเส้นทางอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วย ($\beta=.48$) การสร้างความรู้ 4 รูปแบบ เป็นการเปลี่ยนแปลงความรู้ระหว่างความรู้ที่มีอยู่ในตัวของพยาบาลแต่ละคน กับความรู้ที่ขัดแย้ง ซึ่งความรู้ใหม่ที่ถูกสร้างขึ้นส่งผลต่อผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วย สอดคล้องกับทฤษฎีการสร้างความรู้ของโนนาเก และทาเคอุชิ¹¹ ที่กล่าวว่า ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นตามวงจรความรู้จะช่วยให้องค์การเพิ่มขีดความสามารถในการสร้างนวัตกรรมที่นำมาใช้ประโยชน์ต่อองค์การได้

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่มีการวัดผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมที่ผลผลิต และสิ่งนำเข้า อาทิ เบอร์ราอิส, แคชเชอร์ และยาเฮีย²³, เบอร์ราอิส, และแคชเชอร์²⁴ ศึกษาเส้นทางอิทธิพลของการสร้างความรู้ต่อผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมพบว่าการสร้างความรู้ มีเส้นทางอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรม ($\beta=.79$, และ .58 ตามลำดับ), ซูลซ์ และฮูเกล¹⁷ ศึกษาปัจจัยทำนายที่มีต่อผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมพบว่าการสร้างความรู้สามารถทำนายผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรม ($R^2=.60$) ความแตกต่างของการศึกษาอาจเกิดจากการจัดการ



นวัตกรรมของหอผู้ป่วยยังอยู่ในระยะเริ่มต้น และไม่สามารถดำเนินการให้ประสบผลสำเร็จได้ในทุกหอผู้ป่วย พิจารณาได้จากข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยบางส่วน (41.2%) ไม่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรม และในการศึกษาคครั้งนี้เป็นการศึกษาเส้นทางอิทธิพลของการสร้างความรู้ที่มีต่อผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรม ซึ่งเป็นการศึกษาครั้งแรกในบริบทของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งอาจทำให้ผลที่ได้มีความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา

สมมุติฐานที่ 3 ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีเส้นทางอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วย ($\beta=0.50$) จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีความแตกต่างที่องค์ประกอบของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และวัดผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรม ดังที่กล่าวมาแล้วในสมมุติฐานที่ 1 และ 2 อาทิ พิรุณศิริศักดิ์²⁵ ศึกษาเส้นทางอิทธิพลของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อนวัตกรรมขององค์การ พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อนวัตกรรมขององค์การ ($\beta=0.26$) และสุทธิพรกรุงกาญจนา²⁶ ที่ศึกษาเส้นทางอิทธิพลภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อการพัฒนานวัตกรรมของการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีเส้นทางอิทธิพลต่อการพัฒนานวัตกรรม ($\beta=0.21$) จะเห็นได้ว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มี 5 องค์ประกอบ มีเส้นทางอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมขององค์การแตกต่างจาก 4 องค์ประกอบ โดยเฉพาะในองค์ประกอบการอธิบายวิสัยทัศน์อย่างเข้าใจที่เพิ่มเข้ามาแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีวิสัยทัศน์กว้างไกล ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะทำให้หอผู้ป่วยพัฒนาขึ้น มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนา นวัตกรรมของหอผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้ที่ค้นหาสิ่งใหม่ ที่นำมาใช้ในการปฏิบัติงานอยู่เสมอ หรือเรียกได้ว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นนักพัฒนานวัตกรรมที่สร้างความแตกต่างจากสิ่งที่เคยปฏิบัติอยู่ ซึ่งพิจารณาได้จากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่ง มีประสบการณ์ในการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรม และมีผลการดำเนินงานการจัดการ

นวัตกรรมของหอผู้ป่วยที่มากกว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์ นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนให้พยาบาลในหอผู้ป่วยค้นหาวิธีการใหม่ที่ดีกว่าเดิม และเลือกใช้วิธีการใหม่ในการพัฒนาบริการพยาบาลอยู่เสมอ ส่งผลให้ผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วย แตกต่างจากภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มี 4 องค์ประกอบ

สมมุติฐานที่ 4 ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย และการสร้างความรู้ของหอผู้ป่วย มีเส้นทางอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วย ($\beta=.79$) โดยภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีเส้นทางอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วย ($\beta=.50$) และมีเส้นทางอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมโดยส่งผ่านการสร้างความรู้ ($\beta=.29$) พบว่าเป็นโมเดลที่มีค่าเส้นทางอิทธิพลอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วยที่ดี ต้องเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยการแสดงบทบาทของการเป็นผู้คิดค้นนวัตกรรมด้วยตนเอง เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาล⁶ และแสดงบทบาทของการจัดการให้เกิดการสร้างนวัตกรรมในหอผู้ป่วยตามวงจรความรู้ (Knowledge spiral) สร้างโอกาสให้พยาบาลในหอผู้ป่วยได้เสนอแนวคิดใหม่ในการปรับปรุงและพัฒนางาน ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ และการสร้างความรู้ใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อหอผู้ป่วย และนำความรู้ใหม่มาใช้ในการสร้างสรรค์นวัตกรรมของหอผู้ป่วยได้¹⁰

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารขององค์กรพยาบาลควรมีการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบตามการศึกษาคครั้งนี้ เพื่อนำมาใช้ในการประเมิน และนำข้อมูลที่ได้นำมาใช้ในการพัฒนาหัวหน้าหอผู้ป่วยให้มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ที่จะขึ้นดำรงตำแหน่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยเฉพาะการพัฒนาความสามารถในการอธิบายวิสัยทัศน์ให้บุคลากรเข้าใจอย่างชัดเจน เพื่อให้หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถจัดการให้เกิดการสร้างความรู้ที่



นำไปสู่การสร้างนวัตกรรมของหอผู้ป่วยได้มากขึ้น

2. ผู้บริหารขององค์กรพยาบาล ควรมีนโยบายในการพัฒนาทักษะการสร้างความรู้ให้กับหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อให้หัวหน้าหอผู้ป่วยได้นำมาใช้ในการจัดการให้เกิดการสร้างความรู้ใหม่ของผู้ป่วยในทุกรูปแบบของการสร้างความรู้ โดยเฉพาะการดึงความรู้ที่อยู่ในตัวบุคคลออกมาใช้ประโยชน์ให้มากที่สุด รวมทั้งผลักดันให้เกิดการสร้างเครือข่ายความรู้ในทุกระดับ เพื่อให้มีการเผยแพร่ความรู้ และสร้างความรู้ใหม่อย่างต่อเนื่อง

3. ผู้บริหารขององค์กรพยาบาล ควรมีการประเมินผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วยใน 3 องค์ประกอบ ตามการศึกษาครั้งนี้ และนำผลที่ได้จากการประเมินไปใช้เป็นข้อมูลในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ขององค์กรพยาบาล เพื่อพัฒนาการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำประสบการณ์การท้าวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรม, การฝึกอบรมด้านนวัตกรรม, และการฝึกอบรมด้านการจัดการความรู้ นำมาเป็นตัวแปรร่วม (Covariance) หรือใช้เป็นตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ในการศึกษาครั้งต่อไป

2. ควรมีการศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วย เพื่อเป็นการขยายองค์ความรู้ด้านการบริหารจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วย

3. ควรมีการท้าวิจัยในรูปแบบของการวิจัย และพัฒนา (Research and Development) โดยมีการนำผลจากการศึกษาในครั้งนี้ ไปใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการสร้างโปรแกรมการพัฒนากะผู้ผ่านการเปลี่ยนแปลง และการสร้างความรู้ให้กับหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อเป็นการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมอย่างเป็นระบบ และสามารถนำโปรแกรมไปใช้ประโยชน์ต่อไป

References

1. Drucker PF. Post-capitalist society. New York: Harper business; 1993.
2. Chanocha P. Policy statement of the Council of Ministers. Bangkok: Cabinet and royal gazette; 2015. (in Thai).
3. Bureau of Nursing. National nursing service strategy. Nonthaburi: Veterans; 2012. (in Thai).
4. Jirapaet V. Guidelines for the development and design of nursing innovations. In: documentation of national academic conference on nursing innovation for sustainable quality development; May 15– 16; SD Avenue Hotel. Bangkok; 2010. (in Thai).
5. Oecon BWA. Employee innovation behavior in health care: The influence from management and colleagues. Int Nurs Rev 2006; 53: 231–7.
6. Klangtamniam K. Nursing service innovations. Journal of Phrapokkiao nursing college 2012; 22 (2): 71–9. (in Thai).
7. Community hospitals district 6. Nursing organization. Report of nursing indicators. (Unpublished); 2015. (in Thai).
8. Panit W. Knowledge management for practitioner. 3rd ed. Bangkok: Tatha; 2006. (in Thai).
9. Luangpirom N. Innovation management. Bangkok: Deaungkamon; 2015. (in Thai).
10. Tidd J, Bessant J. Management innovation. 5th ed. West Sussex: Wiley; 2014.
11. Nonaka I. and Takeuchi H. The Knowledge-creating company: How Japanese companies create the dynamics of innovation. New York: Oxford University; 1995.
12. Mahasinpaisan T. The causal relationship among leadership organizational culture knowledge management and organizational performance of private higher education institutions [dissertation]. Kasetsart University; 2010. (in Thai).



13. Chen YG, Chen ZH, Ho JC, Lee CS. In-depth tourism's in fluencies on service innovation. *J Serv Res* 2009; 3(4): 326–36.
14. Bass BM, Avolio BJ. Improve organizational effectiveness through transformational leadership. London: Sage; 1994.
15. Yaghoubi H, Mahallati T, Moghadam AS, Fallah MA. Transformational leadership: enabling factor of knowledge management practices. *JSSM* 2014; 4(3): 165–74.
16. DeVellis RF. Scale development: Theory and application. 3rd ed. Thousand Oaks (CA): Sage; 2012.
17. Schulze A, Hoegl M. Organizational knowledge creation and the generation of new Product ideas: A behavioral approach. *Res Policy* 2008; 37: 1742–50.
18. Srithitnarukul B. Development and quality assurance of research instruments: Psychological measurement qualities. Bangkok: Chulalongkorn University; 2012 (in Thai).
19. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Ham RL. Multivariate data analysis. 7th ed. New Jersey: Prentice; 2010.
20. Meehanpong PA. Causal model of patient unit performance in general hospital under Ministry of Public Health. [dissertation]. Christian University; 2014. (in Thai).
21. Vanitjareanchai W. Nursing knowledge management. *J of nursing science* 2007; 1: 4–13. (in Thai).
22. Song JH, Kolb JA, Lee UH, Kim HK. Role of Transformational leadership in effective organizational knowledge creation practices: Mediating effects of employees' work engagement. *Human Resource Development Quarterly*. 2012; 23(1): 65–101.
23. Berraies S, Chaher M, Yahia KB. Knowledge Management enablers Knowledge creation process and innovation performance: An empirical study in Tunisian information and communication technologies sector. *Business management and strategy* 2014; 5(1): 1–26.
24. Berraies S, Chaher M. Knowledge creation process and firms' innovation performance: Mediating effect of organizational learning. *International J of human resource studies* 2014; 4 (1): 204–22.
25. Sirisak P. Impact of transformational leadership organizational creativity and organizational innovation on SMEs performance in Thailand. *SJST* 2016; 27(3): 11–23. (in Thai).
26. Kungkanjana SA. Causal model of innovation development of the provincial electricity authority. [Dissertation]. Christian University; 2012. (in Thai).



ผลของโปรแกรมบริหารสมองต่อการเพิ่มความจำในผู้สูงอายุ ที่มีความจำพร่องเล็กน้อย

จารุวรรณ ก้านศรี*
ดลใจ จองพานิช*
นภัทร เตียนกุล*
ภัทรวดี ศรีนวล*
รังสิมันต์ สุนทรไชยา**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบริหารสมองต่อการเพิ่มความจำในผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 ราย ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด จากหมู่บ้านหนึ่งของตำบลชัยนาท อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมการบริหารสมองโดยประยุกต์ขั้นตอนการนาแนวปฏิบัติไปใช้ในคลินิกของสมาคมพยาบาลออนตาริโอ ประเทศแคนาดา (Registered Nurses Association of Ontario) จำนวน 5 ขั้นตอน แบ่งเป็น 10 กิจกรรม จำนวน 2 วันต่อสัปดาห์อย่างต่อเนื่อง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ และประเมินความจำด้วยแบบประเมินสมรรถภาพทางสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (the Mini-Mental State Examination- Thai 2002) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความจำในผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อย หลังจากที่ได้รับโปรแกรมการบริหารสมองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลจากการวิจัยนี้จะสามารถนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติสำหรับการส่งเสริมความจำแก่ผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อย และสามารถป้องกันความเสื่อมของสมองได้

คำสำคัญ: การบริหารสมอง; การเพิ่มความจำ; ผู้สูงอายุที่มีภาวะความจำบกพร่องเล็กน้อย

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท, e-mail: jaruwan_kansri@hotmail.com

** คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



The Effects of Brain Exercise Program on Memory Enhancement among the Elderly with Mild Cognitive Impairment

Jaruwan Kansri*

Doljai Jongpanich*

Napat teianukool*

Pattarawadee Srinuan*

Rangsiman Soonthornchaiya**

Abstract

The objective of this Quasi-experimental research study was to examine the effect of brain exercise on memory enhancement in the elderly with mild cognitive impairment. Twenty two elderly with mild cognitive impairment who were residing at one village of Chainat Sub-district, Amphur Muang, Chainat Province in Thailand, satisfied the inclusion criteria of the experimental group were recruited. The selected participants participated in the Brain Exercise Program following the guidelines from the Ontario Nurses' Association of Canada (Registered Nurses Association of Ontario) 2 days a week, continuously for 5 weeks. The evaluation instruments consisted of a Demographic Data Form and the Mini-Mental State Examination-Thai 2002. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

The results of this study revealed that: the average memory scores of the Elderly with mild cognitive impairment after receiving the Brain Exercise Program were statistically and significantly higher than those of before receiving the Brain Exercise Program at a level of $p < .01$.

The conclusion of this study could be used as a guideline for enhancing the memory retention of the elderly with mild cognitive impairment and preventing the deterioration of the brain.

Keywords: brain exercise; memory enhancement; the elderly with mild cognitive impairment

*Boromarajonani College of Nursing, Chainat, e-mail: jaruwan_kansri@hotmail.com

**Faculty of Nursing, Thammasat University



ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันพบว่าประชากรผู้สูงอายุมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการรายงานพบว่าในปี 2558 ประชากรโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 901 ล้านคน และคาดการณ์ว่าใน ปี 2573 จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 1,400 ล้านคน¹ สำหรับประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่กำลังเผชิญปัญหากับสถานการณ์การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน ทั้งนี้จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2557 พบว่า โครงสร้างของประชากรไทยกำลังกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” และคาดว่าจะเป็ นสังคมสูงวัยระดับสูงสุดไปอีกไม่ถึง 20 ปีข้างหน้า² จากแนวโน้มของกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นนี้ จะทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่ต้องได้รับการดูแลมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของสขภาวะทุกด้านมากขึ้นทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตไปในทางเสื่อมลง ทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง เสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายแรงต่างๆ เพิ่มขึ้น อาจเนื่องมาจากมีภาวะเสื่อม หลงลืม ความคิดช้าลง³ สมรรถนะถดถอย การเจ็บป่วย ทำอะไรเองได้น้อยลง ทำให้เกิดความไม่สุขสบายใจ วิตกกังวล เครียด อารมณ์เศร้า สภาวะการณ์เช่นนี้ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุโดยเฉพาะต่อระบบประสาทสมองอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2559 พบประเด็นว่า ปัญหาระบบประสาทสมองที่สำคัญที่สุดของกลุ่มผู้สูงอายุทั่วโลก คือ ภาวะสมองเสื่อม มากถึงร้อยละ 20⁴ เนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะปัญหาด้านความจำ ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชราเอง หรืออาจเป็นระยะเริ่มแรกของโรค (preclinical stage) ในกลุ่มโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท (neurodegenerative) แต่ไม่มีอาการของโรคอย่างเด่นชัด ที่เรียกว่าภาวะความจำพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment: MCI) เป็นความผิดปกติที่อยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชราและภาวะสมองเสื่อม อย่างไรก็ตามภาวะนี้ผู้สูงอายุยังสามารถบอกได้ว่าตนเองมีความจำลดลงหรือสังเกตได้จากคนรอบข้างว่าประสิทธิภาพในการทำงานลดลง แต่ไม่มีผลกระทบต่อ

การดำรงชีวิต ประจำวันมากนัก ไม่มีความผิดปกติของสมองด้านอื่น ๆ มีความสามารถในการทำกิจวัตรชนิดพื้นฐานเป็นปกติ และมีความผิดปกติของการทดสอบทางจิต (mental status) โดยยังไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาในระยะนี้จะนำไปสู่สาเหตุสำคัญของการเกิดโรคสมองเสื่อม⁵ ได้ภายในระยะเวลา 3 ปี และอัตราการเกิดมากถึงร้อยละ 43⁶

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment: MCI) จะส่งผลกระทบต่อตนเอง ทำให้ต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ทำให้เครียด วิตกกังวล เนื่องจากการเกิดความรู้สึกว่ามีการบกพร่องวิธีการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง ความสัมพันธ์กับสังคมลดลง อาจเกิดการสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง สูญเสียสถานภาพทางสังคมและการเกิดภาวะพึ่งพิง เก็บตัวหรือปลีกตัวออกจากสังคม เนื่องจากไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ และไม่สามารถร่วมกิจกรรมทางสังคม⁷ ซึ่งถ้าไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลกระทบอย่างใหญ่หลวง ทั้งต่อครอบครัวและผู้ดูแลที่ต้องรับภาระเลี้ยงดู อาจเกิดความเครียด รำคาญหรือโกรธ อาจต้องสูญเสียรายได้ เนื่องจากต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนผลกระทบต่อชุมชนและสังคมนั้น จะทำให้เกิดภาระในการดูแลเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลลดลง นอกจากนั้นครอบครัวและประเทศชาติต้องเสียงบประมาณมากมายในการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม⁸ กลายเป็นปัญหาสำคัญและเกิดภาวะวิกฤติได้ในอนาคต

จากปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องเตรียมความพร้อมในระบบบริการทางสังคมและสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะวัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นจึงควรที่จะมีการป้องกันและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่อาจจะเกิดขึ้น เพื่อลดความสูญเสียต่อครอบครัวและประเทศชาติที่อาจจะตามมาได้ ซึ่งปัจจุบันพบว่าแนวทางการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม



ส่วนใหญ่ดูแลโดยภาพรวมทุกระยะ และเน้นการให้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่สูญเสียความจำและความสามารถดูแลตนเองไปแล้ว ส่งผลให้มีแนวโน้มการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามระยะอาการดำเนินของโรค⁹ ดังนั้นการช่วยเหลือเพื่อชะลอความเสื่อมของสมองที่จะเกิดความรุนแรงต่อไปในอนาคต จึงควรเริ่มต้นด้วยการบำบัดความเสื่อมของสมองตั้งแต่ผู้สูงอายุที่มีความจำเสื่อมเล็กน้อย ซึ่งมีความรุนแรงของโรคน้อย จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะสามารถชะลอความรุนแรงของโรคได้¹⁰

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามียุทธวิธีการรักษาและฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา เช่น การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) การทำการกระตุ้นสมอง (cognitive stimulation) กิจกรรมระลึกถึงความทรงจำในอดีต (reminiscence) การส่งเสริมความจำ (memory-Promoting) การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การออกกำลังกาย (physical activities & exercise) การใช้สுகุนธบำบัด (aroma therapy) ส่งผลต่อการลดความทุกข์ทรมาน การเพิ่มศักยภาพด้านความจำและความคิด การเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹¹ แต่ยังไม่พบว่ามีวิธีการรักษาใดที่จะรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งในปัจจุบันพบว่า วิธีการชะลอความเสื่อมของสมอง เพื่อลดการสูญเสียด้านความจำยังมีจำนวนน้อย แต่หากรู้จักใช้สมองอย่างต่อเนื่องและทำการบริหารสมอง (brain exercise) อย่างถูกวิธีจะทำให้ผู้สูงอายุมีความจำที่ดีขึ้น ถึงแม้อายุจะมากขึ้นก็ตาม¹² ซึ่งถือว่าเป็นแนวทางส่งเสริมความจำให้มีประสิทธิภาพและช่วยชะลอการเปลี่ยนแปลงทางด้านความจำได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้นานที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอีกด้วย

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเพิ่มความจำในผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อย จึงหาวิธีการเพิ่มความจำเพื่อชะลอความเสื่อมของสมองโดยการบริหารสมอง ทั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะปรับปรุงและพัฒนาวิธีการให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อย โดยการนำโปรแกรมการฝึกความ

จำในผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องด้านความจำเล็กน้อย ของ จุตติพงษ์ ศรีตนไชย¹³ ที่มีเป้าหมายในการกระตุ้นและฟื้นฟูการทำงานของสมองในผู้สูงอายุและใช้ขั้นตอนแนวปฏิบัติของสมาคมพยาบาลออนทาร์โอมา¹⁴ มาเป็นแนวในการนำโปรแกรมบริหารสมองมาประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มความจำในผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อย ซึ่งส่งผลให้กลุ่มผู้สูงอายุเหล่านั้นมีความจำที่ดีขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติและปรับตัวในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตราบนานเท่านานเท่าที่ยังมีชีวิตอยู่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความจำของผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อย ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการบริหารสมอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบริหารสมองต่อการเพิ่มความจำในผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อย ครั้งนี้ได้พัฒนาและปรับปรุงโปรแกรมการฝึกความจำของ จุตติพงษ์ ศรีตนไชย¹³ ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดทฤษฎีด้านความจำของแอดคินสันและซีฟพรีน¹⁵ ไปใช้ และนำแนวปฏิบัติของสมาคมพยาบาลออนทาร์โอมา¹⁴ 5 ขั้นตอน ดังแสดงภาพที่ 1

โปรแกรมการบริหารสมอง ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การระบุปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะความจำพร่องเล็กน้อย ทบทวนปัญหา

กิจกรรมที่ 1 ปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การปรับปรุงโปรแกรมการบริหารสมองให้เหมาะสมกับบริบท การระบุวิเคราะห์ และขั้นตอนที่ 3 การประเมินปัญหาอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนในการใช้โปรแกรมการบริหารสมอง

กิจกรรมที่ 2 ร่วมกันระดมสมองที่ใช้คิดวิธีการบริหารสมองที่เหมาะสมกับการแก้ไข ปัญหาและอุปสรรคจากการเสื่อมของความจำ

กิจกรรมที่ 3 การดำเนินการฝึกทักษะการบริหารสมอง

กิจกรรมที่ 4 ทบทวนการฝึกทักษะครั้งก่อนซ้ำ และดำเนินการฝึกทักษะการบริหารสมอง

กิจกรรมที่ 5 ทบทวนการฝึกทักษะครั้งก่อนซ้ำ และฝึกทักษะการบริหารสมอง

กิจกรรมที่ 6 ทบทวนการฝึกทักษะครั้งก่อนซ้ำ และฝึกทักษะการบริหารสมอง

กิจกรรมที่ 7 ทบทวนการฝึกทักษะครั้งก่อนซ้ำ และฝึกทบทวนในกิจกรรมที่ 3 และ 4

กิจกรรมที่ 8 ทบทวนการฝึกทักษะครั้งก่อนซ้ำ และฝึกทบทวนในกิจกรรมที่ 5 และ 6

ขั้นตอนที่ 4 การเลือกและปรับปรุงกลยุทธ์ในการนำโปรแกรมการบริหารสมองไปใช้โดยใช้ กลยุทธ์มากกว่า 1 กลยุทธ์ และมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 9 ทบทวนการฝึกทักษะ ประเมินพร้อมทั้งการเลือกฝึกทักษะการบริหาร สมองที่จะนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับตนเอง

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินความสำเร็จของการใช้โปรแกรมการบริหารสมอง

กิจกรรมที่ 10 การสิ้นสุดของโปรแกรมการบริหารสมอง การทบทวนกิจกรรมทักษะการ ฝึกบริหารสมองที่ผ่านมาทั้งหมด และมีการประเมินผล

→ ความจำ

ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) กลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมบริหารสมองต่อการเพิ่มความจำ ในผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อย ในชุมชน ตำบล ชัยนาทอำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท ระยะเวลาการเก็บ ข้อมูล เดือน มีนาคม-มิถุนายน 2558

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งหมด ชายและเพศหญิงในชุมชน ตำบลชัยนาทอำเภอเมือง

จังหวัดชัยนาทที่ได้รับการทดสอบด้วยแบบทดสอบ สภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination Thai version, MMSE-Thai 2002) ที่แปล โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุโดยมีค่าคะแนนอยู่ใน ระดับความจำพร่องเล็กน้อย โดยใช้เกณฑ์ของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือได้คะแนนระหว่างน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน และในผู้สูงอายุที่ได้เรียน หนังสือระดับประถมศึกษาและระดับสูงกว่าประถมศึกษา ค่าคะแนนระหว่างน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 และระหว่าง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน



ซึ่งเป็นจุดตัด (cut-off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมและยังไม่ได้ได้รับการรักษาหรือวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมจากแพทย์

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยในหมู่บ้านหนึ่งของตำบลชัยนาท อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยใช้เกณฑ์คุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดในระยะเวลา 1 เดือนก่อนการศึกษา ได้จำนวน 22 ราย จาก 88 ราย ดังนี้

1. มีความรู้ภาษาไทย สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
2. ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน การมองเห็นและการพูด
3. ไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้า ไม่มีประวัติไข้ยาเสพติดหรือป่วยเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง ไม่ใช่ว่าที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาทซึ่งรวมทั้งยาแก้ปวดและยาต้านซึมเศร้า รวมทั้งไม่มีปัญหาเรื่องการนอนหลับยาก อย่างน้อย 1 สัปดาห์ ก่อนทำการศึกษาและระหว่างทำการศึกษา โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q
4. เป็นผู้ที่ได้รับการทดสอบด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทยมีค่าคะแนนระหว่าง 14-21 คะแนนในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ รวมทั้งยินดีให้ความร่วมมือในการทำการการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ชุด ได้แก่

1. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination Thai version, MMSE-Thai 2002) เป็นแบบประเมินความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับ บุคคล เวลา สถานที่ปกติ โดยใช้เกณฑ์ของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือได้คะแนนระหว่างน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน และในผู้สูงอายุที่ได้เรียนหนังสือระดับประถมศึกษาและระดับสูงกว่าประถมศึกษา ค่าคะแนนระหว่างน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 และระหว่างน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ซึ่งเป็นจุดตัด (cut-off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมและยังไม่ได้

รับการรักษาหรือวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมจากแพทย์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการบริหารสมองเพื่อเพิ่มความจำในผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อย โดยผู้วิจัยพัฒนาและปรับปรุงโปรแกรมการฝึกความจำของจิตพงษ์ ศรีตันไชย¹³ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 10 กิจกรรมๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 90 นาทีต่อกิจกรรม ทำทุกสัปดาห์ๆ ละ 2 ครั้ง รวม 5 สัปดาห์ ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การระบุนปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะความจำพร่องเล็กน้อย ทบทวนปัญหา ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 ปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพ โดยการทำกิจกรรมนันทนาการ เพื่อสร้างความไว้วางใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา สถานที่ ประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมทั้งทบทวนปัญหาที่เป็นอุปสรรคจากการเสื่อมของความจำ ผลกระทบต่างๆ ที่ได้รับ

ขั้นตอนที่ 2 การปรับปรุงโปรแกรมการบริหารสมองให้เหมาะสมกับบริบท การระบุวิเคราะห์ และ ขั้นตอนที่ 3 การประเมินปัญหาอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนในการใช้โปรแกรมการบริหารสมอง

กิจกรรมที่ 2 ร่วมกันระดมสมองที่ใช้คิดวิธีการบริหารสมองที่เหมาะสมกับการแก้ไขปัญหและอุปสรรคจากการเสื่อมของความจำ โดยการศึกษาจากแหล่งความรู้ต่างๆ และจากประสบการณ์ และร่วมกันวิเคราะห์ข้อดีและข้อเสีย

กิจกรรมที่ 3 การดำเนินการฝึกทักษะการบริหารสมอง โดยการฝึกทักษะการจำใบหน้า และชื่อ การฝึกจำหมายเลข

กิจกรรมที่ 4 ทบทวนการฝึกทักษะครั้งก่อนหน้า และดำเนินการฝึกทักษะการบริหารสมอง โดยการฝึกทักษะการจำกลุ่มคำตอบ การฝึกวาดภาพรูปทรงเรขาคณิตตามที่กำหนด

กิจกรรมที่ 5 ทบทวนการฝึกทักษะครั้งก่อนหน้า และดำเนินการฝึกทักษะการบริหารสมอง โดยการฝึกทักษะการสรุปเรื่องสั้นที่ได้อ่านและเรื่องสั้นที่ผู้ศึกษาเล่าให้ฟัง



กิจกรรมที่ 6 ทบทวนการฝึกทักษะครั้งก่อนซ้ำ และดำเนินการฝึกทักษะการบริหารสมอง โดยการฝึกทักษะการบอกวิธีการจัดเก็บสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ของบ้านให้สะดวกและง่ายต่อการจดจำ

กิจกรรมที่ 7 ทบทวนการฝึกทักษะครั้งก่อนซ้ำ และฝึกทบทวนในกิจกรรมที่ 3 และ 4

กิจกรรมที่ 8 ทบทวนการฝึกทักษะครั้งก่อนซ้ำ และฝึกทบทวนในกิจกรรมที่ 5 และ 6

ขั้นตอนที่ 4 การเลือกและปรับปรุงกลยุทธ์ในการนำโปรแกรมการบริหารสมองไปใช้โดยใช้กลยุทธ์มากกว่า 1 กลยุทธ์ และมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 9 ทบทวนการฝึกทักษะทุกครั้งที่ผ่านมา ประเมินการฝึกทุกทักษะพร้อมทั้งการเลือกฝึกทักษะการบริหารสมองที่จะนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับตนเอง

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินความสำเร็จของการใช้โปรแกรมการบริหารสมอง

กิจกรรมที่ 10 การสิ้นสุดของโปรแกรมการบริหารสมอง การทบทวนกิจกรรมทักษะการฝึกการบริหารสมองที่ผ่านมาทั้งหมด และมีการประเมินการทดสอบโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการบริหารสมองเพื่อเพิ่มความจำในผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อย ที่ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบคุณภาพความเหมาะสมด้านเนื้อหาและความเหมาะสมด้านภาษา ด้วยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย 1) จิตแพทย์ 1 ท่าน 2) พยาบาล APN สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต 2 ท่าน 3) พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกผู้สูงอายุ 2 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (reliability)

ผู้ศึกษาทำการศึกษาเพียงผู้เดียว โดยได้นำแบบ

ทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ที่แปลโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ซึ่งได้ทำการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .71 ทั้งนี้รัชดาภรณ์ หงส์ทองและ ศิริพันธ์ สาสัตย์⁶ ได้มีการตรวจสอบค่าความเที่ยงโดยนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) โดยใช้วิธี Test-retest เท่ากับ .97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ทำหนังสือถึงสำนักงานสำนักงานสาธารณสุขชนบท เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. หลังจากได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้ประสานกับหัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่ดูแลผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านของอำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท เพื่อร่วมทบทวนปัญหา กำหนดปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะความจำพร่องเล็กน้อยในพื้นที่ความรับผิดชอบ พบว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านความสามารถในการจำลดลง จากการประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย
3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกเฉพาะที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จำนวน 22 ราย และให้ผู้ประสานงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนำกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาพร้อมกันที่ห้องประชุม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลนัดวัน เวลา สถานที่ เพื่อความเข้าใจตรงกัน
4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบพิทักษ์สิทธิ์ก่อนเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทราบ ซึ่งผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถตัดสินใจที่จะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่เกิดผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น



5. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยด้วยตนเองโดยให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คนเข้าร่วมโปรแกรมการบริหารสมอง เพื่อเพิ่มความจำในผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 10 กิจกรรมๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 90 นาทีต่อกิจกรรม ทำทุกสัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง รวม 10 สัปดาห์

6. ระยะเวลาหลังการทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล และประเมินความจำด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมอง เบื้องต้นฉบับภาษาไทย ต่อจากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนความจำก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการบริหารสมองเพื่อเพิ่มความจำในผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อย วิเคราะห์โดยใช้สถิติ pair t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครชัยนาท ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทราบ และเปิด

โอกาสให้ซักถามจนเกิดความเข้าใจชัดเจน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีอิสระในการตัดสินใจที่จะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่เกิดผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อย เป็นเพศชายจำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 เพศหญิงจำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 อายุระหว่าง 60-78 ปี ไม่ได้รับการศึกษาจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 100 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คือคู่ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 90.91 ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมการบริหารสมอง และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความจำเท่ากับ 14.77 คะแนน

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความจำของผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการบริหารสมอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความจำของผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อย หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการบริหารสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งในส่วนของคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดเรียงตามลำดับ คือ การรับรู้เวลา สถานที่ การคิดคำนวณ ตัวเลขและความสนใจจดจ่อ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความจำของผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อย ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการบริหารสมอง

กลุ่มทดลอง	คะแนนความจำ		t	p
	$\bar{X}$	SD		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	14.77	4.36	-6.876	.000
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	20.14	3.99		



อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาโปรแกรมการบริหารสมองเพื่อเพิ่มความจำในผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คน ผลการวิเคราะห์อภิปรายตามวัตถุประสงค์การศึกษา ดังนี้

1. โปรแกรมการบริหารสมอง สามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อยได้เนื่องจากโปรแกรมการบริหารสมองพัฒนาขึ้นอย่างเป็นขั้นตอน มีความสัมพันธ์กันเริ่มจากการสังเคราะห์องค์ความรู้และสาระของการกระตุ้นความจำ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน จำนวน 10 กิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เรื่องความจำ และความจำบกพร่องเล็กน้อย กิจกรรมที่ 2 ร่วมกันระดมสมองที่ใช้วิธีการบริหารสมองที่เหมาะสมกับการแก้ไขปัญหา กิจกรรมที่ 3-9 การดำเนินการฝึกทักษะการบริหารสมอง กิจกรรมที่ 10 การสิ้นสุดของโปรแกรมการบริหารสมอง และการทบทวนกิจกรรมทักษะการฝึกบริหารสมองที่ผ่านมาทั้งหมด ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีด้านความจำของแอดคินสันและซิฟฟริน¹⁵ และแนวปฏิบัติของสมาคมพยาบาลออนทARIO¹⁴ ที่กล่าวถึงข้อควรคำนึงในการพัฒนาโปรแกรมการทำการกิจกรรมว่าผู้พัฒนาไม่ควรยึดมั่นกับทฤษฎีหรือหลักการเรียนรู้ใดเพียงอย่างเดียว

โปรแกรมการบริหารสมองที่พัฒนาขึ้น สามารถเพิ่มความจำในผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อย หลังเข้าร่วมโปรแกรมการบริหารสมองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการบริหารสมอง เป็นเพราะการบริหารสมองทำให้สมองทุกส่วนเกิดการตื่นตัว ทำให้แขนงเซลล์ประสาทแตกกิ่งก้านสาขา เซลล์สมองสื่อสารกันมากขึ้น มีการเชื่อมโยงเซลล์ประสาทสมองแข็งแรงขึ้น และเมื่อเซลล์สมองแข็งแรงขึ้น จะทำให้สมองทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการฟื้นฟูความจำระยะสั้น และเมื่อมีกิจกรรมซ้ำๆ ทั้งจากการจำใบหน้า และชื่อ ส่งเสริมทักษะการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล และทักษะด้านความคิดความเข้าใจและความจำ ส่วนกิจกรรมการฝึกจำหมายเลข กลุ่มบัตรคำตอบ การฝึกวาดภาพรูปทรงเรขาคณิต ส่งเสริมทักษะด้านความสนใจจดจ่อ ความจำ

และการบริหารจัดการ ส่วนกิจกรรมสรุปเรื่องสั้นที่ได้อ่าน และเรื่องสั้นที่ผู้ศึกษาเล่าให้ฟัง การบอกวิธีการจัดเก็บสิ่งของ เครื่องใช้ต่างๆ ของบ้านให้สะดวก ส่งเสริมทักษะด้านความสนใจจดจ่อ ความจำ การใช้ภาษา ทักษะการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ความสามารถในการรับรู้ก่อนมีสัมผัสสัมผัสและความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนิ ศรีเจียงคำ¹⁷ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรกที่ได้รับโปรแกรมฝึกความจำ ได้แก่ การฝึกความจำใบหน้าและชื่อ การฝึกความจำหมายเลขต่างๆ การฝึกจำกลุ่มคำตอบ การฝึกวาดภาพตามที่กำหนด การสรุปเรื่องสั้นที่ได้อ่าน และเรื่องสั้นที่ผู้ศึกษาเล่าให้ฟัง การฝึกวิธีหรือแนวทางในการจัดเก็บสิ่งของเครื่องใช้ให้สะดวกและง่ายต่อการจดจำ โดยประยุกต์ขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติในคลินิกของสมาคมพยาบาลออนทARIOจะมีความสามารถในการจำเพิ่มขึ้นใน 1 วันและ 2 สัปดาห์ภายหลังได้รับโปรแกรม 13 ใน 15 คน ร้อยละ 86.66 ซึ่งเมื่อได้มีการทบทวนการปฏิบัติซ้ำๆ อย่างสม่ำเสมอ อธิบายได้ว่า การทำให้ผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อย ได้มีการปฏิบัติกิจกรรมที่เคยได้รับซ้ำๆ มีการทบทวนก่อนที่จะเริ่มกิจกรรมใหม่ จะมีผลทำให้การทำงานของระบบกระตุ้น (arousal system) ซึ่งเป็นระบบแรกที่รับข้อมูลและข้อมูลที่มีการทบทวนหรือมีการรับข้อมูลนั้นซ้ำอีก ข้อมูลจะผ่านไปสู่ระบบลิมบิก (limbic system) แล้วเกิดเป็นความจำสัมผัส (sensory) ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเก็บบันทึกข้อมูลที่ได้รับและเปลี่ยนเป็นความจำระยะสั้น (short-term memory) ที่มีความคงอยู่ในระยะเวลาเป็นวันหรือ 2-3 วัน ส่งผลให้ความจำระยะสั้นเปลี่ยนเป็นความจำระยะยาว (long-term memory) ที่จะทำให้การคงอยู่ของความจำตลอดไป ตามลำดับ แต่ถ้าระหว่างที่สมองกำลังรับข้อมูลนั้นอยู่ มีการรบกวนสมอง ความจำระยะสั้นก็จะมีปัญหา ทำให้เกิดการลืมข้อมูลที่กำลังรับรู้ขณะนั้นได้ง่าย ต้องมีการทบทวนใหม่ แต่เนื้อหาในส่วนแรกอาจถูกเก็บไว้เป็นความจำแล้ว ถ้าเชื่อมข้อมูลได้ความจำก็จะกลับคืนเรื่องราวได้ ด้วยการทำงานในสมอง สอดคล้องกับแนวคิดด้านความจำของ แอดคินสันและซิฟฟริน¹⁵ ซึ่งเป็น



กระบวนการเชิงโครงสร้างที่เริ่มตั้งแต่รับข้อมูล การบันทึกข้อมูล และการเรียกข้อมูลนั้นกลับมาใช้ได้ เกิดความจำสัมผัสแล้วจะเปลี่ยนเป็นความจำระยะสั้น แต่หากมีสมาธิและความตั้งใจร่วมกับการได้รับการฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ข้อมูลนั้นเปลี่ยนจากความจำระยะสั้นเป็นระยะยาวที่มีความถาวรอยู่ตลอดชีวิตและบุคคลจะสามารถระลึกถึงสิ่งเร้านั้นได้ทันที สอดคล้องกับการศึกษาของบุริพันธ์กุล, โกทั้น, เมตตา ภัทร, มุกเกต วิทย์และสังฆรัตน์¹⁸ ที่ทำการศึกษาถึงผลของการฝึกความรู้ความเข้าใจในกลุ่มผู้สูงอายุ aMCI โดยมีการส่งเสริมทักษะด้านการบริหารจัดการ ด้วยกิจกรรมจัดหมวดหมู่กิจกรรมซื้อของในสถานการณ์จำลอง และการแก้ไขปัญหา ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทักษะความรู้ความเข้าใจด้านการบริหารจัดการที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวูด¹⁹ ที่ได้ทำการสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาถึงการกระตุ้นความสามารถในการจดจำของสมองซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมหลากหลายประเภท มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นความคิด และความจำโดยทั่วไป รวมถึงการสนทนาพูดคุยเรื่องราวเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งในอดีตและปัจจุบัน พบว่าการฝึกสมอง มีประโยชน์ต่อความสามารถ ในการจดจำและความคิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของโรจินเดอร์ ฮังเทน และบ็อกเทน²⁰ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในกลุ่ม กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อยมาวิเคราะห์ พบว่า การดูรูปหน้าแล้วถามชื่อ การฝึกความจำโดยใช้คอมพิวเตอร์ การใช้โปรแกรมฟื้นฟูความจำ โดยใช้ระยะเวลาที่แตกต่างกันตั้งแต่ 100 นาทีต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 6 สัปดาห์ หรือสัปดาห์ละ 90-120 นาที เป็นเวลา 3-5 สัปดาห์ ทำให้ความสามารถในด้านความรู้ ความจำ การใช้ภาษา การตัดสินใจโดยใช้เหตุผล และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัย

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นเพียงการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อยที่ไม่รับ

การศึกษา เพียงกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง จึงควรมีการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อย ในระดับที่แตกต่างกันและควรมีกกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อจะดูประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการออกแบบกิจกรรม เพื่อการพัฒนาแนวทางการป้องกันความเสี่ยงของสมองต่อไป

2. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำการประเมินผลความจำหลังการเข้าร่วมโปรแกรมบริหารสมองทันที แต่ไม่ได้ติดตามต่อเนื่อง จึงควรที่จะมีการติดตามผลในระยะ 3 เดือนและ 6 เดือน เพื่อดูประสิทธิภาพความคงทนของความจำต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

1. บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำแนวทางการชะลอความเสี่ยงของสมองไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ ในชุมชนได้
2. บุคลากรในสถานศึกษาสามารถนำผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนแก่นักศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันความเสี่ยงของสมองในผู้สูงอายุได้

References

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. World Population Ageing 2015. New York: United Nations; 2015.
2. Prasartkul P. Situational of Thai elderly 2014. Bangkok: Amarin printing and Publishing; 2015.
3. Carvalho A, Rea IM, Parimon T, Cusack BJ. Physical activity and cognitive function in individuals over 60 years of age: a systematic review. Clinical Interventions in Aging 2014; 9: 661-682.



4. World Health Organization. Mental health and older adults [internet]. 2016 [cited 2016 November 14]. Available: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/> Updated April 2016
5. Roberts RO, et al. Higher risk of progression to dementia in mild cognitive impairment cases who revert to normal. *Neurology* 2014; 82(4): 317–325.
6. Lee SJ, Ritchie CS, Yaffe K, Stijacic CI, Barnes DE. A Clinical Index to Predict Progression from Mild Cognitive Impairment to Dementia Due to Alzheimer's Disease. *PLoS ONE* 2014; 9(12): e113535. DOI: 10.1371/journal.pone.0113535
7. Montejo P, Montenegro M, Fernandez MA, Maestu F. Memory complaints in the elderly: quality of life and daily living activities. A population based study. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2012; 54(2): 298–304.
8. Alzheimer's Disease International. Alzheimer Report 2015: The Global Impact of dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London: Alzheimer's Disease International (ADI); 2015.
9. Noysipoom N, Sasat S. Living with Early-stage Dementia of Older Persons: A Qualitative Case Study. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2014; 26(2): 99–110. [in Thai].
11. Chaiwong P. Effects of Cognitive Training Program on Cognitive Abilities and Quality of Life in Elderly with Suspected Dementia [Master thesis]. Chiangmai: Chiangmai University. 2015. [in Thai].
12. Karunchareernpanit S. Older People with Dementia and Nursing Care: A Challenging Role for Nurses. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health* 2015; 26(2): 99–110. [in Thai].
13. Gerhard WE, Thomas I, Stefan K, Michael H. New Development in the Diagnosis of Dementia. *Physiology and Psychotherapy* 2010; 21(2): 202–205.
14. Sritonchai J. Effectiveness of Memory Training Program Implementation Among Elderly with Mild Cognitive Impairment, Pua District [Master thesis]. Chiangmai: Chiangmai University. 2015. [in Thai].
15. Registered Nurses Association of Ontario. Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines 2nd ed. [internet]. 2012 [cited 2016 November 14]. Available: <http://www.rnao.com>.
16. Atkinson RC, Shiffin RM. *Psychology: Principles and application*. 2nd ed. New Jersey: Prentice Hall; 1997.
17. Hontong R, Sasat S. The effect of Reminiscence Program on Cognitive Function of Older People with Dementia. *Journal of Nursing and Education* 2015; 8(1): 99–112.
18. Sornjiengkhum R. Effectiveness of Memory Training Program Implementation Among Elderly with Early-stage Dementia, Memory Clinic, Lampang Hospital [Master thesis]. Chiangmai: Chiangmai University. 2015. [in Thai].
19. Boripuntakul S, Kotan S, Methapatara P, Munkhetvit P, Sungkarat S. Short-term effects of cognitive training program for individuals with amnesic mild cognitive impairment: A Pilot Study. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics* 2012; 30(2): 138–149.



20. Woods B, Aguirre E, Spector AE, Orrell M. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia [internet]. (2012). [cited 2016 November 14]. Available: <http://www.thecochranelibrary.com/details/file/.../CD005562.html>
21. Reijinder J, Heugten CV, Bostel MV. Cognitive intervention in healthy older adults and people with mild cognitive impairment: A systematic review. *Aging research reviews* 2013; 12(2013): 263–275.



**ระเบียบคณะกรรมการเภสัชวิทยาและพิษวิทยา
ว่าด้วยเรื่อง การส่งผลงานวิชาการของคณาจารย์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. ๒๕๕๑**

เพื่อให้การจัดทำวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ไปสู่ความเรียบร้อยและมีคุณภาพ จึงอาศัยอำนาจตามข้อบังคับ สมาคมเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทย (ฉบับแก้ไข พ.ศ. ๒๕๕๐) ข้อ 17 (17.1) ออกระเบียบว่าด้วยเรื่อง การส่งผลงานวิชาการของคณาจารย์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ของสมาคมเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทย และขอให้คณะกรรมการ ก. ๒๕๕๑ บรรดาข้อบังคับใดที่ขัดแย้งกับระเบียบนี้ให้บังคับโดยระงับ ตั้งต่อไปนี้

- ข้อ 1. ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบว่าด้วยเรื่อง การส่งผลงานวิชาการของคณาจารย์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข” พ.ศ. ๒๕๕๑
- ข้อ 2. ระเบียบนี้ใช้บังคับตั้งแต่ 1 พฤษภาคม ๒๕๕๑
- ข้อ 3. ในระบือนี้

ผู้ทรงคุณวุฒิ หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญในสาขาวิชาใดๆ

สมาชิก หมายถึง ผู้ที่เป็นสมาชิกของสมาคมเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทย และเป็นสมาชิกวารสาร “พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข”

ผลงานวิชาการที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ หมายถึง ผลงานที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ อย่างน้อย 2 คน ที่มีความเห็นตรงกันว่าเป็นผลงานที่มีคุณภาพ สามารถลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารได้

ผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ หมายถึง บทความวิจัย บทความวิชาการ บทความทบทวนวรรณกรรม หรือบทความปริทรรศน์

- ข้อ 4. ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข มีดังต่อไปนี้
 - 4.1 เป็นผลงานวิชาการทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาล, การสาธารณสุข หรือสาขาที่เกี่ยวข้อง
 - 4.2 ผลงานวิชาการต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน ตลอดเป็นผลงานวิชาการที่ได้นำเสนอในการประชุมทางวิชาการที่มี Proceedings และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในขณะเดียวกัน
 - 4.3 ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในการเป็นบรรณาธิการเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี



- 4.4 ผลงานวิชาการจะได้รับรางวัลพิจารณาตามชั้นรางวัลจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเป็นคณะกรรมการ ไม่เกินกว่า 2 คน
- 4.5 กองบรรณาธิการจะแจ้งผลรางวัลพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารหลังจากผ่านรางวัลประเมินจาก โดยผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการเป็นผู้ให้รางวัลแล้ว
- 4.6 หากผลงานวิชาการใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานวิชาการจะส่งฉบับให้ต้นฉบับให้เสร็จและส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้น จะถือว่าละสิทธิ์การตีพิมพ์
- 4.7 ผลงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง (เฉพาะวิจัยในมนุษย์)

ข้อ 5. อัตราค่าบำรุงวารสารฯ / ค่าธรรมเนียมในการนำผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารฯ

5.1 ผู้ประสงฆ์จะส่งบทความลงตีพิมพ์จะต้องสมัครเป็นสมาชิกวารสารฯ

- อัตราค่าธรรมเนียม 800 บาท / ปี

5.2 ผู้ประสงฆ์จะส่งบทความลงตีพิมพ์จะต้องจ่ายค่าธรรมเนียมการพิจารณาบทความลงตีพิมพ์

และค่าวารสารจัดการวารสารฯ

- อัตราค่าธรรมเนียม 8,000 บาท / 1 บทความ

(เมื่อได้ชำระเงินแล้ว จะไม่ส่งคืน ไม่ว่ากรณีใดๆ)

ข้อ 6. การเตรียมต้นฉบับบทความหรือบทความวิจัย มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียนดังนี้

6.1 บทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Abstract) พร้อมชื่อ-สกุล และสถานศึกษาของผู้แต่ง และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) ของเจ้าของบทความ เช่น ชื่อ: kk124@gmail.com เป็นต้น ทั้งนี้บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษจะต้องเขียนแยกหน้าและมีความยาวไม่เกิน 300 คำ ต่อ 1 บทคัดย่อ (สำหรับบทความวิชาการก็ให้เตรียมบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษด้วยเช่นกัน)

6.2 คำสำคัญ (Keywords) ให้ผู้เขียนพิจารณาสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-6 คำ เช่น คำสำคัญ : คำที่ 1; คำที่ 2; ... (ค้นด้วยสัญญาณ; เครื่องหมาย 1 ครั้ง) เป็นต้น

6.3 บทนำและวัตถุประสงค์ เป็นการเขียนความเป้าหมายหรือความสำคัญควรเขียนสาระหรือข้อสรุปสำคัญที่เป็นประเด็นหลักของบทความหรือการวิจัย เขียนให้กระชับ ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญหรือปัญหาที่ต้องหาการศึกษา มีทั้งชื่อวิชาวัตถุประสงค์ของอาจารย์วิจัย หรือของการเขียนบทความวิจัย โดยอาจจะเพิ่มเป็นหัวข้อใหม่หรือไม่ก็ได้

6.4 วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการเขียนอธิบายกระบวนการดำเนินการวิจัยตามหลักระเบียบวิธี ส่วนการเขียนบทความวิชาการ หากเขียนไปไม่ได้ชื่อวิชากระบวนการได้มาซึ่งข้อมูลหรือการสังเคราะห์ความรู้ที่ปรากฏในบทความ

๑.๕ ผลการวิจัยเป็นการเห็นผลตามวิเคราะห์ข้อมูลวิธีลดขนาดการวิจัย ในกรณีที่มีการนำเสนอข้อมูลด้วยตารางควรออกแบบตารางให้เหมาะสม จากนั้นนำการแปรผลตาราง ไปสืบค้นแนวคิดดังตัวอย่างข้างล่างนี้ ซึ่งของตารางควรเป็นข้อมูลสั้นๆ ไม่เกินหนึ่งบรรทัด วางไว้ด้านบนของตาราง และให้นำเสนอข้อมูลซ้ำเป็น การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกันซึ่งที่แสดงในตาราง

ตัวอย่างการเขียนตาราง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	คะแนน
เพศ		
ชาย	34	8.56
หญิง	18	8.46
การสูบบุหรี่		
ไม่	13	8.37
ใช่	39	8.83

สรุปและอภิปรายผล เป็นการสรุปและแปลความหมายของผลถาวรกิจ และอธิบายเหตุผลว่าทำไมผลถาวรวิจิตรหรือสิ่งที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัยสอดคล้องกับผลถาวรวิจิตรของคนอื่นหรือไม่ อย่างไร ทั้งปีในการอภิปรายควรสนับสนุนด้วยข้อมูลที่เป็เหตุผลเป็นผลและอธิบายโดยใช้หลักการเชิงประจักษ์

๑.๖ รื้อถอนและ ใบการเปลี่ยนรื้อถอนและจากการวิจัย ควรเปลี่ยนรื้อถอนและเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้เพื่อสำหรับการวิจัยต่อในอนาคต ซึ่งปีรื้อถอนและควรสืบเนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ ไม่ใช่ รื้อถอนและสาเหตุการเกิดทั่วไป

๑.7 การโฆษณาเพื่อวัตถุประสงค์การใช้ตามวรรคหนึ่งโดยสถานประกอบการที่ประสงค์จะโฆษณาในสื่อความหมายโฆษณาบนเว็บไซต์หรือเป็น หลักเมืองการให้คำสนับสนุนจากเว็บไซต์หรือเว็บไซต์กับโทรศัพท์ ดาวเทียม โทรศัพท์มือถือหรือเว็บไซต์อื่นใดที่จัดทำขึ้นโดยบุคคลอื่นใดที่มิใช่เจ้าของเว็บไซต์หรือเว็บไซต์ดังกล่าว

๑.๑ ใบการนำผลงานของผู้รับมาไว้ในบทความ ขอให้ผู้เขียนได้รับอนุญาตจากแหล่งที่ตีพิมพ์ว่าเงื่อนไขและ
ฉบับลิขสิทธิ์เกิน 10 ปี มีภาระระบุชื่อผู้แต่งและให้พิมพ์ปรากฏอย่างชัดเจน ควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็น
ต้นฉบับของผู้แต่ง และบทความใดที่มีการตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย *Plagiarism* จะถูกตัดสินชี้ในการพิจารณาของ
ผู้พิมพ์

๕.๑ หากพบความผิดปกติประการใด ให้ผู้มาตรวจคำ โดยระบุชื่อภาพไว้ด้านบนของภาพ หากเป็นภาพที่เป็นผลงานของบุคคลอื่น ให้ระบุที่มาของภาพไว้ใต้ภาพ พร้อมทั้งมีการอ้างอิงด้วยตัวอักษรหรือความระบุชื่อและให้ทำการเขียนอ้างอิงไว้ด้วย เช่น

URL: <http://www.walldisplay.com/view/examine-reflection-onces-city-surveysd-ether.htm>²



6.9.1 การตั้งค่าหน้ากระดาษ ให้ตั้งค่าขนาดกระดาษ A4 จัดหน้าให้มีช่องว่างด้านบน 1 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ด้านซ้าย 1.25 นิ้ว ด้านขวา 1 นิ้ว สักขรที่ใช้ในการพิมพ์ให้ใช้ฟอนต์ *BacoviaUPC* ขนาด 18 และ *single space* และมีเนื้อหารวมบทคัดย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 16 หน้า

6.9.2 ในการพิมพ์แต่ละฉบับให้พิมพ์ต่อเนื่องกันให้จบฉบับหน้า ไม่กด *Enter* ในระหว่างหน้า และในการเว้นวรรคระหว่างประโยคหรือคำเพื่อไม่ให้เว้นวรรคใหญ่ หรือมีขนาด 2 เท่าของตัว ๑ หรือเท่ากับ 2 เท่า

6.9.2.1 ขนาดและรูปแบบการพิมพ์ ให้ใช้ดังนี้

รายการ	ฉีกหน้า	รูปแบบการพิมพ์	ขนาด
ชื่อชื่อนาม	ฉีกหน้า	กลางหน้ากระดาษ	18
ชื่อผู้เขียนชื่อนาม* (ไทยและอังกฤษ)	ฉีกหน้า	ชิดขวา	14
บทคัดย่อ	ฉีกหน้า	กลางหน้ากระดาษ	18
<i>Abstract</i>	ฉีกหน้า	กลางหน้ากระดาษ	18
สถานที่ทำงานของผู้เขียนชื่อนาม	ฉีกหน้า	ชิดซ้าย และอยู่ห่างจากหน้ากระดาษ	14
พยางค์ใหญ่	ฉีกหน้า	ชิดซ้าย	18
พยางค์รอง	ฉีกหน้า	ห่างหน้า 8 ฉีกหน้า	18
พยางค์ย่อ	ฉีกหน้า	ให้ห่างหน้า 8 และห่างหน้า 8 ฉีกหน้า	18
เนื้อหาบทคัดย่อและชื่อนาม	ฉีกหน้า		18
การแก้ไขข้อความในบทความ	ฉีกหน้า	ชิดขวา หรือ ฉีกหน้า	18
ข้อความในตาราง	ฉีกหน้า	ข้อความให้ชิดซ้าย ส่วนหัวตารางให้ชิดขวา	14-16
ตัวเลขอ้างอิง	<i>superscript</i>	ชิดหน้าชิดขวา	18
<i>Reference</i>	ฉีกหน้า	ชิดซ้าย	18

6.9.2.2 การเขียนอ้างอิง กำหนดให้ใช้การอ้างอิงแบบวนคูเวอร์ (*Vancouver Style*) จำนวน 16-20 รายการ การอ้างอิงในเนื้อหา (*in-text citation*) ให้นำตัวเลขสารบัญแสดงลำดับของเอกสารอ้างอิงมาวางรวมเส้นไว้หน้าหน้าเนื้อหาส่วนที่มีการอ้างอิงและใช้ตัวทศ และเรียงลำดับหมายเลข 1,2,3 ... ตามที่ปรากฏในเนื้อหา ไม่เว้นช่วงตัวอักษร (เช่น เนื้อหา^{1,2}) หากมีการอ้างอิงเอกสารมากกว่าหนึ่งแห่งและมีลำดับต่อเนื่องกัน ให้ใช้เครื่องหมายทศนิยม (-) เชื่อมระหว่างเลขลำดับครั้งแรกซึ่งกันสุดท้าย แต่พาดลำดับเอกสารไม่ต่อเนื่องกันให้

ให้เครื่องหมายจุดภาคต้นตัวเลข (เช่น เป็อพา^{1-5,6}) และตัวเลขที่แสดงเอกสารอ้างอิง จะต้องตรงกับรายการเอกสารอ้างอิงในท้ายบทความ

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ทำบทความ ให้อ้างอิงตามหมายเลขที่ไว้ในอ้างอิงแบบแพรเมอพาและเรียงลำดับต่อเนื่องด้วยเลขไทยแบบประเภ เพื่อใช้เป็นไปตามข้อกำหนดของฐานข้อมูลอาเซียน (ASEAN Citation Index: ACI) รายการอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้พิจารณาแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการและให้ระบุคำว่า (in Thai) ไว้ท้ายรายการ และในการพิมพ์เอกสารอ้างอิงให้พิมพ์ต่อเนื่องกันไปจนจบแต่ละรายการ โดยไม่กด Enter ระหว่างกลาง สำหรับตัวอย่างของการเขียนเอกสารอ้างอิงที่ใส่ไปลง ได้แก่

๑. การอ้างอิงบทความจากวารสาร ให้เขียนชื่อสกุลขึ้นก่อน เว้นวรรคตามด้วยชื่อชื่อย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ใส่เครื่องหมายใด ๆ ต้น (กรณีผู้แต่งเป็นคนไทยให้เขียนนามสกุลเป็นภาษาอังกฤษ เว้นวรรคตามด้วยชื่อชื่อย่อของชื่อผู้แต่ง) ถ้าผู้แต่งมีหลายคนแล้วไม่เกิน ๓ คนให้ใส่ชื่อทุกคนโดยไม่ใส่เครื่องหมายจุดภาค (.) ต้นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายให้ใส่เครื่องหมายมหัพภาค (.) หากผู้แต่งมีมากกว่า ๓ คนให้ใส่ชื่อผู้แต่ง ๓ คนแรก ต้นด้วยเครื่องหมายจุดภาค และตามด้วยคำว่า et al. ด้วยทางการเขียนอ้างอิงจากวารสาร เช่น

1. Siritharagun B, Saramsagul S, Surachet M. Dementia and the impact of the elderly living alone. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine* 2011;12(3):11-22.(in Thai).
2. Kacwiporn C, Curtis J, Deane EP. Factors involved in recovery from schizophrenia; a qualitative study of Thai mental health nurses. *Nursing and Health Science* 2011;13:323-7.

สำหรับบทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (Digital Object Identifier: DOI) ให้ระบุรหัสประจำบทความ เช่น

3. Mookadara P. Social support and its relationship to morbidity and mortality after acute myocardial infarction. *Ann Intern Med* 2004;140(14):1514-8.
doi:10.1001/archint.140.14.1514.

สำหรับบทความวารสารที่เผยแพร่บนเว็บไซต์หรือเปิดฟรีฐานข้อมูล ให้ใส่ดังนี้

4. Saeangyud J, Dhanawan W, Managkhang Y. The effects of program over three-dimensional music book knowledge to infection among preschool child. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health [internet].* 2016[cited 2016 November 12]. Available: <http://www.tni-thaije.org/index.php/tnph/article/view/55574/53895>



ข. สารอ้างอิงจากหนังสือ การเขียนชื่อผู้แต่งหนังสือให้ใช้ชื่อผู้แต่งวารสาร ชื่อหนังสือให้ใช้ตัวอักษรตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของชื่อหนังสือและชื่อเฉพาะ นอกนั้นเขียนอักษรตัวเล็กหมด ด้วยหลักการเขียนอ้างอิงจากหนังสือ เช่น

5. Jancway CA, Travis F, Walport M, Shlomchik. Immunobiology. 5thed. New York: Garland Publishing; 2001.

6. Department of Mental Health. Annual Report 2006. Bangkok: Istra Square. 2006.(in Thai).

ค. สารอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ให้ระบุประเภทของระดับปริญญาในวงเล็บเพื่อแสดงถึงระดับของวิทยานิพนธ์ ชื่อวิทยานิพนธ์ และชื่อผู้แต่งวิทยานิพนธ์ ด้วยหลักการเขียนอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ เช่น

7. Mawut W. Clinical situational analysis of nursing management for patients with chronic kidney disease, Wang Nuea Hospital, Lampang Province [Master thesis]. Chiangrai: Chiangrai University.2012. (in Thai).

ง. สารอ้างอิงจากฐานข้อมูลออนไลน์ให้ระบุคำว่า [internet] ที่ท้ายชื่อเอกสาร ระบุวันที่เปิดเอกสารโดยให้คำว่า [Cited YYYY Month DD]" ในวงเล็บเพื่อแสดง และชื่อผู้ส่งข้อมูลในอินเทอร์เน็ตเปิดโดยคำว่า "Available from" ด้วยหลักการเขียนอ้างอิงจากฐานข้อมูลออนไลน์ เช่น

8. Olara NC. Self-reflection: Foundation for meaningful nursing practice [internet]. 2016 [cited 2016 Nov 14]. Available from: http://www.reflectionsonnursingcalculuship.org/Pages/Vol39_2_Olara_Nightingale.aspx

ส่วนเอกสารอ้างอิงในรูปแบบอื่นๆ ขอให้ผู้เขียนศึกษาเพิ่มเติมได้จากหลักการเขียนอ้างอิงแบบวนลูเวอร์ ของคู่มือ ช่างชุวงศ์ จากหอสมุดวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่

<http://lib.med.psu.ac.th/libmed2657/index.php/2013-09-04-07-04-05/2013-09-10-09-00-83/vancouver-style>

ข้อ 7 การส่งต้นฉบับเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารให้เจ้าของบทความดำเนินการตามระบบ Thai Journal Online (TJO2.0) ตามขั้นตอนต่อไปนี้

- 7.1 ให้เข้าไปที่เว็บไซต์ศูนย์จัดการวารสารไทย (www.tci-thaijo.org)
- 7.2 ให้กรอกชื่อวารสาร “วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข” ลงในช่องค้นหาวารสาร
- 7.3 ให้คลิก “การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข”
- 7.4 ให้คลิก “For author” ที่อยู่ด้านขวามือของหน้าจอ
- 7.5 ให้ดำเนินการตามคำแนะนำการใช้งานระบบ TJO2.0 ประกอบด้วย
 - 7.5.1 การสมัครสมาชิก TJO2.0
 - 7.5.2 การจัดการข้อมูลส่วนตัว
 - 7.5.3 การส่งบทความผ่านระบบ TJO2.0
 - 7.5.4 การแก้ไขบทความ (หลังจากได้รับอีเมลแจ้งเตือนจากระบบการแก้ไขบทความ)
- 7.6 สำรองค่าธรรมเนียมลงตีพิมพ์ในวารสาร เมื่อได้รับหนังสือแจ้งจากสมาคมฯ

ข้อ 8. วารสารฯ มีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และ ฉบับที่ 3 ธันวาคม – ธันวาคม

ข่าวติดต่อสหภาพสมาคมวิชาชีพ

1. **ชมรมวิชาการวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย**
ดร.ศุภกิจ เจริญสุข โทรศัพท์/โทรสาร: 02-590-1974, 086-165-6862
e-mail: sukjai@okt.ac.th
2. **ชมรมวิชาการวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย**
ดร.เพชรา แก้วพรม โทรศัพท์/โทรสาร : 02-590-1834, 086-982-4635
e-mail: wig2652@gmail.com
3. **ผู้จัดการ/ผู้ประสานงาน การสหภาพสมาคมวิชาชีพ**
นางสาวใบศรี นวลสินธุ์ โทรศัพท์/โทรสาร: 02-590-1834
e-mail: s.banyat@gmail.com



แบบเสนอผลงานวิชาการเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

เขียน : บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นายนาง ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ)

ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย)

ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ)

ตำแหน่ง (ภาษาไทย)

ตำแหน่ง (ภาษาอังกฤษ)

หน่วยงาน (ภาษาไทย)

หน่วยงาน (ภาษาอังกฤษ)

ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ (ติดต่อได้)

โทรศัพท์ทำงาน.....โทรศัพท์มือถือ.....

โทรศัพท์.....E-mail.....

มีความประสงค์ขอส่งผลงานวิชาการ เรื่อง :

ชื่อผลงาน (ภาษาไทย)

ชื่อผลงาน (ภาษาอังกฤษ)

ประเภทของผลงานวิชาการ

☐ บทความวิจัย ☐ บทความวิชาการ ☐ บทความกรณีศึกษา ☐ บทความปริทัศน์ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผลงานนี้ ☐ เป็นผลงานของข้าพเจ้าเพียงผู้เดียว
☐ เป็นผลงานของข้าพเจ้าและผู้ที่ระบุชื่อในผลงาน.ผลงานนี้ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และจะไม่ไปลงไปในวารสารอื่นใด
อีกนับจากวันที่ข้าพเจ้าให้ส่งผลงานนี้ฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขหรือมีข้าพเจ้าได้ลงเอกสารต่างๆ ให้กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
บังคับต่อไป☐ เอกสารต้นฉบับจำนวน 2 ชุด ☐ แผ่นซีดีบันทึกข้อมูล 1 แผ่น☐ สำเนาใบรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยไม่ซ้ำซ้อน

ลงชื่อเจ้าของผลงาน

(.....)



แบบรับรองบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์/การศึกษาอิสระ

เรียน บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ข้าพเจ้า

ชื่อ สกุล

ตำแหน่ง

หน่วยงาน/สถาน

ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้)

.....

.....

โทรศัพท์สำนักงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสาร..... E-mail.....

ขอรับรองว่าได้ตรวจสอบผลงานวิจัยจากวิทยานิพนธ์/การศึกษาอิสระ เรื่อง :

ชื่อผลงาน (ภาษาไทย)

.....

บททบทวน (ชื่อ)

จำกัดหลังจากหลักวิชาการเป็นต้นฉบับ เป็นแล้ว

และจะได้รับการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขไว้

.....ศาสตราจารย์

(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์/การศึกษาอิสระ



ใบสมัคร

เป็นสมาชิกวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

1. ผู้สมัครและที่อยู่ (สำหรับส่งวารสารได้ถึงมือผู้รับ)

ชื่อ.....นามสกุล.....เลขที่สมาชิก.....

สมัครใหม่ ☐ ต่ออายุวารสาร ☐ โปรดระบุ ปี พ.ศ.....

ที่อยู่เลขที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

2. ระยะเวลาที่บอกรับ กำหนดการออกปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

☐ 1 ปี ค่าสมาชิก 300.00 บาท (3 เล่ม)☐ 2 ปี ค่าสมาชิก 600.00 บาท (6 เล่ม)การชำระเงิน ชำระโดย ☐ เงินสด ☐ ตัวแลกเงินไปรษณีย์☐ อนุญาตให้ส่งจ่าย ในนาม สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ส่งจ่าย ณ ที่ทำการไปรษณีย์ ปณ. กระทรวงสาธารณสุข

☐ โอนเงินสดผ่านบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขากระทรวงสาธารณสุข

ชื่อบัญชี : สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

เลขที่บัญชี : 340-202333-5

(ขอให้ส่งหลักฐานการโอนเงิน แนบมาพร้อมใบสมัคร ทุกครั้ง)

ขอให้ออกใบเสร็จในนาม.....

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตึก 4 ชั้น 7 ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร./โทรสาร. 0-2590-1834 , www.tnaph.org, e-mail : n.tnaph@gmail.com

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
Nursing Journal of the Ministry of Public Health

วัตถุประสงค์

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านการพยาบาลทุกสาขาและการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

ชื่อวารสาร

ภาษาไทย : วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
ชื่อย่อภาษาไทย วารสาร พ.ส.
ภาษาอังกฤษ : Nursing Journal of the Ministry of Public Health
ชื่อย่อภาษาอังกฤษ : NJPH

ขอบเขต

- วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข จะตีพิมพ์บทความที่เกี่ยวข้องดังนี้
1. คุณานิติ เป็นบทความเขียนถึงผู้มีพระคุณ ผู้ที่มีผลงานดีเด่น เป็นที่เชิดชูวิชาชีพ ผู้นำวิชาชีพหรือผู้ปฏิบัติทางวิชาชีพ ด้วยเจตนาเพื่อเผยแพร่ให้เป็นที่รู้จัก เป็นตัวอย่าง และเป็นที่ภาคภูมิใจของชนรุ่นหลัง
 2. บทความวิชาการ เป็นบทความทางการแพทย์ การศึกษาพยาบาล การบริหารและงานทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
 3. รายงานการวิจัยทางวิชาชีพ หรือเกี่ยวข้อง
 4. นานาสาระ เป็นบทความข้อความความรู้ทั่วไปที่เกี่ยวข้อง และเป็นประโยชน์
 5. ข่าวน่ารู้จากสมาคมฯ เป็นข้อมูลข่าวสารที่มาจากองค์กรการสาธารณสุข การศึกษาและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

กำหนด

1. ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม
2. อัตราค่าสมาชิก 3 เล่ม 300 บาท/ปี

บทความและรายงานวิจัยในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมีใช้ความรับผิดชอบของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อัตราการลงโฆษณาในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

พื้นที่โฆษณา		ราคาต่อฉบับ
ปกหลังด้านใน	เต็มหน้าพิมพ์ 4 สี	10,000 บาท
ปกหลังด้านใน	เต็มหน้าพิมพ์ 1 สี	6,000 บาท
ในเล่ม	เต็มหน้าพิมพ์ 1 สี	2,500 บาท
ใบแทรกในเล่ม		1,500 บาท