



วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

Journal of Health and Health Management

Vol.6 No.1 January-June 2020 ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2563

บทความวิชาการ:

- การจัดการความเครียดทางการเงินในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
Coping with Financial Stress During the Coronavirus 2019 Pandemic
รพีพงศ์ ยังวราสวัสดิ์, พรรณวดี สมกิตติกานนท์
- Palliative Care Needs Among People Living with Chronic Illness In Community:
A Thai Cultural Religion Perspective
ความต้องการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน: ในมุมมองศาสนาของวัฒนธรรมไทย
จินตนา อาจสันเทียะ, สมศรี สุขเมธ, สุภาพร ดาวดี
- บทบาทของพยาบาลในการบรรเทาสาธารณภัย: กรณีการสังหารหมู่ที่จังหวัดนครราชสีมา
The Roles of Nurses in Disaster Mitigation: A Case of The Massacre at Nakhon Ratchasima
กชกร ธรรมนำศีล, กาญจนา ปัญญาเพชร, วริศรา ไสร์จักษ์

บทความวิจัย:

- ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
แบบองค์รวมของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
The Relationships Between Personal Data, Selected Factors and Holistic Self-Care Behaviors
of Senior Students in Saint Louis College
มาลีวัล เลิศสาครศิริ, ศศิธร เจริญวุฒิพงษ์
- ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ
สมาคมแต่จิวแห่งประเทศไทยเขตทุ่งวัดดอน เขตสาทร กรุงเทพมหานคร
Correlations between Health Belief and 3E 2S Health Behaviors of Elderly in Taejew
Community Tungwatdorn Sathorn Bangkok Thailand
พรศิริ พันรสี, กาญจนา ศรีสวัสดิ์
- ความสุขของผู้สูงอายุไทยยุค 4.0 ที่อาศัยอยู่ในชุมชนและผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ
The Happiness of Thai Elderly in Thailand 4.0 Who Lived in Community and Foster Home
อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, อัมภา ชื่นบุญ
- เปรียบเทียบผลการออกกำลังกายด้วยฮูลาฮoopกับการออกกำลังกายเสริมสร้างความมั่นคงแกนกลางลำตัว
ต่อความทนทานของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวในวัยรุ่นหญิง (การศึกษานำร่อง)
Comparison study of the effect of Hula Hoop and core stability exercise on core muscle
endurance in the female adolescents (A pilot study)
อุษา ศุภครรชิต, ทิพร สุขเทื้อ



วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

Journal of Health and Health Management

ISSN 2408-1396



เจ้าของ :

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ที่ปรึกษา :

ศ.กิตติคุณ ดร.นพ.จิตร สิทธิอมร เซอร์ ดร.สมศรี สุเมธ

เซอร์มาร์การิตา กิจเจริญ

บรรณาธิการ :

ผศ.ดร.แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์

บรรณาธิการประจำฉบับ :

ผศ.ดร.พรรณวิภา บรรณเกียรติ ผศ.ดร.ผกาวัลย์ พุ่มสุทัศน์

กองบรรณาธิการ :

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ศ.ดร.วราณี พองแก้ว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รศ.ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปันตา

รศ.ดร.โสรัจ โปธิ์แก้ว

ผศ.ดร.จิตอนงค์ ก้าวกลสิกรรม

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.ดร.พนัษฐา พานิชชาวิบูลย์

มหาวิทยาลัยบูรพา

รศ.ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมศาสตร์

รศ.ดร.สรวิศ สุธรรมมาสา

ศ.ดร.บุญทิพย์ สิริธรรังสี

รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล

รศ.ดร.ศรีศักดิ์ สุนทรไชย

รศ.ดร.วรางคณา จันทรวง

รศ.สุดาว เลิศวิสุทธิไพบูลย์

ผศ.ดร.อารยา ประเสริฐชัย

ผศ.ดร.สิริรัตน์ สุวณิชย์เจริญ

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ศ.ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย

วัตถุประสงค์และขอบเขต :

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ งานสร้างสรรค์ และนวัตกรรมทางด้านสุขภาพและการจัดการสุขภาพ โดยเฉพาะทางด้านการพยาบาล กายภาพบำบัด จิตวิทยา และการสาธารณสุข
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการสื่อสารข้อมูลและข้อคิดเห็นต่างๆ ทางด้านวิชาการในด้านสุขภาพและการจัดการสุขภาพ

กำหนดการพิมพ์เผยแพร่ :

ปีละ 2 ฉบับ

- มกราคม-มิถุนายน
- กรกฎาคม-ธันวาคม

มหาวิทยาลัยมหิดล

ศ.ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ

รศ.นพ.พิทยา จารุพูนผล

รศ.ดร.ประยูร พองสถิตกุล

รศ.ดร.ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา

ผศ.ดร.พัชรพร เกิดมงคล

มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา

รศ.ดร.วงเดือน ปันดี

กระทรวงยุติธรรม

ดร.ชัตติยา รัตนติลล

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

รศ.ดร.ดวงเดือน ศาสตรภักดิ์

ร.ศ.ดร.มาลีวัลย์ เลิศสาครศิริ

ผศ.ดร.สุวรรณา อนุสันติ

ผศ.ดร.ผกาวัลย์ พุ่มสุทัศน์

ผศ.ดร.พรรณวดี สมกิตติกานนท์

ดร.สมชาย เทียวกุล

ดร.อุษา คุรุครุฑ

มหาวิทยาลัยนานาชาติ

ผศ.ดร.พรรณวิภา บรรณเกียรติ

เอเชีย-แปซิฟิก

ผู้จัดการ :

ผศ.ศุภวรรณ ธนภาพรังสรรค์

ผู้ช่วยผู้จัดการ :

นายฤกษ์ หน่อสีหา

การติดต่อ:

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ 19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา

เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120

โทรศัพท์ 0-2675-5304-12

โทรสาร 0-2675-5313

<http://jhbm.slc.ac.th/> หรือที่ <https://tci-thaijo.org/index.php/slc>

พิมพ์ที่

บริษัท จูน พับลิชชิ่ง จำกัด เลขที่ 88/3 วัฒนาวิเศษ

ซอย 5 ถนนสุทธิสาร แขวงสามเสนนอก เขตห้วยขวาง

กรุงเทพมหานคร 10310

โทรศัพท์ 0-2276-6570, 0-2277-7226

โทรสาร 0-2275-2783

- บทความทุกเรื่องที่ดีพิมพ์วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ ได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน/บทความ

- ความคิดเห็น ข้อความ ภาพ และตารางประกอบในบทความที่ดีพิมพ์ในวารสารนี้เป็นของผู้เขียน และถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนแต่เพียงผู้เดียว ซึ่งบรรณาธิการกองบรรณาธิการวารสารฯ และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยกับสิ่งเหล่านั้น และไม่มีส่วนรับผิดชอบแต่อย่างใด

สารบัญ

หน้า

บทบรรณาธิการ

บทความวิชาการ

การจัดการความเครียดทางการเงินในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.....	1
Coping with Financial Stress During the Coronavirus 2019 Pandemic รพีพงศ์ ยั่งวรสวัสดิ์, พรรณวดี สมกิตติกานนท์	
Palliative Care Needs Among People Living with Chronic Illness In Community:	10
A Thai Cultural Religion Perspective ความต้องการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน: ในมุมมองศาสนาของวัฒนธรรมไทย จินตนา อาจสันเทียะ, สมศรี สุเมธ, สุภาพร ดาวดี	
บทบาทของพยาบาลในการบรรเทาสาธารณภัย: กรณีการสังหารหมู่ที่จังหวัดนครราชสีมา	19
The Roles of Nurses in Disaster Mitigation: A Case of The Massacre at Nakhon Ratchasima กชกร ธรรมนำศีล, กาญจนา ปัญญาเพชร, วริศรา ไสรัจจ์	
บทความวิจัย	
ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	31
แบบองค์รวมของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ The Relationships Between Personal Data, Selected Factors and Holistic Self-Care Behaviors of Senior Students in Saint Louis College มาลีวัล เลิศสาครศิริ, ศศิธร เจริญวุฒิพงศ์	
ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ	45
สมาคมแต่ใจแห่งประเทศไทยแขวงทุ่งวัดดอน เขตสาทร กรุงเทพมหานคร Correlations between Health Belief and 3E 2S Health Behaviors of Elderly in Taejew Community Tungwatdorn Sathorn Bangkok Thailand พรศิริ พันธสี, กาญจนา ศรีสวัสดิ์	
ความสุขของผู้สูงอายุไทยยุค 4.0 ที่อาศัยอยู่ในชุมชนและผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ	58
The Happiness of Thai Elderly in Thailand 4.0 Who Lived in Community and Foster Home อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, อัสมา ชื่นบุญ	
เปรียบเทียบผลการออกกำลังกายด้วยธูล่ากับการออกกำลังกายเสริมสร้าง	71
ความมั่นคงแกนกลางลำตัวต่อความทนทานของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวในวัยรุ่นเพศหญิง (การศึกษานำร่อง) Comparison study of the effect of Hula Hoop and core stability exercise on core muscle endurance in the female adolescents (A pilot study) อุษา ครุครรชิต, ทิชาพร สุขเกื้อ	

บทบรรณาธิการ

วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยในปีที่ 6 ฉบับที่ 1 นี้ กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพได้ปรับรูปแบบของวารสารเพื่อความเป็นสากลในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการที่หลากหลาย ทันสมัย และมีเนื้อหาที่น่าสนใจที่ท่านผู้อ่านสามารถติดตามได้ โดยฉบับนี้ได้นำเสนอบทความทั้งทางด้าน จิตวิทยา ด้านการศึกษาพยาบาล ด้านการสาธารณสุขและด้านกายภาพบำบัด ประกอบไปด้วยบทความวิชาการจำนวน 3 เรื่อง นำเสนอเกี่ยวกับ วิธีการจัดการความเครียดทางการเงิน ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่น่าสนใจเพราะ จากสถานการณ์การระบาดครั้งนี้ส่งผลกระทบต่อหลายอย่างรวมทั้งรูปแบบการดำเนินชีวิตของประชาชน การขาดรายได้ การตกงาน ทำให้เกิดความเครียดโดยเฉพาะจากปัญหาด้านการเงิน และในวารสารฉบับนี้ยังนำเสนอเกี่ยวกับความต้องการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน: ในมุมมองศาสนาของวัฒนธรรมไทย และนำเสนอบทบาทของพยาบาลในการบรรเทาสาธารณภัย กรณีการสังหารหมู่ที่จังหวัดนครราชสีมา ในส่วนบทความวิจัยมีจำนวน 4 เรื่อง ประกอบด้วย งานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของ ผู้สูงอายุ สมาคมแพทย์แห่งประเทศไทย และเรื่องความสุขของผู้สูงอายุยุค 4.0 ที่อาศัยอยู่ในชุมชนและผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีบทความวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาทางการพยาบาลเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ และการศึกษาทางด้านกายภาพบำบัด โดยเป็นการศึกษานำร่อง เรื่อง เปรียบเทียบผลการออกกำลังกายด้วยธูล่าฮูกับการออกกำลังกายเสริมสร้างความมั่นคงแกนกลางลำตัวต่อความทนทานของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวในวัยรุ่นเพศหญิง

กองบรรณาธิการ ขอขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอย่างสูง ที่ให้ความกรุณาอนุเคราะห์การอ่านประเมินบทความและให้คำแนะนำซึ่งช่วยผลักดันให้การจัดทำวารสารมีคุณภาพเป็นไปตามเกณฑ์คุณภาพวารสารวิชาการระดับชาติ พร้อมกันนี้ขอขอบคุณผู้เขียนบทความทุกท่านที่ให้ความสนใจส่งบทความมาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารฉบับนี้ และให้ความร่วมมือรังสรรค์งานบทความเป็นอย่างดี กองบรรณาธิการขอเชิญชวนนักวิชาการ นักวิจัย อาจารย์ และผู้สนใจทั่วไปได้ร่วมส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในฉบับต่อ ๆ ไป โดยสามารถเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบการตีพิมพ์ของวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพจากทำยวารสารฉบับนี้แล้วจัดส่งบทความออนไลน์ผ่านระบบ Online Submission ของวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ ได้ตามที่อยู่ลิงก์ : <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/slc> และในวาระนี้ คณะผู้จัดทำวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพขอน้อมรับข้อเสนอแนะและคำติชมทั้งปวงเพื่อการปรับปรุงคุณภาพของวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพให้มีความดีและมีมาตรฐานยิ่ง ๆ ขึ้นไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์

บรรณาธิการ

การจัดการความเครียดทางการเงินในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Coping with Financial Stress During the Coronavirus 2019 Pandemic

รพีพงศ์ ย้งวรารสวัสดิ์, ปร.ด., Rapeepong Youngwarasawasd, Ph.D.^{1*}

พรรณวดี สมกิตติกานนท์, ปร.ด., Punvadee Somkittikanon, Ph.D.²

¹นักจิตวิทยา, ร.พ. จุฬาลงกรณ์ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ

¹Psychologist, Chulavej Hospital, Amphur Muang, Samut prakarn province

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะจิตวิทยา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ

²Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Psychology, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok.

*Corresponding Author Email: rapeepongyoung@gmail.com

Received: April 22, 2020

Revised: May 23, 2020

Accepted: May 28, 2020

บทคัดย่อ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วของโรคติดเชื้อไวรัส Corona 2019 (COVID 19) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างรวมทั้งรูปแบบการดำเนินชีวิตของประชาชนที่สำคัญคือรัฐบาลได้ประกาศพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563 เป็นต้นมา การห้ามออกนอกเคหสถานในระหว่างเวลา 22.00 -04.00 น. หรือเคอร์ฟิว และมาตรการรณรงค์ผู้ที่ทำงานนอกบ้านให้ทำงานอยู่ที่บ้าน และมีระยะห่างทางสังคม เพื่อยับยั้งการแพร่ระบาดของโรค ส่งผลกระทบให้คนจำนวนมากต้องหยุดทำงานระยะหนึ่ง ลูกจ้างถูกลดเงินเดือน และหลายคนต้องอยู่ในภาวะตกงาน ไม่มีเงินเพียงพอในการดำรงชีวิต ก่อให้เกิดความเครียดอย่างกระทันหัน โดยเฉพาะความเครียดจากปัญหาด้านการเงิน ดังนั้นจึงควรมีวิธีการจัดการความเครียดทางการเงินโดย 1). ยอมรับความจริงว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นปัญหา 2). ค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาด้านการเงิน 3). มีสติและเข้าใจสถานะด้านการเงินและสภาพจิตใจของตนเองเป็นอย่างดี 4). หาทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ที่เผชิญ 5). ให้กำลังใจตนเองและได้รับกำลังใจจากครอบครัว 6). ดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีคุณภาพ 7). หาความสงบสุขในชีวิตจากการจัดการการเงิน

คำสำคัญ: การจัดการความเครียดทางการเงิน การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

The situation of Corona virus 2019 (COVID-19) pandemic obviously affected various circumstances especially daily life styles of the people. Significantly, the government has declared Emergency Decree on Public Administration since March 26, 2020 until now, prohibition of leaving the home between 10 pm – 4 am or curfew, social distancing and regulations campaigning people to work from home instead, in order to stop rapid spread. These situations have affected a large number of people to stop working for a while, with salary deduction or unemployment. Most employees had not enough money to spend for their livings.

Consequently, financial stress has suddenly occurred as their life crisis confrontation. Therefore, appropriate interventions must be essentially established in helping them to cope with financial stress effectively. They are advisable as follows: 1. Accepting the current states of affairs; 2. Determining the causes of behavior affected financial problems; 3. Being more conscious and understand financial conditions and mental health of their owns; 4. Searching suitable coping options in solving those confronted situations. 5. Encouraging themselves and seeking family supports; 6. Managing quality of daily lives more effectively; and 7. Finding more appropriate approaches to live peacefully from financial management .

Keyword: *Coping with financial stress, the Coronavirus 2019 pandemic*

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID- 19) ทั่วโลกมีแนวโน้มทวีความรุนแรงขึ้นตลอดมา ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 และได้รับการประกาศจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ว่าเป็นการระบาดใหญ่ระดับโลก (Global Pandemic) ตั้งแต่วันที่ 11 มีนาคม 2563 จนถึงปัจจุบันนี้ โรคนี้สามารถติดต่อทาง ละอองเสมหะ การไอ และ จาม ทำให้เชื้อแพร่กระจายเข้าทางจมูก ปาก และตาของผู้สัมผัสได้ อาจมีอาการหรือไม่มีอาการแสดงแต่สามารถแพร่เชื้อได้และเป็นโรคติดต่อ ทำให้บุคคลต้องปรับตัวในการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากโรคติดเชื้อ COVID- 19 ซึ่งเกิดการเปลี่ยนแปลงในหลายๆ อย่าง เช่น การต้องสวมหน้ากากอนามัย หลีกเลี่ยงใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีอาการไอ จาม น้ำมูกไหล เหนื่อยหอบ มีไข้เจ็บคอ

และถ้าได้รับเชื้อ COVID- 19 แล้วเชื้ออาจเข้าสู่ปอด ทำให้ปอดอักเสบและอาจถูกทำลายได้ระบบหายใจล้มเหลว และมีโอกาสเสียชีวิตในที่สุด การเว้นระยะห่างทางสังคม หลีกเลี่ยงการไปในที่ผู้คนแออัด หมั่นล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำและสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจล เมื่อสัมผัสพื้นผิวและบุคคลอื่น หลีกเลี่ยงการสัมผัสหน้า โดยเฉพาะ ตา จมูก ปาก ของตนเอง การกินอาหารร้อน สุก สะอาด ใช้ช้อนกลาง และเลี่ยงการใช้ของร่วมกัน เช่น หมอน ผ้าห่ม (รพีพรรณ รัตนวงศ์นรา มอรัตน์, 2563) ผลกระทบสำคัญประการหนึ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้คือการต้องอยู่แต่ในบ้าน โดยมีได้ออกไปประกอบอาชีพใดๆ ได้เลยนั้น บุคคลต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงทางด้านการเงินอย่างกะทันหัน โดยปราศจากการวางแผนล่วงหน้ามาก่อน บางคนต้องเริ่มนำเงินฉุกเฉินจากที่เก็บออมออกมาใช้ บางคนต้อง

ปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานประจำจากที่ทำงานมาเป็นการทำงานที่บ้าน บางคนถึงขั้นตกงานและเกิดปัญหาด้านการเงินทันที ส่งผลให้เกิดความเครียดหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือความเครียดทางการเงิน (Financial Stress) ซึ่งหมายถึงการไม่สามารถปรับตัวได้ทันภายใต้สภาวะที่ถูกกดดันทางการเงิน (Heckman, Lim, & Montalto, 2014) ที่มีสาเหตุมาจากการมีเงินไม่เพียงพอเพื่อใช้จ่ายใช้สอย การไม่สามารถจัดการกับหนี้สิน การต้องเผชิญสภาวะบีบคั้นทางการเงินและการทำงาน (Caldwell, 2019) ความเครียดทางการเงินเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ส่งผลเชิงลบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคคล ตลอดจนส่งผลต่อความเครียดด้านอื่นๆในช่วงที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID- 19 อีกด้วย

บทความนี้ ได้นำเสนอแนวทางการจัดการความเครียดทางการเงินเมื่อต้องเผชิญกับภาวะและสถานการณ์แพร่ระบาดของโรค และการจัดการความเครียดทางการเงินเมื่อต้องเผชิญภาวะวิกฤตทางการเงินด้านอื่นที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การแพร่ของโรคระบาดติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ

วิธีการในการจัดการความเครียดทางการเงิน
มีหลายวิธีด้วยกัน กล่าวคือ จะต้องมีการตัดสินใจทางการเงินอย่างรอบคอบตรวจสอบพฤติกรรมค่าใช้จ่ายหาสาเหตุของความเครียดทางการเงินที่เกิดขึ้นว่ามาจากจุดใดหลักเลียงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงิน มีการจัดการวางแผนที่ดีทางการเงิน จัดลำดับความสำคัญก่อนหลัง ของปัญหาทางการเงิน และ/หรือขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุน (American Psychological Association, 2020) ซึ่งสอดคล้องกับ Adamczyk (2020) ที่เสนอแนะว่า ผู้ที่มีความเครียดทางการเงินในช่วงการระบาดของ COVID-19 ควรปฏิบัติตนดังนี้ คือ ยอมรับว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นปัญหา จัดลำดับความสำคัญ

ของปัญหาทางการเงินที่กำลังถาโถมเข้ามา มีสติกับความเครียดทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น ค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ พึงพาขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่พร้อมให้ความช่วยเหลือสนับสนุน และไม่เข้าไปเสี่ยงลงทุนในสิ่งที่ไม่จำเป็น นอกจากนั้น Steen & MacKenzie (2013) ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่า ในกรณีที่ต้องขอคำปรึกษาจากนักบำบัดทางการเงิน (Financial therapist) นักบำบัดควรสนับสนุนให้ผู้รับการบำบัดรู้จักการให้กำลังใจตนเองและได้รับกำลังใจจากครอบครัว การดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีคุณภาพ และการหาความสุขในชีวิตจากการจัดการทางการเงิน

ผู้เขียนขอเสนอแนะแนวคิดทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการเงินบำบัด ได้แก่ แนวคิดทางจิตวิทยาการปรึกษาแบบบูรณาการ โดยใช้**ทฤษฎีภวนิยม** (Existential Therapy) **ทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม** (Cognitive behavior therapy) และ**ทฤษฎีเผชิญความจริง** (Reality Therapy) เข้ามาปรับใช้ร่วมกับการเงินบำบัด ซึ่ง**ทฤษฎีภวนิยม**ได้กล่าวถึง ความหมายในชีวิต ว่าเป็นการเรียนรู้ของบุคคลที่มีลักษณะเฉพาะตัวของแต่ละบุคคลต่อสิ่งที่ทำให้เขาดำรงชีวิตอยู่ได้ ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวกับสถานการณ์วิกฤติที่เขา กำลังประสบอยู่ (Frankl, 1992 ; อ้างถึงใน ชาญชัย ศักดิ์ศิริสัมพันธ์, 2559) การค้นพบความหมายในชีวิต ทำให้ผู้ที่มีความเครียดทางการเงินเกิดกำลังใจที่จะเผชิญกับวิกฤติชีวิต สามารถก้าวข้ามพ้นจากสถานการณ์ที่หมดหวังได้ ทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดที่ใช้การผสมผสานระหว่างเทคนิคการปรับความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริงและการปรับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์เพื่อให้ผู้รับการบำบัดอยู่ในโลกของความเป็นจริงได้โดยช่วยให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจก่อนว่าความคิดนั้นบิดเบือนไปจากความเป็นจริงอย่างไร พฤติกรรมผิดปกติที่เกิดขึ้นได้แก่อะไร หลังจากนั้นให้ผู้รับการบำบัดประเมินและปรับแก้ไขให้ดีขึ้นด้วย

ตนเอง (Beck, 2011; อ้างถึงในณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร และคณะ, 2559) ซึ่งจะช่วยให้เขามีสติ มีความคิดที่เป็นเหตุผลในการจัดการทางการเงินและมีตรรกะในการตัดสินใจ รับรู้ปัญหาทางการเงินที่ตนเผชิญอยู่ตามความเป็นจริงและแสดงพฤติกรรมทางการเงินอย่างเหมาะสมมากขึ้น ในขณะที่ **ทฤษฎีเผชิญความจริง**ช่วยให้ผู้ที่มีความเครียดทางการเงินยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น มีสติตระหนักถึงในตนเองกับปัจจุบัน รับผิดชอบกับผลลัพธ์ของทางเลือกที่ได้ตัดสินใจเลือก และเห็นคุณค่าในตนเอง (Glasser, 1965 ; อ้างถึงในพิระญาณ์ อัครวงษ์, 2559) เมื่อนำมาปรับใช้ร่วมกับการเงินบำบัด จะช่วยให้ผู้ที่มีความเครียดทางการเงิน สามารถจัดการแก้ปัญหาทางการเงินในแบบฉบับของตนเองได้ มีการจัดการความเสี่ยง ต่อเงินที่ลงทุน มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางการเงิน และมีหลักคิดในการลงทุนที่สอดคล้องกับความหมายในชีวิตที่เหลืออยู่

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวสรุปว่าวิธีการในการจัดการความเครียดทางการเงิน ควรมีดังนี้

1. ยอมรับความจริงว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นปัญหา

ช่วงเวลาที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ ระบาดของเชื้อ COVID – 19 เป็นช่วงเวลาที่ต้องอดทนต่อการเปลี่ยนแปลงชีวิตด้านการเงินของบุคคลให้ได้ การฝึกที่จะยอมรับความจริงและข้อผิดพลาด รวมทั้งการยอมรับว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาอย่างแท้จริงนั้น เป็นการฝึกความรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ที่เกิดจากทางเลือกที่บุคคลได้ตัดสินใจในแนวทางที่ผิดพลาดจนเกิดปัญหาทางการเงินในครั้งนี้

2. ค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาด้านการเงิน

ปัญหาด้านการเงินของบุคคลเกิดจาก การหาเงิน การออมเงิน และการใช้จ่ายเงินที่ไม่สมดุลกัน การค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาดังกล่าว จะช่วยให้ทราบว่า พฤติกรรมใดที่มักจะสร้างปัญหาทางการเงิน

ยกตัวอย่าง สาเหตุของปัญหาในช่วงที่ผ่านมาของบุคคล เช่น เป็นคนใช้จ่ายฟุ่มเฟือยจึงทำให้มีเงินเก็บที่จะใช้ในสถานการณ์ฉุกเฉินน้อยและทำให้มีเงินอยู่อย่างลำบาก ดังนั้น เมื่อเกิดสถานการณ์ดังกล่าวนี้ขึ้น จึงต้องปรับพฤติกรรมให้เป็นคนที่กินง่าย อยู่ง่าย กินน้อยลง ใช้จ่ายในสิ่งที่จำเป็นจริงๆเท่านั้น พอใจในสิ่งที่ตนเองมี อดออมให้มากๆ หาทางเลือกที่เหมาะสมในการประหยัด ตั้งสติในการใช้จ่ายเงินและไม่ฟุ่มเฟือย ไม่พยายามเข้าใกล้สิ่งเร้า หรือสิ่งที่ทำให้แพ้ใจตนเองและต้องซื้อสิ่งนั้นให้ได้ นอกจากนั้นการจดงบประมาณ รวมทั้งรายรับและรายจ่ายของตนเอง น่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยให้สามารถรับรู้พฤติกรรมทางการเงินของตนได้เป็นอย่างดี

3. มีสติ และเข้าใจสถานะทางการเงินและสภาพจิตใจของตนเองเป็นอย่างดี

การที่บุคคลรู้ว่าความหมายของชีวิตเป็นสิ่งที่สำคัญ ส่วนการเงินและปัญหาการเงินสำคัญอยู่ ณ จุดใดในความหมายของชีวิต ข้อดี ข้อเสียของตนเอง หลักการคิดในการลงทุนคือ บุคคลรู้ว่าตนเองลงทุนไปเพื่ออะไร และบุคคลรับความเสี่ยงได้มากน้อยเพียงใด จุดอ่อนของตนที่ควรพัฒนาให้ดีขึ้นคืออะไร ดังนั้น บุคคลควรมีการจัดการดังนี้ 3.1) การจัดการที่ดีทางการเงิน การจัดสัดส่วนทางการเงินที่ตนเองสามารถรับความเสี่ยงได้ 3.2) การวางแผนกลยุทธ์ทางการเงินเป็นอย่างดี 3.3) หลักคิด หลักการการลงทุนในแบบของตน 3.4) การศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของสิ่งที่ตนกำลังจะลงทุน กฎ กติกา ของเกมการเงิน (Money Game) ที่บุคคลต้องเผชิญ โดยทั้ง 4 ข้อควรสอดคล้องกับกำลังความสามารถในการจัดการของตนเอง

4. หาทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ที่เผชิญ

การแก้ปัญหาด้านการเงินที่ดี คือ การแก้ปัญหาย่างรอบคอบ แก้ปัญหาที่เข้ามาทีละเรื่อง ทีละประเด็น ตามกำลังความสามารถของตน และอาจจะเริ่มจากแก้ปัญหา

ที่สำคัญก่อน โดยการตั้งคำถามเกี่ยวกับปัญหาการเงิน เช่น 4.1) ปัญหาการเงิน คืออะไร 4.2) ปัญหาดังกล่าวสำคัญมากน้อยเพียงใดต่อชีวิตของตนเอง ปัญหาดังกล่าวมีความหมายต่อตนเองมากน้อยเพียงใด 4.3) วิธีการใดบ้างที่จะเป็นทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เหมาะสม และมีการขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่พร้อมให้การสนับสนุนหรือไม่ 4.4) กลยุทธ์ในการสร้างความสำเร็จตามทางเลือกที่ตนได้เลือกมีอะไรบ้าง และควรทำอะไรก่อน-หลัง เป็นต้น

5. ให้กำลังใจตนเองและได้รับกำลังใจจากครอบครัว

การให้กำลังใจตนเองเป็นสิ่งที่ควรกระทำเพราะช่วยให้บุคคลที่มีความเครียดทางการเงินมีพลังในการต่อสู้ปัญหาด้านการเงิน การให้กำลังใจตนเองได้แก่ การหาคุณค่าเชิงประสบการณ์ การหามุมมองเชิงบวกในการดำเนินชีวิต การไม่เปรียบเทียบกับผู้อื่นในเชิงลบ การให้อภัยตนเอง รวมทั้งการมีศรัทธาและความหวังว่าปัจจุบันและวันพรุ่งนี้ต้องดีขึ้น รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวต้องเข้าใจและยอมรับสถานการณ์ ช่วยเหลือและให้กำลังใจซึ่งกันและกันเพื่อจะได้ผ่านพ้นวิกฤติไปด้วยดี โดยมีรายละเอียดดังนี้

5.1) การหาคุณค่าเชิงประสบการณ์ หมายถึงการพิจารณาว่าเหตุการณ์ครั้งนี้ช่วยให้ตนเองได้เรียนรู้อะไรบ้าง และควรทำอย่างไรที่จะไม่กระทำผิดพลาดซ้ำอีก เช่น “เหตุการณ์นี้สอนให้ฉันต้องอดออมเก็บเงินไว้ใช้จ่ายในยามฉุกเฉินให้มากกว่านี้” “ต่อไปฉันจะใช้จ่ายฟุ่มเฟือยให้น้อยลงและจะประหยัดเพื่อเก็บเป็นก้อนเงินฉุกเฉินให้มากขึ้น” เป็นต้น

5.2) การหามุมมองเชิงบวกในการดำเนินชีวิต หมายถึงการพิจารณาถึงข้อดีของสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ เช่น “การที่ฉันต้องอยู่แต่ในบ้าน ฉันพบว่าการตกแต่งบ้านทำให้บ้านน่าอยู่ขึ้น ฉันได้ออกกำลังกายที่บ้านและเหนื่อยเหมือนกับการเสียเงินออกกำลังกายที่ Fitness และที่สำคัญคือ ฉันประหยัดเงินได้เกือบเดือนละ

2,000 บาท ฉันจะนำเงินนี้มาดอคอมเก็บเงินไว้ใช้จ่ายในยามฉุกเฉิน ต่อไปฉันจะใช้จ่ายฟุ่มเฟือยให้น้อยลงและจะประหยัดสำหรับก้อนเงินฉุกเฉินให้มากขึ้น” เป็นต้น วิธีการฝึกค้นหามุมมองเชิงบวกในการดำเนินชีวิต มีดังนี้ 5.2.1) ยอมรับมุมมองเชิงลบที่เกิดขึ้น 5.2.2) ตั้งคำถามที่สร้างมุมมองเชิงบวก 5.2.3) ฝึกเติมรูปประโยคมุมมองเชิงบวกให้สมบูรณ์ เช่น “ฉันยังมี” “ฉันโชคดีที่” “ฉันยังเหลือ” (สกล วรเจริญศรี, 2560)

5.3) การไม่เปรียบเทียบกับผู้อื่นในเชิงลบ หมายถึงการฝึกมองรอบด้านว่าในสถานการณ์ดังกล่าวนี้ เป็นภาวะที่มี 5.3.1) คนที่แย่เหมือนตนเอง คนที่ตกงานเหมือนตนเอง คนที่มีชีวิตอยู่อย่างยากลำบากเหมือนตนเอง 5.3.2) คนที่แย่กว่าตนเอง 5.3.3) คนที่สุขสบายดีกว่าตนเอง หรือโชคดีกว่าตนเอง การเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่า ควรเป็นการเปรียบเทียบเพื่อเป็นพลังในการสร้างแรงเสริมทางบวก เช่น “ฉันจะใช้ช่วงเวลาที่ตกงานนี้พัฒนาคุณสมบัติของฉันเพื่อให้ได้งานในองค์กรที่ฉันอยากจะทำ” เป็นต้น

5.4) การให้อภัยตนเอง หมายถึงการไม่กล่าวโทษหรือตอกย้ำความผิดพลาดของตนเองมากเกินไป จนกระทั่งหมดพลังในการดำเนินชีวิต แต่ นำความผิดพลาดดังกล่าวมาเป็นบทเรียนในการไม่กระทำผิดพลาดซ้ำอีกต่อไป

5.5) การมีศรัทธาและความหวังว่าปัจจุบันและวันพรุ่งนี้จะดีขึ้น หมายถึง การมีความเชื่อและความหวังว่าสถานการณ์ดังกล่าวนี้ ในวันพรุ่งนี้อาจจะดีขึ้นและมีวัคซีนป้องกัน จะมีผู้ที่เสียชีวิตน้อยลง ธุรกิจต่างๆ จะเริ่มมีทิศทางดีขึ้น

6. ดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีคุณภาพ

การดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีคุณภาพ หมายถึง การสร้างดุลยภาพในกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้แก่ การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ การรับประทานอาหารตรงเวลาและมีประโยชน์ การขับถ่าย การออกกำลังกาย

กำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีคุณภาพจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง ซึ่งจะทำให้จิตใจของตนเข้มแข็งอดทนพร้อมเผชิญฝ่าฟันอุปสรรคต่าง ๆ พร้อมรับมือกับเหตุการณ์ระบาดของเชื้อ COVID -19 และการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่กำลังเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหลังจากที่ตนเหนื่อยล้ากับสถานการณ์เฝ้าระวัง และปฏิบัติตามภาระความรับผิดชอบในหน้าที่การงานมาทั้งวันแล้ว เมื่อถึงเวลานอนต้องปล่อยวางในเรื่องต่าง ๆ และเมื่อถึงเวลารับประทานอาหารก็ต้องรับประทานให้ตรงเวลา เมื่อถึงเวลาขับถ่ายก็ควรขับถ่ายก่อนจะเสพข่าวสาร COVID - 19

สิ่งที่ควรกระทำในการลดความเครียดในช่วงระบาดของเชื้อ COVID-19 คือตระหนักรู้ในการต้องเผชิญความเสี่ยงกับสถานการณ์ดังกล่าว ได้แก่ การหาวิธีการลดความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อตนได้ทำเต็มที่แล้วก็ควรฝึกเผชิญความจริงในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นที่อยู่รอบตัวที่เขาอาจเป็น หรือ ไม่เป็นผู้ติดเชื้อ COVID - 19 ก็ได้ พร้อมตั้งสติ ไม่ตื่นตระหนก หรือวิตกกังวล และกลัวมากเกินไป โดยปฏิบัติตามวิธีการที่ภาครัฐหรือกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแนะนำอย่างเคร่งครัด

7. หาความสงบสุขในชีวิตจากการจัดการการเงิน

การหาความสงบสุขในชีวิตจากการจัดการการเงิน หมายถึง การได้ใช้ศักยภาพทางการเงินของตนอย่างเต็มที่และเต็มศักยภาพ พอใจในสิ่งที่ตนเองมีความสมดุลทางการเงิน การหาเงิน การเก็บเงิน การใช้จ่ายเงินอยู่ในสัดส่วนที่สมดุลกัน รวมทั้งการได้ปล่อยวางและแสวงหาความสงบสุขในชีวิต เมื่อได้ปฏิบัติตามเพื่อลดความเสี่ยงของตนอย่างเคร่งครัดแล้ว จะเกิดการผ่อนคลาย เช่น ปล่อยใจตนเองว่า “เราได้ทำดีที่สุดแล้วอะไรจะเกิดก็ต้องเกิด ได้ทำดีที่สุดแล้วบนพื้นฐานกำลังความสามารถที่เรามี” เป็นต้น

ผู้เขียนมีประสบการณ์การทำงานในการบริการ

การศึกษาด้านการเงินมาเป็นเวลา 16 ปี และในระยะการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีกรณีศึกษาที่น่าสนใจเพื่อเป็นแนวทางในการปรับตัวและการจัดการความเครียดทางการเงินดังนี้

กรณีศึกษาความเครียดทางการเงินในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กรณีที่ 1 ชื่อ นาง ก (นามสมมติ) เพศหญิง อายุ 35 ปี ได้เข้ามาขอรับบริการการปรึกษากับนักจิตวิทยาการปรึกษา เนื่องจากมีความเครียด วิตกกังวลนอนไม่หลับ นาง ก ทำงานเป็นพนักงานในร้านตัดผม มีเงินเดือนเฉลี่ย ประมาณ 2 หมื่นห้าพันบาทต่อเดือน จากเหตุการณ์ระบาดของเชื้อ COVID-19 ร้านตัดผมที่ตนทำงานอยู่ถูกสั่งปิดทันทีทำให้ต้องตกงานไม่มีเงินมาจุนเจือตนเองและครอบครัว จากการบำบัดทางการเงินในกรณีนี้ มีดังนี้

1. ยอมรับความจริงว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นปัญหา

นาง ก ได้เล่าระบายความรู้สึกเชิงลบ จากประสบการณ์ในการทำงาน 13 ปี และไม่เคยคิดว่าจะเผชิญเหตุการณ์แบบนี้

2. ค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมที่ทำให้เกิดปัญหาด้านการเงิน คือ ช่วงที่ผ่านมาตนไม่ค่อยเก็บเงินเพราะมีพฤติกรรมใช้จ่ายฟุ่มเฟือย

3. มีสติ และเข้าใจสถานะทางการเงิน และสภาพจิตใจของตนเองเป็นอย่างดี ต่อจากนี้ตนจะใช้จ่ายอย่างระมัดระวังให้ความสำคัญต่อการออมให้มากขึ้น และไม่ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย

4. นาง ก พบทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ที่เผชิญ โดยนำเงินที่เคยเก็บออมออกมาใช้ อีกทั้งร่อนเงินเยียวยา 5,000 บาท จากโครงการ “เราไม่ทิ้งกัน” ที่ได้รับจากรัฐบาล แนะนำเจ้าของร้านให้ปรับปรุงร้านใหม่ น่าจะใช้ระยะเวลา 3 เดือน เพื่อให้ร้านดูน่าเข้ามาใช้บริการกว่าร้านคู่แข่ง เมื่อเหตุการณ์ระบาดของเชื้อ COVID-19 คลี่คลายจะได้มีลูกค้าเพิ่มขึ้น

หารายได้เสริมโดยขายข้าวเหนียวหมุ่มส่งตามบ้านและคอนโดใกล้บ้าน ทำคลิปสอนการตัดผม เพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มให้ตนเอง

5. ให้กำลังใจตนเองด้วยการมองคุณค่าเชิงประสบการณ์ของเหตุการณ์ครั้งนี้ได้ว่า การต้องอยู่บ้านมากขึ้น ทำให้ตนได้มีเวลาร่วมกิจกรรมกับมารดาและบิดามากขึ้นและได้รับกำลังใจจากท่านในการดำเนินชีวิต ตนได้เป็นที่รู้จักได้สร้างชื่อในสื่อสังคมออนไลน์จากการทำคลิปสอนการตัดผม

6. ดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีคุณภาพ ในการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ เมื่อถึงเวลานอนต้องนอนทันที รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายในบ้านอย่างสม่ำเสมอ เสพข่าว COVID-19 ให้น้อยลงจากที่เสพข่าวทั้งวันลดลงเหลือแค่ช่วงเวลา 19.00 น.-20.00 น. เท่านั้น เพราะเป็นช่วงเวลาที่สรุปข่าวจากทั้งวันและปฏิบัติตามคำสั่งของรัฐบาลอย่างเคร่งครัด เช่น มาตรการเคอร์ฟิวของรัฐบาล เป็นต้น

7. หาความสงบสุขในชีวิตจากการจัดการการเงิน ได้แก่ บ่อยวาง ทำใจ เมื่อเครียดและวิตกกังวลทางการเงิน เช่น กลัวว่าสถานการณ์ COVID-19 จะยาวนานไปเป็นปี และกิจกรรมบำบัดของกรณีนี้ เช่น สวดมนต์ นั่งสมาธิ เดินจงกรม เล่าระบายพูดคุยกับนักจิตวิทยา และเพื่อนสนิท เป็นต้น

กรณีที่ 2 ชื่อ นาย ข (นามสมมติ) เพศชาย อายุ 32 ปี ได้เข้ามาขอรับบริการการปรึกษากับนักจิตวิทยา การปรึกษา เนื่องจากปัญหาที่ 1. มีความเครียด เรื่องการผ่อนคอนโด จำนวนเงิน 3 ล้านบาท ผ่อนต่อเดือนเดือนละ 10,000 บาท และ 2. มีความเครียด เรื่องความมั่นคงในงานที่ตนทำอยู่ นาย ข เป็นพนักงานบริษัทเอกชน มีเงินเดือนเฉลี่ย ประมาณ 30,000 บาท ต่อเดือน จากเหตุการณ์ระบาดของเชื้อ COVID-19 ทำให้ถูกลดเงินเดือน เหลือเงินเดือนเพียง 15,000 บาท ต่อเดือน พร้อมปรับระดับการเป็นพนักงาน จากเดิมเป็น

พนักงานประจำให้เป็นพนักงานจ้างชั่วคราว ทำให้นาย ข รู้สึกว่างานที่ตนทำอยู่ไม่มีความมั่นคง ถ้าเหตุการณ์ระบาดของเชื้อ COVID-19 มีผลยืดเยื้อ ทำให้นาย ข จะมีความเสี่ยงสูงประมาณ 80 % ที่จะโดนให้ออกจากงานจากการบำบัดทางการเงินในกรณีนี้ มีดังนี้

1. ยอมรับความจริงว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นปัญหา ปัญหาของนาย ข มี 2 ประเด็น คือ 1) มีความเครียด เรื่องการผ่อนคอนโด นาย ข รู้สึกเจ็บใจและโกรธตนเองที่ตัดสินใจผิดพลาด เพราะฟังทำเรื่องซื้อคอนโดมาเมื่อหลายปีที่แล้ว ถ้ารู้ว่าจะเกิดเหตุการณ์ระบาดของเชื้อ COVID-19 วันนี้ตนคงตัดสินใจไม่ซื้อคอนโด

2. ค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมที่ทำให้เกิดปัญหาด้านการเงิน คือ เป็นคนที่มองโลกในแง่ดีเกินไป เป็นคนที่ใช้อารมณ์แห่งความอยากได้มากกว่าใช้เหตุผล ใช้เงินเกินตัว ไม่อยู่ในสถานะที่จะซื้อคอนโดแต่ก็ยังจะดันรนเพื่อที่จะให้ได้คอนโด

3. มีสติ และเข้าใจสถานะทางการเงินและสภาพจิตใจของตนเองเป็นอย่างดี นาย ข ต้องเริ่มทบทวนตั้งหลักเรื่องการเงินของตนเองอย่างจริงจัง ว่าอะไร คือ ทรัพย์สิน อะไรคือหนี้สิน ตรวจสอบพฤติกรรม การใช้จ่ายเงินของตน ทำบัญชีรายรับ รายจ่าย มีสติในการควบคุมความอยากได้ให้มากกว่านี้ ควบคุมอารมณ์ การใช้จ่ายเกินตัว เวลาใช้จ่ายพยายามคิดรอบคอบให้มากขึ้น ไม่ใช้อารมณ์ตัดสินใจในการซื้อสิ่งของ

4.หาทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ที่เผชิญ ได้แก่ 4.1) เรื่องคอนโดอาจให้พี่สาวเข้ามาร่วมหุ้นในคอนโดที่สร้างปัญหาภาระด้านการเงิน ไม่สร้างภาระการเงินเพิ่ม เช่น ซื้อรถ ชื่อนาฬิกาข้อมือที่มีชื่อเสียง และเครื่องเสียงรุ่นใหม่ ฯลฯ 4.2) อยู่กับปัจจุบัน (Here and Now) ทำงานในที่ทำงานปัจจุบันให้เต็มที่ ทำตนเองให้โดดเด่นเต็มที่ ในช่วงทำงานที่บ้าน (Work From Home) เพื่อที่จะให้หัวหน้างานกลับมาส่งเสริมตนเองอีกครั้งหนึ่ง

4.3) ความเครียดเรื่องความมั่นคงของงาน อาจใช้ช่วงเวลาทำงานที่บ้าน เตรียมตัวทำงานใหม่ การสมัครงานในตำแหน่งงานและองค์กรที่ตนเลือกและอยากจะเข้าทำงาน การเตรียมสอบภาษาอังกฤษ การสร้างคุณสมบัติของตนเองให้มีความสามารถเหมาะสมกับองค์กรนั้น พัฒนาตนเองให้เหมาะสมกับองค์กรที่ตนอยากจะเข้าทำงาน หาวีธีในการเลือกองค์กรที่มีความมั่นคง องค์กรที่น่าจะอยู่รอดปลอดภัยท่ามกลางภาวะวิกฤตต่างๆ ในอนาคต ขอคำแนะนำจากเพื่อน รุ่นพี่ ญาติที่ได้เข้าทำงานในองค์กรที่ตนอยากจะเข้าทำงาน

5. การให้กำลังใจตนเองโดยหามุมมองเชิงบวกในการดำเนินชีวิต การมีความหวัง มีศรัทธาว่าปัญหาที่ตนเผชิญอยู่จะแก้ได้ การนึกถึงภาพฝัน การพยายามทำภาพฝันนั้นให้เป็นจริง การมองเหตุการณ์อย่างรอบคอบและรอบด้าน เช่น จากเหตุการณ์ระบาดของเชื้อ COVID - 19 มีคนที่แย่กว่าตนเอง เพื่อนที่ตกงาน ในขณะที่เรายังไม่ตกงาน เราโชคดีกว่าเขา เพื่อนที่แย่เหมือนตน เพื่อนที่มีภาระผ่อนบ้าน ผ่อนรถ และโดนลดเงินเดือน โดนลดสถานะการเป็นพนักงานประจำมาเป็นพนักงานจ้างชั่วคราวแบบตน มีคนที่ดีกว่าตนเอง มีคนที่ได้ทำงานที่มั่นคงกว่าตน ดูเขารู้สึกปลอดภัยกว่าตนเอง มีคนที่มีเงินเก็บออมฉุกเฉิน นำเงินเก็บออมออกมาใช้ในยามวิกฤตอย่างสุขสบาย มองคนที่ดีกว่าเป็นแรงบันดาลใจ เป็นแรงกระตุ้นในการพัฒนาตนเองในช่วงเวลาดังกล่าว

6. ดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีคุณภาพ ช่วงเกือบ 1 เดือนที่ผ่านมา นาย ข มีการใช้ชีวิตประจำวันที่ไม่สมดุล เมื่อเครียดไม่สบายใจจะทำให้เกิดอาการไม่สบายกายไม่อยากรับประทานอาหาร นอนผิดเวลา และพาลไม่ยอมทำงาน การปรับพฤติกรรมในการใช้ชีวิตประจำวันให้มีคุณภาพได้แก่ การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ 7-8 ชั่วโมงต่อวันในช่วงเวลา 23.00 น. - 07.00 น. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และตรงเวลา การออกกำลังกายในบ้านอย่างสม่ำเสมอ เสพข่าว

COVID-19 ให้น้อยลงเหลือเพียงวันละ 15 นาที หุ่่มเทใส่ใจงานที่เป็นปัจจุบันให้มากขึ้น ปฏิบัติตามมาตรการของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด

7. หาความสงบสุขในชีวิตจากการจัดการการเงิน จะเกิดขึ้นในช่วงเวลา 21.00 - 23.00 น. ก่อนเข้านอน นาย ข จะหยุดทำงาน หยุดคิด ทุกเรื่องที่ทำให้เกิดความเครียด เพราะถือว่าตนได้ใช้ศักยภาพของตนในการทำงานและการพัฒนาตนเองอย่างเต็มที่แล้ว การใช้ศักยภาพของตนอย่างเต็มที่ ได้แก่ การยอมที่จะไม่มีวันหยุดในการทำงาน และการพัฒนาตนเอง และจะหาความสงบสุขจากการจัดการการเงิน ด้วยการเข้าใจสถานะทางการเงินและจิตใจของตนเองให้มากขึ้น ทบทวนข้อผิดพลาดทางการเงินของตนเองให้มากขึ้น และหาความสงบสุขทางจิตใจ โดย นาย ข จะเล่นโยคะในท่าที่ทำให้หลับสบาย การฟังเพลงที่เบาๆ สบายๆ เขียนแผนทบทวนตนเองกับสิ่งที่เกิดขึ้น การได้เล่าระบายพูดคุยกับนักจิตวิทยา การพูดคุยกับคนรัก เพื่อนสนิทและคนในครอบครัว

บทสรุป

การจัดการความเครียดทางการเงิน ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสำคัญต่อชีวิตของบุคคลที่ต้องมีการเรียนรู้เพื่อปรับตัวต่อสถานการณ์การควบคุมโรคติดต่อ และศึกษาคุณค่าที่ได้รับจากสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ ให้สามารถดำเนินชีวิตผ่านพ้นวิกฤติไปได้อย่างมีศักยภาพและมีแนวทางในการพัฒนาชีวิตที่สมดุล โดยใช้วิธีการต่างๆ ได้แก่ ยอมรับความจริงว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมที่ทำให้เกิดปัญหาด้านการเงิน มีสติและเข้าใจสถานะทางการเงินและสภาพจิตใจของตนเองเป็นอย่างดี หาทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ที่เผชิญ ให้กำลังใจตนเองและแสวงหากำลังใจจากครอบครัว ดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีคุณภาพ และหาความสงบสุขในชีวิตจากการจัดการการเงิน

เอกสารอ้างอิง

- ชาญชัย คักดีศิริสัมพันธ์. (2559). *การเสริมสร้าง
ความหมายในชีวิตของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยใช้
รูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มภวนิยม* (ปริญญา
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต,
กรุงเทพฯ.
- ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร, ยุทธนา งามอาจสกุลม้น,
ณรงค์ มณีทอง, สุรินทร์พร ลิขิตเสถียร, ดารารวรรณ
ตะปินตา, วรภัทร รัตอาภา, วิชญา โมพี ชาด.
(2559). *การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยเทคนิค
การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม*.
มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- พีระญาณ อัครวงศ์กรณ์, (2559). *ผลการปรึกษากลุ่ม
ทฤษฎีเผชิญความจริงต่อการปรับตัวทางเพศของ
นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น*. (วิทยานิพนธ์
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา,
ชลบุรี.
- รพีพรรณ รัตนวงศ์นรา มอร์ด. (2563). *วิธีป้องกัน
เชื้อไวรัสโคโรนา. นิตยสารวาไรตี้เพื่อสุขภาพ
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล*, 36(3),1-2.
- สกล วรเจริญศรี. (2560). *เทคนิคเชิงสร้างสรรค์และ
กิจกรรมสำหรับการให้คำปรึกษากลุ่มวัยรุ่น*.
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
กรุงเทพฯ
- Alicia Adameczyk. (2020). *How to cope with
financial stress and anxiety during the
coronavirus pandemic*. Retrieved from
<https://www.cnn.com/2020/04/09/health/coronavirus-stress-anxiety/index.html>.
- American Psychological Association. (2020).
Dealing with financial stress. Retrieved
from [https://www.apa.org/helpcenter/
holiday-stress-finances](https://www.apa.org/helpcenter/holiday-stress-finances).
- Beck, J.S. (2011). *Cognitive behavior therapy:
Basics and beyond* (2nd ed.), New York:
The Guilford Press.
- Frankl, V.E. (1992). *Man's Search for Meaning
An Introduction to Logotherapy*. Beacon
Press . Boston, Massachusetts.
- Glasser, William (1965). *Reality therapy. A new
approach to psychiatry*. New York: Harper
& Row.
- Heckman, S., Lim, H.& Montalto, C. (2014).
Factors related to financial stress among
college students. *Journal of Financial
Therapy*, 5 (1),19-39.
- Miriam Caldwell. (2019). *How to stop worrying
about money*. Retrieved from [https://
www.thebalance.com/dealing-with-
financial-stress-2385957](https://www.thebalance.com/dealing-with-financial-stress-2385957)
- Steen, A. & MacKenzie, D. (2013). Financial
stress, financial literacy, counseling and the
risk of homelessness, *Australasian
Accounting, Business and Finance Journal*,
7(3), 31-48.

Palliative Care Needs Among People Living with Chronic Illness In Community: A Thai Cultural Religion Perspective

ความต้องการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน:
ในมุมมองศาสนาของวัฒนธรรมไทย

Jintana Artsanthia, Dr.P.H., จินตนา อาจลันทีเยะ, สด.^{1*}

Somsri Sumet, Dr.P.H., สมศรี สุเมธ, สด.²

Supaporn Daodee, Ph.D., สุภาพร ดาวดี, ปร.ด.³

¹Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok.

¹รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ

²Lecturer, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok.

²อาจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ

³Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok.

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ

*Corresponding Author Email: jintana.a@slc.ac.th

Received: March 23, 2020

Revised: May 13, 2020

Accepted: May 30, 2020

Abstract

This systematic review aimed to explore the Thai cultural perspectives of palliative care needs among people living with chronic illness. The literature reviewed the practice of palliative care with relevance to the religious and cultural perspectives of people living with chronic illness. People living with chronic illness need palliative care with consideration on cultural backgrounds and perspectives. Knowledge of cultural and religious backgrounds of people who have chronic illnesses is important in developing a trusting and supportive relationships among patients, family, and healthcare providers. So cultural perspectives in palliative care can enhance quality of care in nursing and quality of life of patients and their families.

Keyword: Palliative care needs, Chronic illness, Community, Thai cultural religious of Buddhism, Christian, and Islamic perspectives.

บทคัดย่อ

การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลแบบประคับประคองในมุมมองศาสนาของวัฒนธรรมไทยสำหรับผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จากการทบทวนวรรณกรรมในการดูแลแบบประคับประคองผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความเกี่ยวข้องกับมุมมองทางศาสนาและวัฒนธรรมของผู้คนในชุมชนเหล่านั้นสำหรับผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ ที่ควรพิจารณาถึงภูมิหลังและวัฒนธรรมของชุมชนนั้นด้วย ความรู้ความเข้าใจในด้านวัฒนธรรมและภูมิหลังของผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนั้นเป็นสิ่งสำคัญนำไปสู่การพัฒนาความไว้วางใจ และส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ ดังนั้นมุมมองศาสนาของวัฒนธรรมไทยในการดูแลแบบประคับประคองผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สามารถสร้างเสริมคุณภาพการดูแลด้านการรักษาพยาบาล และคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

คำสำคัญ: ความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง โรคเรื้อรังในชุมชน มุมมองศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม วัฒนธรรมไทย

Introduction

Chronic diseases including heart disease, cancer, stroke, chronic respiratory diseases, end state kidney disease, diabetes and so on, which are the leading causes of death in the world, represents 63% of all deaths. Chronic diseases cause increasing numbers of deaths worldwide. Deaths due to dementias had increased more than doubled during 2000 and 2015, it was the 7th leading cause of global deaths in 2015 (World Health Organization, 2019). As today, the number of adults living with chronic illness have increased. Chronic diseases have impacted not only individuals' quality and length of life, but also on societies worldwide. (<https://www.statista.com>, 2016). Many studies found that palliative care can benefit chronic illnesses and conditions (Zhukovsky ,2019).

Global Trend of Chronic illness

Developed countries

Chronic diseases are the most common, costly, and preventable in all health problems in the U.S. There were 7 out of 10 deaths among Americans each year caused by chronic diseases. Heart disease, cancer and stroke accounted for more than 50% of all deaths each year. They were also leading drivers of the nation's \$3.5 trillion in annual health care costs (Centers for Disease Control and Prevention, 2008). The number was projected to increase by more than one percent per year by 2030, resulting in an estimated chronically ill population of 171 million (National Vital Statistics Reports, 2018). The most common chronic conditions were high blood pressure, arthritis, respiratory diseases like emphysema, and high cholesterol level in blood. The problems from chronic diseases continued to be major causes of morbidity,

mortality, and health-care costs worldwide, which was a global health issue.

More than 50 million Americans under 65 years of age have some type of pre-existing condition (Kung, Hoyert, Xu & Murphy, 2008). Diabetes continues to be the leading cause of kidney failure, non-traumatic lower-extremity amputations, and blindness among adults, aged 20-74 (CDC, 2018). Four common causes of chronic diseases were health risk behaviors such as lack of physical activity, poor nutrition, tobacco use, and excessive alcohol consumptions. These are responsible for common illnesses, suffering, and early deaths related to chronic diseases. Palliative care in the United States, has grown tremendously. Historically, it had been predominantly delivered in an acute care setting. There were many different models within those settings evolved: continuing care, consultation, primary care, and unit based. The patients spent the majority of their time at home. The recent studies indicated good outcomes of palliative care. Literature demonstrates that, as with the inpatient services, these community programs come in many staffing matrices with different models of delivery and under many different monitors of palliative care. The innovative approach that community provided palliative care services to patients and their families outside an acute care facility. Referrals, staffing, care settings, and care processes that were established when the patient and family were placed at home (Robinson & Stacy, 2005). A large number of factors have been identified for the underutilization of hospice care by ethnic minorities and greater

utilization of inpatient settings by elderly minorities. (Groot, Vernooij & Verhagen, 2007).

Similar to England, Chronic diseases linked to unhealthy lifestyles were costly the UK economy £21.6 bn a year in lost productivity, Occupational health, 2011. Margaret Chan, WHO Director General, said: "The rise of chronic non-communicable diseases presents an enormous challenge". For some countries, it is no exaggeration to describe the situation as an impending disaster; a disaster for health, for society, and most of all for national economies. So many developed countries still cope with chronic diseases and try to solve these problems but less burdened than developing countries (Cynthia, 2006).

Developing countries

Chronic diseases were responsible for 50% of the diseases burdened in 23 high-burdened developing countries in 2005 and will cost \$84 billion by 2015 if nothing has been done to slow their growth. (Cynthia, 2006). India is undergoing rapid epidemiological transition as a consequence of economic and social changes. The pattern of mortality is key indicator for consequence of health effects but remains lacking of up-to-date, precise, and reliable statistics, especially in rural areas. Diseases of the cardiovascular system were the leading causes of mortality (32%), as similar to causes of deaths from ischemic heart diseases and stroke (Rohina et al., 2006). At the beginning of the third millennium, non-communicable diseases would be sweeping up the entire globe, with

increasing trends in developing countries, where the transition imposes more constraints to deal with the double burden of infective and non-infective diseases in a poor environment characterized by ill-health systems (Sakhuja & Sud, 2003). By 2020, it is predictable that these diseases will be causing seven out of every 10 deaths in developing countries (Boutayeb & Boutayeb, 2005).

Palliative care

There is an increasing incidence of chronic illnesses associated with long life. Chronic illnesses could impact on one's life and cause griefs. A fundamental paradigm shift in nursing is necessary to prepare professional nurses to provide quality care of chronic illnesses in the community. Palliative care is an approach that could empower quality of life for patients and their families to deal with life-threatening illnesses, through the process of health promotion and relief of suffering by means of early detection and impeccable assessment as well as treatment of pain and other problems, including physical, psychosocial and spiritual aspects (WHO, 2006). There are varieties of potential life interruptions and psychological distress when individuals are dealing with illnesses. Some older people encounter many health problems such as suffering from diseases and pain due to symptoms of the diseases. Elderly with chronic illness often need a caregiver for sustaining their quality of life. Quality of life is defined as the physical, psychological, social, and spiritual domains of health that are influenced by a person's experiences, beliefs,

expectations, and perceptions (Scanlon, 2003; Merrison & Meier, 2004).

Palliative care in Thailand

In 2005, the national palliative care network was established in Thailand and since then had made progress in both rural and urban. However, at that time in Bangkok, this network had not effectively linked with community organizations, such as home-based palliative care services. In Thailand, people live characteristically with single families from a survey study in Bangkok Thailand (Saint Louis College, 2018). The construction of family has changed from extended family to single family. This factor leads to the needs for palliative care and end of life care in order to support while coping with dying of family member at home. The majority (74%) of Thai people prefer dying at home surrounded by their close relatives until their last breath (Artsanthia, 2011). Palliative care could empower physical, emotional, and spiritual supports during the advanced stage of diseases in order to improve quality of life. Many hospitals have established palliative care working groups and are establishing palliative and end of life care programs for their patients.

At present, there are palliative care settings in most hospitals including secondary care hospitals, but palliative care in health centers or health promotion hospitals in community level remain in need. They might be established in few settings depending on the interest of community nurses. In Thailand, the utilization of health volunteers could be beneficial to assisting

health care providers to follow up with people in the community. So that could be successful in establishing palliative care in community. Many community nurses are interested in palliative care because the society has changed to aging society. They expressed the needs to establish palliative care for their patients especially in chronic illnesses.

Physical Care Needs

According to pathophysiological changes in persons with chronic illnesses, the survey study from one (or more) community/communities of Bangkok found that Thai elderly had average body weight 60.91 kg. BMI (>25.0) 62.9%. The score of physical well-being was 6.89 ± 2.58 ($\pm$ SD) from 10. Many seniors suffering with chronic illnesses need health care providers to visit at home for resolving health problems. Some of them said “some days were good, some days were bad”, which reflects issues of health problems and they needed help to relieve physical problems. The score of physical well-being = 6.89 ± 2.58 , spiritual well-being = 7.90 ± 2.09 , Family well-being = 7.94 ± 2.19 and social and economic well-being = 7.29 ± 2.30 from 10 of all items. (Saint Louis College, Nursing Faculty, 2018).

Spiritual needs

Spiritual needs may vary depending on the philosophical bases on one's religion. In Thailand, 94.7% Buddhist, 4.6% Muslim, 0.8% Christian. In order to explore the differences among those three most prevalent religions in Thailand, a brief discussion was presented

(Saint Louis College, Nursing Faculty, 2018).

Cultural perspectives in healthcare

The cultural backgrounds of people who have problems in chronic illness are important in healthcare in order to help develop trust and supportive relationship among patients, family, and healthcare providers. Since the last comprehensive review of the Health Belief Model (HBM), cultural perspective in healthcare has continued to be the focus of considerable theoretical and research attention. There are still many health beliefs and cultural perspectives that health care providers should know and be put into consideration in the use of palliative care. (Burles, Holtslander, Peternelj-Taylor, 2019).

Christianity

Christianity comprises three major branches: Roman Catholicism, Eastern Orthodoxy and Protestantism. There are diversities of doctrines and practices among three groups calling themselves Christian. Most Christians believe Jesus is the Son of God, who has become human and the savior of humanity. Christians commonly refer to Jesus as Christ or Messiah (Charles, 2015). The Christian faith, known as Christianity, believes that Jesus is the Messiah prophesied in the Hebrew Bible. The foundation of Christian theology has expressed in the early Christian ecumenical creeds, which contain claims predominantly accepted by followers of the Christian faith. The professions state that Jesus suffered, died, was buried, and was resurrected from the death to open heaven to

those who believe in him and trust him for the remission of their sins (salvation) (Francis J. Sheed,1993). They further maintain that Jesus bodily ascended into heaven where he rules and reigns with God the Father. Most denominations teach that Jesus will return to judge all humans, living and dying, and grants eternal life to his followers. He is considered the model of a virtuous life, and both the revealer and physical incarnation of God. Christians call the message of Jesus Christ the Gospel (“good news”).

According to their beliefs, Christians may not fear death because they can return to God and live with him for eternity in heaven. In the Roman Catholic, there are spiritual rituals in illness as well as a ritual for end-of-life. The priest acts as the spiritual leader in ritual for patients and families. Most Christians practice in as prayers and read the bible to request the good things for their life (Francis J. Sheed,1993).

Nurses who are responsible in providing palliative and end of life care for Christians should support patients and families by respecting their beliefs in religious practices at the time of illness and end-of-life. They need to be respectful and supportive of their traditional spiritual practice, particularly in relation to the sacrament that is practiced by the priest if available, at the time of death and dying.

Buddhism

In Buddhist beliefs, the important thing to help people accept reality are the four noble truths. They are the truth from Buddha (Buddhism,1996). First, suffering is common to all.

Second, suffering has causes. Third, to end suffering, one must stop doing what causes suffering. Fourth, the path to end suffering where everyone can be enlightened. The Nature of suffering (or Dukkha) such as birth is suffering, aging is suffering, illness is suffering, death is suffering; sorrow, pain, grief and despair are suffering. Moreover, union with what is displeasing is suffering, separation from what is pleasing is suffering, not to get what one wants is suffering. The path leading to the cessation of suffering is the noble eight-fold path. It is composed of right view, right intention, right speech, right action, right livelihood, right effort, right mindfulness and right concentration (Buddhism,1996). According to this belief, many people in Buddhism can accept the process of life such as birth, aging, illness and death. When end of life is coming, palliative care can be integrated with religious belief leading to the strengthening of the soul to cope with difficulty in life and they can say thanks for the diseases for teaching them learn more and encounter with challenged things (Dan ,2002).

The practice in palliative care and Buddhism allows patients to do the following: pray to the Buddha to request good things in life, pay kindness to someone or animal related in suffering together, concentration practice, donate rice or money to the monk. Moreover, it is an important thing that when the end of life is coming, the nurse or the relative should act as the guiding holy route to pass away, to the new land or paradise for patients who are dying. Guide them the good thought, the good manner

which ever to do in the pasts and to recall to Buddha or monk. At this stage, if someone practices these beliefs in the right way, he/she will pass away peacefully.

Islam

Muslims believe that God is an incomparable one. The purpose of life is to worship God. Islamic laws are touch on every aspect of life and society, encompassed everything from banking and warfare to welfare and the environment (The New Encyclopedia of Islam, 2003). Religious practices include the Five Pillars of Islam, which are five obligatory acts of worship. The Five Pillars of Islam (Gardet, 2003) the shahadah, which is the basic creed of Islam that must be recited under oath. Salah, or ritual prayer is a second pillar, which must be performed five times daily. Salah is compulsory but flexibility in the specifics is allowed depending on circumstances. Sawm a third pillar, is fasting during the month of Ramadan. Muslims must not eat or drink (among other things) from dawn to dusk during this month, and must be mindful of their sins. Zakat, or alms-giving to help the poor or needy is the fourth pillar. The fifth pillar is Hajj, which is the pilgrimage during the Islamic month of Dhu al-Hijjah in the city of Mecca (Glasse, 2003).

Implications for palliative care in Islam faith include the facilitating the environment for prayer, allowing family and relatives to visit and pray at the end of life. It means that Islam can be protect them from evil. Care givers also need to be aware of the belief in burial within 24 hours after death.

Palliative Care Model in cultural perspective

There were some reported studies, one of them was the study of home-based palliative care found that the activities in home based palliative care composed of 4 steps: 1. Develop relationships; explaining objectives, assessment of symptoms, including physical, psychological and spiritual. This process facilitated communication among families, persons with ESRD and health care providers. 2. Develop understanding; treatment and support from symptoms, suggestions for palliative care needs at home. This process aimed to determine symptom management for people living with ESRD. 3. Develop mindfulness; explain more in detail the process of palliative care and assess acceptance of relatives and patients. This process aimed to determine psychosocial support needs and processes of care. 4. Develop acceptance; provide follow up to assess psychological need of people, uncertainty of life, satisfaction, and quality of life at home. This process aimed to support the dying at home. Moreover, the process of the end of life before death in people living with ESRD include 3 cycles: cycle 1: Karma dreams and the moral dreams, cycle 2: Suffering from the uncomfortable symptoms and trying to do good karma, and cycle 3: A peaceful death (Artsanthia, Barbara, Chaiphibalsarisdi, Nitayasuddhi, & Triamchaisri, 2011). This process leads to the patients' acceptance of the way of life by understanding the changing of the cycle that occurs in one's life.

Conclusions

Palliative care is a person-centered approach concerned with physical, psychosocial, and spiritual care in a progressive disease. Palliative care must include an awareness and respect of person's religious beliefs because spiritual and culture cannot be separated. To achieve good quality palliative care, community and strong family support are necessary along with a strong health structure provider. So palliative care requires a public health provider to ensure a well-integrated health care system to chronic illness achieve quality of life of people in community.

References

- Artsanthia, J. (2011). *Development of home-based palliative care for people who living with end stage renal disease*. (Doctoral dissertation). Mahidol university, Bangkok.
- Artsanthia, J., Barbara, E.M., Chaiphibalsarisdi, P., Nitayasuddhi, D., & Triamchaisri S. (2011). Exploring the palliative care needs of people living in Thailand with End stage renal disease: A pilot study. *Journal of hospice & palliative care nursing*, 13(6), 403-410.
- Boutayeb,A., & Boutayeb, S. (2005). The burden of non communicable diseases in developing countries. *International journal for equity in health*, 4(1), 2.
- Buddhism. (1996). *A Brief Introduction*. Developing Virtue Secondary School.Burlingame, California: Buddhist Translation Society. Retrieved May 28, 2019 from https://www.books.google.co.th/books?id=p9hl_NfbkCUC&pg=PP5&lpg=PP5&dq=Buddhism.
- Burles, M., Holtslander, L., & Peternelj-Taylor, C. (2019). Palliative and Hospice Care in Correctional Facilities: Integrating a Family Nursing Approach to Address Relational Barriers. *Cancer Nursing*.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2008). National diabetes fact sheet: 2005. Atlanta (GA): US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2005.
- Briggs, C. L. (2015). Rethinking Psychoanalysis, Poetics, and Performance. *Western Folklore journal*, 74(3/4), 245.
- Goh, C. (2006). The gap between research in developing and developed countries in Asia. *Palliative Medicine*, 20(3), 240-241.
- Glassé, C., & Smith, H. (2003). *The new encyclopedia of Islam (Revised, illustrated ed.)*. Rowman Altamira (p. 302). ISBN 0-7591-0190-6.
- Dan, L. (2002). *Buddhist Phenomenology*. NY: Routledge Curzon.
- Sheed, F. J. (1978). *Theology & Sanity*. A&C Black.
- Gardet L. (2003). "Qiyama". *Encyclopaedia of Islam Online*. Retrieved September 23, 2010 from [http://www.books.google.co.th/books?id=IhTr-4OhMIsC&pg=PA696&dq=Gardet+L.+\(2003\)](http://www.books.google.co.th/books?id=IhTr-4OhMIsC&pg=PA696&dq=Gardet+L.+(2003)).
- Groot, M. M., Vernooij-Dassen, M. J., Verhagen, S. C., Crul, B. J., & Grol, R. P. (2007). Obstacles to the delivery of primary palliative care as perceived by GPs. *Palliative medicine*, 21(8), 697-703.

- Kung, H. C., Hoyert, D. L., Xu, J., & Murphy, S. L. (2008). Deaths: final data for 2005. *Natl Vital Stat Rep*, 56(10), 1-120.
- Meier, D. (2005). Palliative care as a quality improvement strategy for advanced, chronic illness. *Journal for Healthcare Quality*, 27(1), 33-39.
- Rowan-Robinson, M., Babbedge, T., Surace, J., Shupe, D., Fang, F., Lonsdale, C., ... & Xu, K. (2005). Spectral energy distributions and luminosities of galaxies and active galactic nuclei in the Spitzer wide-area infrared extragalactic (SWIRE) legacy survey. *The Astronomical Journal*, 129(3), 1183-1197.
- Joshi, R., Cardona, M., Iyengar, S., Sukumar, A., Raju, C. R., Raju, K. R., ... & Neal, B. (2006). Chronic diseases now a leading cause of death in rural India—mortality data from the Andhra Pradesh Rural Health Initiative. *International journal of epidemiology*, 35(6), 1522-1529.
- Sakhuja, V., & Sud, K. (2003). End-stage renal disease in India and Pakistan: burden of disease and management issues. *Kidney International*, 63, S115-S118.
- Scanlon, C. (2003). Ethical Concerns in End-of-Life Care: When questions about advance directives and the withdrawal of life-sustaining interventions arise, how should decisions be made?. *AJN The American Journal of Nursing*, 103(1), 48-55.
- Saint Louis College, Nursing faculty. (2018) A Survey study in community nursing of nursing student in academic year 2018. Report study of Health center 3, Bangkok.
- World Health Organization. (2002). *National cancer control programs: policies and managerial guidelines*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). *Chronic diseases and health promotion*. Retrieved January 22,2020 from https://www.who.int/chp/about/integrated_cd/en/
- Zhukovsky D. (2019). *Primer of Palliative Care*. 7th Edition. American Association of Hospice and Palliative Medicine. ISBN 9781889296081.



บทบาทของพยาบาลในการบรรเทาสาธารณภัย: กรณีการสังหารหมู่ที่จังหวัดนครราชสีมา The Roles of Nurses in Disaster Mitigation: A Case of The Massacre at Nakhon Ratchasima

กชกร ธรรมนำศีล, พย.ม., Kotchakorn Thamnamsin, M.N.S.^{1*}

กาญจนา ปัญญาเพ็ชร, วท.ม., Kanjana Punyapet, M.Sc.¹

วริศรา โสรัจจ์, ป.ร.ด., Warissara Sorat, Ph.D.²

¹อาจารย์, กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ

¹Lecturer, Community Health Nursing, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok

²อาจารย์ ดร., สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

²Lecturer, Ph.D ,Public Health Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkhla University, Thailand

*Corresponding Author Email:kotchakorn@slc.ac.th

Received: April 23, 2020

Revised: May 25, 2020

Accepted: May 30, 2020

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อนำเสนอบทบาทของพยาบาลในการบรรเทาสาธารณภัย จากกรณีการสังหารหมู่ที่ทางสรรพสินค้าแห่งหนึ่งใน จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็น สาธารณภัย ที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ ส่งผลกระทบต่อประชาชนชาวไทย พยาบาล ต้องนำความรู้ ความสามารถ ความฉับไว และทักษะการพยาบาลฉุกเฉินมาใช้ในการปฏิบัติงาน โดยบทบาทของพยาบาลในการบรรเทาสาธารณภัย มี 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนเกิดภัย ซึ่งเน้นการป้องกัน การให้ความรู้แก่ประชาชนให้สามารถวางแผน ป้องกัน และรับมือกับเหตุการณ์ด้วยวิธี “หนี-ซ่อน-สู้” ส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต้องมีการซ้อมแผนปฏิบัติงานเพื่อเตรียมความพร้อม 2) ขณะเกิดภัย พยาบาลเน้นการประสานงาน การแบ่งทีม การคัดแยกผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ และ 3) หลังเกิดภัย พยาบาลติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ประสบภัยและครอบครัวผู้สูญเสีย ดูแลฟื้นฟูสภาพจิตใจภายหลังเกิดเหตุ งดรับสื่อ ข้อมูลข่าวสารที่เกินจริง รับฟังด้วยความเห็นใจ ใส่ใจ และเข้าใจ เป็นการเยียวยาจิตใจที่ดี

บทความนี้มุ่งหวังให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเพื่อเตรียมความพร้อมในการรับมือกับสาธารณภัยที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ที่มีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต และสถาบันการศึกษาทางด้านการพยาบาลควรบรรจุหัวข้อการพยาบาลสาธารณภัยและการดูแลผู้ประสบภัยไว้ในหลักสูตรในระดับปริญญาตรี เพื่อพัฒนาคุณภาพของพยาบาลให้สูงขึ้นในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยในกรณีเกิดสาธารณภัยได้ต่อไป

คำสำคัญ: บทบาทของพยาบาล การบรรเทาสาธารณภัย การสังหารหมู่

Abstract

This article aimed to present the roles of nurses in disaster mitigation based on a case of massacre at one of the Department Stores in Nakhon Ratchasima, which was a “disaster” caused by human action affecting the Thai people. Nurses must apply knowledge, ability, agility, and emergency nursing skills to work. There are three phases of nurse role in disaster mitigation: 1) Before the disaster, nurses must focus on the prevention and education of the public to be able to plan, prevent, and arrange for these incidents using escape-hide-fight methods not only that, health care provider must also rehearse the action plan for disaster preparation, 2) During the disaster, nurses emphasize coordination, team division, patient separation to help the injured victims and 3) After the disaster, the nurse roles are a good remedy for patient’s recovery. It includes the visit to victims’ homes and their families to take care of their mental health after the massacre, advise them to refrain from exaggerated news and media, listen with empathy, attention and understanding.

Lesson learn from this case study hopes nurses to be prepared in handling the ever-increasing human disasters in the future. Furthermore, the educational institutions should include the topics of disaster nursing and nursing for disaster victims in the curriculum to prepare nurses at the bachelor degree. Therefore, nurses play various important roles in the care and help of patients in the event of a disaster.

Keyword: *The Roles of Nurses, Disaster Mitigation, Massacre*

บทนำ

สาธารณสุข หรือ ภัยพิบัติ หมายถึง สถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่สร้างความเสียหาย การทำลายล้าง และความทุกข์แก่ประชาชนในชุมชนที่ได้รับผลกระทบ เกินขีดความสามารถที่ชุมชนนั้นจะบริหารจัดการได้ (Center for research on Epidemiology of Disaster, 2009) ปัจจุบันปัญหาจากสาธารณสุขในประเทศไทยเพิ่มขึ้น และทวีความรุนแรงมากขึ้น ทำให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิต และทรัพย์สินของประชาชน เหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นและสร้างความทรงจำไม่เคยลืมเลือน เช่น คลื่นยักษ์สึนามิ พ.ศ. 2547 อุทกภัยและดินโคลนถล่ม พ.ศ. 2554 ซึ่งเกิดจากภัยธรรมชาติ แต่มีสาธารณสุขที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ เช่น เหตุการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เหตุการณ์ความไม่สงบทางการเมือง

ในกรุงเทพมหานคร เป็นต้น เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อบุคคล สังคม และประเทศชาติ และมีแนวโน้มการเกิดสาธารณสุขและผลกระทบต่างๆในอนาคต ที่อาจจะทวีความรุนแรงมากขึ้นและอาจทำให้การรับมือการบรรเทาสาธารณสุขมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้นเช่นเดียวกัน

เหตุการณ์สะเทือนขวัญ ณ ห้างสรรพสินค้าแห่งหนึ่งที่จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 8 - 9 กุมภาพันธ์ 2563 ที่ผ่านมา นับเป็นการก่อเหตุร้าย อยู่ในนิยาม “การสังหารหมู่” (Massacre) ซึ่งหมายถึง “สาธารณสุขที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์” ครั้งร้ายแรงครั้งหนึ่งในประเทศไทย เป็นโศกนาฏกรรมเลวร้ายที่สร้างความสูญเสีย มีผู้เสียชีวิต 30 คน บาดเจ็บอีกกว่า 58 คน (Wasawa,2020)

ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเหตุการณ์ ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ เสียชีวิต รับผิดชอบต่อทางจิตใจมากขึ้น หรือเกิด “โรคเครียดภายหลังภัยอันตราย” (Post Traumatic Stress Disorder: PTSD) มีอาการตกใจ หวาดกลัว นอนไม่หลับ ติดต่อกัน นานเกิน 1 เดือน โดยอาการ PTSD สามารถเกิดได้โดยที่เจ้าตัวไม่จำเป็นต้องมีอาการบาดเจ็บทางด้านร่างกาย โดยตัวเองไม่ได้ถูกทำร้ายใดๆ รวมถึงผู้ที่รับชมการถ่ายทอดสด โดยไม่จำเป็นต้องอยู่ในเหตุการณ์จริงก็ได้ และผู้ที่มีอาการนี้ จะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน รู้สึกเหมือนมีความบาดเจ็บทางจิตใจที่ติดค้าง จัดว่าเป็นผลกระทบทางด้านจิตใจอย่างหนึ่งของการถ่ายทอดเหตุการณ์ที่รุนแรง และไม่เหมาะสม จึงไม่สมควรมีภาพความรุนแรง ภาพสยดสยองจากเหตุการณ์ในลักษณะนี้ ถ่ายทอดไปในสื่อสาธารณะ (ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563)

แม้ว่าเหตุการณ์สังหารหมู่ ยังเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นน้อยมากในสังคมไทย แต่ปฏิเสธไม่ได้ว่านี่คือสัญญาณเตือนให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องมาช่วยกันวางแผนเพื่อหาทางรับมือ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุร้ายแบบเดียวกัน หรือคล้ายคลึงกันขึ้นอีก สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ประสบภัยและผู้สูญเสียเป็นอย่างมาก พยาบาลเป็นบุคลากรทางแพทย์ที่เป็นด่านหน้า เข้าถึงผู้ประสบภัยที่มีปัญหาทางสุขภาพได้ ดังนั้นดิฉันในฐานะพยาบาลอนามัยชุมชน เรื่อง “สาธารณภัย” เป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินงานอนามัยชุมชนและการรักษาโรคขั้นต้น ในสถานการณ์ฉุกเฉิน จึงสนใจศึกษาจากเหตุการณ์ในครั้งนี้ ซึ่งพบว่าเนื้อหาพยาบาลสาธารณภัยกับการดูแลผู้ประสบภัย ในสถาบันการศึกษาให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ค่อนข้างน้อย และแนวปฏิบัติของพยาบาลยังไม่ชัดเจน การเตรียมพร้อมพยาบาลตั้งแต่ระดับปริญญาตรีจึงมีความสำคัญกว่าการที่มาเตรียมพร้อมเมื่อปฏิบัติงานแล้ว และด้วยอัตรากำลังที่มีอย่างจำกัด จึงต้องบริหารจัดการทีมให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างรวดเร็วและ

ลดผลกระทบที่จะขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นพยาบาล จึงจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการรับมือสาธารณภัยและควรมีการเตรียมพร้อม ซ้อมแผนปฏิบัติไว้ล่วงหน้า เพื่อจะได้มีความมั่นใจ เตรียมความพร้อมในการเผชิญปัญหาแก้ไขปัญหาในขณะเกิดภัยได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ สามารถดูแลผู้ประสบภัยภายหลังเกิดภัยได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผลกระทบจากสาธารณภัยที่มีผลต่อสุขภาพลดลงในที่สุต

ความหมายของสาธารณภัย (Definition of Disaster)

ตามพระราชบัญญัติป้องกันฝ่ายพลเรือน พ.ศ. 2522 หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดจากธรรมชาติ เช่น อัคคีภัย ภัยพิบัติ อุทกภัย หรือเกิดจากการกระทำของมนุษย์เป็นผู้กระทำให้เกิดขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบขั้นรุนแรง อันตรายแก่ชีวิต ทรัพย์สิน และอารมณ์ สำหรับองค์กรอนามัยโลกให้คำจำกัดความว่าเป็นสถานการณ์ที่บ่งชี้ถึงภาวะที่ไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้ารุนแรงและมีผลคุกคามโดยไม่ได้ตั้งใจ ในบางแห่งใช้คำว่า อุบัติภัยหมู่ (Mass casualty) หมายถึง กรณีที่มีผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์เดียวกัน เป็นจำนวนมากที่จำเป็นต้องให้การรักษารวดเร็ว เช่น เครื่องบินตก ดึกถล่ม แผ่นดินไหว การก่อการร้ายหรือมิได้เกิดจากอุบัติเหตุ แต่เป็นการเจ็บป่วยพร้อมกันจำนวนมาก เช่น อาหารเป็นพิษ เกิดโรคระบาด เป็นต้น (Hingkanont, 2011)

ประเภทของสาธารณภัย โดยพื้นฐานแบ่งภัยออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ภัยธรรมชาติ ได้แก่ อุทกภัย น้ำป่าไหลหลาก น้ำท่วมขัง น้ำท่วมนอง วาตภัย คลื่นยักษ์สึนามิ ภัยแล้ง ภัยหนาว ไฟป่า แผ่นดินไหว เป็นต้น
2. ภัยอันเกิดจากการกระทำของมนุษย์ ได้แก่ ภัยจากการคมนาคมขนส่ง ภัยจากสารเคมีและวัตถุอันตราย ภัยจากการทำางาน ภัยจากวิศวกรรมและการก่อการร้าย ภัยจากเชื้อโรค โรคติดต่อ โรคระบาดสัตว์

ภัยจากโรคแมลงและศัตรูพืชระบาด การระบาดของโรค (Epidemics) ภัยจากความขัดแย้ง เช่น การจลาจล การก่อวินาศกรรม การก่อการร้าย ภัยจากอุตสาหกรรม และความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี

ความเสียหาย (Casualty) ขอบเขต (Scope) ความรุนแรง (Intensity) และ ผลกระทบ (Impact)

ความเสียหาย (Casualty) คือ ผลกระทบที่มนุษย์ได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิต ซึ่งเป็นผลโดยตรงจากเหตุการณ์สาธารณภัย แบ่งลักษณะสาธารณภัยตามจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต หากจำนวนผู้เสียชีวิตมากกว่า 2 คน แต่น้อยกว่า 100 คน สาธารณภัยนั้นเรียกว่า Multiple-casualty incident และเหตุการณ์ความสูญเสียที่รุนแรง ผู้ที่เกี่ยวข้องบาดเจ็บและเสียชีวิตมากกว่า 100 คน เรียกว่า Mass-casualty incident

ขอบเขตของสาธารณภัย (Scope of Disaster) คือ ผลกระทบที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นทางภูมิศาสตร์หรือในแง่ของจำนวนผู้ประสบภัย ความรุนแรงของสาธารณภัย (Intensity of Disaster) คือ ระดับของการทำลายล้างและผลของการทำลายล้างที่เกิดขึ้น

ผลกระทบของปัญหาสาธารณภัยต่อภาวะสุขภาพ (Impact of Disaster on Health Problem) คือ ผู้ประสบภัย เสียชีวิต พิการหรือ ทูพพลภาพ บาดเจ็บ สภาพจิตใจของประชาชนได้รับการกระทบกระเทือน รวมทั้งระบบบริการสุขภาพ

เปรียบเทียบกับเหตุการณ์ ที่ จ.นครราชสีมา มีผู้ได้บาดเจ็บ จำนวน 58 ราย และ มีผู้เสียชีวิต จำนวน 30 ราย จัดอยู่ในกลุ่ม Multiple-casualty incident ซึ่งทางระบบบริการสุขภาพ มีความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์และสามารถดูแลผู้บาดเจ็บได้

วงจรการเกิดสาธารณภัย (Disaster cycle) กับการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์ (Disaster Management) แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ (Pre-impact phase) หมายถึง ช่วงเวลาที่ยังไม่เกิดสาธารณภัย ขึ้น นับตั้งแต่ช่วงเวลาที่ที่ยังไม่มีสิ่งบอกเหตุว่าจะมีภัยเกิดขึ้นจนถึงช่วงเวลาที่สิ่งบอกเหตุว่ากำลังจะมีภัยเกิดขึ้นเป็นช่วง เป็นระยะของการป้องกันและลดผลกระทบ (Prevention and mitigation) และการเตรียมความพร้อม (Preparedness) ของหน่วยงานต่างๆ (วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และสมจินดา ชมพูนุท, 2557)

การจัดการทางการแพทย์ ได้แก่ วางแผนจัดการด้านภัยพิบัติที่ส่งผลต่อสุขภาพของชุมชน พัฒนาระบบบริการพยาบาลด้านภัยพิบัติ กำหนดแผนงานด้านภัยพิบัติสำหรับองค์กรพยาบาล พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์ด้านภัยพิบัติ และจัดเตรียมทรัพยากรทางการแพทย์เพื่อรับมือกับภัยพิบัติ (อรุณรัตน์ศิริภักดีกาญจน์ และวาสนี วิเศษฤทธิ์, 2557)

ระยะที่ 2 การรับมือกับภัยพิบัติ (Impact phase) หมายถึง ช่วงเวลาที่มีสาธารณภัยเกิดขึ้นก่อให้เกิดความเสียหายทั้งแก่ชีวิตและทรัพย์สิน เป็นการได้ตอบหรือจัดการในภาวะฉุกเฉิน (Emergency response) เป็นช่วงเวลาที่ผู้ประสบภัยมักหลีกเลี่ยงได้ยากหรือควบคุมสถานการณ์ไม่ได้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องเริ่มให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นหรือการบรรเทาทุกข์ ระยะนี้อาจเป็นวินาที นาที ชั่วโมง วัน เดือน หรือปี ก็ได้ ขึ้นกับชนิดของสาธารณภัยที่เกิด (วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และสมจินดา ชมพูนุท, 2557)

การจัดการทางการแพทย์ ได้แก่ จัดระบบความปลอดภัยของผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการแพทย์ จัดบริการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติจัดการทรัพยากร

และสาธารณสุขปโภคในภาวะภัยพิบัติ และจัดสรรบุคลากรทางการแพทย์เพื่อปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติ (อรุณรัตน์ สิริภักดีกาญจน์ และวาสิณี วิเศษฤทธิ์, 2557)

ระยะที่ 3 การฟื้นฟูสภาพหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ (Post-impact phase) หมายถึง ช่วงเวลาที่สาธารณภัยได้ผ่านพ้นไปแล้ว เป็นช่วงเวลาที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องให้ความช่วยเหลือทั้งด้านการบรรเทาภัยและการฟื้นฟูสภาพในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นตัวผู้ประสบภัยเอง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งด้านจิตใจอาจต้องใช้เวลานานในการฟื้นฟู รวมไปถึงหากผู้ประสบภัยที่มีภาวะทุพพลภาพต้องดูแลจัดหาอาชีพใหม่ที่เหมาะสมกับภาวะทุพพลภาพนั้นให้ด้วย อีกทั้งต้องฟื้นฟูบูรณะอาคารบ้านเรือน สาธารณูปโภคต่างๆ ด้วย เป็นช่วงเวลาของการฟื้นฟูบูรณะ (Rehabilitation and reconstruction) (วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และสมจินดา ชมพูนุท, 2557)

การจัดการทางการแพทย์ ได้แก่ การช่วยเหลือ เยียวยาผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับผลกระทบ สรุปผลการดำเนินงานด้านภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล จัดบริการพยาบาลหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย และฟื้นฟูระบบบริการพยาบาลและสิ่งแวดล้อม (อรุณรัตน์ สิริภักดีกาญจน์และวาสิณี วิเศษฤทธิ์, 2557)

กรณีการสังหารหมู่ที่จังหวัดนครราชสีมา กับ สาธารณภัย

เมื่อนำความหมาย “สาธารณภัย” มาเปรียบเทียบกับสถานการณ์สังหารหมู่ ณ ห้างสรรพสินค้าแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา เมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2563 ที่ผ่านมา เป็นเหตุการณ์ที่เกิดจากการกระทำของบุคคล ที่เกิดผลกระทบขั้นรุนแรงต่อชีวิตประชาชน เหตุการณ์นี้ทำให้มีผู้เสียชีวิต 30 คน และได้รับบาดเจ็บอีกกว่า 58 คน ทรัพย์สินเสียหายเป็นจำนวนมาก และยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของประชาชนชาวไทยทั่วประเทศ มีผู้ที่ได้รับผลกระทบในวงกว้าง เนื่องจาก

เกิดเหตุในห้างสรรพสินค้า ในช่วงวันหยุด คือวันเสาร์และเป็นวันมาฆบูชา ซึ่งหลายครอบครัวพากันไปวัดทำบุญและมาจับจ่ายใช้สอยหรือเที่ยวเตร่ในห้างสรรพสินค้า จึงทำให้มีประชาชนจำนวนมาก อยู่ในเหตุการณ์ และเหตุการณ์ครั้งนี้มีระดับความรุนแรงและการทำลายล้างสูง เนื่องจากผู้ก่อเหตุเป็นทหาร มีความรู้ในการใช้อาวุธสงคราม และนำอาวุธร้ายแรงจำนวนมากก่อเหตุ นอกจากประชาชนที่อยู่ในเหตุการณ์จะได้รับ ความสูญเสียแล้ว ประชาชนชาวไทยที่ติดตามข่าวสารดังกล่าว ยังได้รับผลกระทบด้านจิตใจด้วยเช่นกัน เหตุการณ์นี้จึงเป็น “สาธารณภัย” จากการกระทำของมนุษย์เป็น “การก่อการร้าย” ซึ่งเป็น “การสังหารหมู่” ที่เกิดขึ้นครั้งแรกและครั้งร้ายแรงที่สุดครั้งหนึ่งในประวัติศาสตร์ไทย

การจัดการสาธารณภัยใน ระยะเกิดสาธารณภัย เป็นการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกันหลายฝ่าย ทุกฝ่ายเร่งดำเนินงาน เพื่อจัดการบรรเทาสาธารณภัยให้เหตุการณ์สงบโดยเร็ว โดยเฉพาะงานทางด้านการแพทย์ ต้องเตรียมรับมือกับผู้ป่วยจำนวนมาก จะเห็นได้ชัดว่า การจัดการของระบบบริการสุขภาพ มีการดำเนินการอย่างทันทั่วทั้ง และสามารถรับมือต่อเหตุการณ์ได้อย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านบุคลากรและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และในการดูแลระยะหลังเกิดสาธารณภัย ต้องดูแลฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ที่ได้รับผลกระทบ จึงต้องมีการจัดการที่ดี รวมทั้งต้องวางแผนร่วมกัน เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการดำเนินงานในระยะก่อนเกิดสาธารณภัย เพื่อป้องกัน เตรียมความพร้อมและ ลดผลกระทบในการเกิดสาธารณภัยและป้องกันการเกิดสาธารณภัยซ้ำในอนาคต ดังนั้นพยาบาล จึงเป็นส่วนหนึ่งในทีมบุคลากรทางแพทย์ ที่จะสามารถช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยในแต่ละระยะได้ “บทบาทพยาบาลในการบรรเทาสาธารณภัย” จึงมีความสำคัญและเป็นแนวทางสำคัญในการวางแผนป้องกัน และดูแลผู้ป่วยในกรณีเกิดสาธารณภัยต่างๆ ได้

การพยาบาลสาธารณภัย (Disaster Nursing)

เป็นการพยาบาลที่ต้องนำความรู้ ความสามารถ ฉับไวและทักษะทางการพยาบาลทั่วไปและด้านการพยาบาลฉุกเฉิน มาปรับใช้ในสถานการณ์ สาธารณภัยทั้งในระยะก่อนเกิด ขณะเกิด และหลังเกิดภัย เพื่อป้องกันและลดความสูญเสียที่จะเกิดกับชีวิตและทรัพย์สิน รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ประสบภัยและญาติ มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากพยาบาลในหอผู้ป่วย คือ เป็นการให้บริการพยาบาลฉุกเฉินแก่คนจำนวนมากพร้อมๆ กัน โดยใช้วิธีการจำแนกหรือคัดแยกผู้บาดเจ็บ ภายใต้อาการที่จำกัดและสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมที่ยากลำบาก

สมรรถนะของพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลสาธารณภัย ควรมีความรู้และทักษะ ดังนี้

1. มีความรู้และทักษะทางการพยาบาลทั่วไป และด้านการพยาบาลฉุกเฉิน การพยาบาลวิกฤต และด้านการรักษาโรคขั้นต้น ทั้งในระยะก่อนเกิด ขณะเกิด และหลังเกิดสาธารณภัย เพื่อเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติและบรรเทาทุกข์ ลดความสูญเสียที่จะเกิดกับชีวิตและทรัพย์สิน รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ประสบภัยและญาติ
2. มีความรู้ด้านสาธารณภัย มีความสามารถในการประเมินสถานการณ์ ประเมินความเสี่ยงและคาดการณ์ถึงปัญหาสุขภาพที่จะเกิดจากสาธารณภัยชนิดต่างๆ รวมทั้งมีความสามารถในการพยาบาลได้ครอบคลุมทุกระยะของการเกิดภัย
3. มีทักษะในการตัดสินใจที่ดี มีความตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา มีความเป็นผู้นำ สามารถประเมินปัญหาและแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
4. มีทักษะในการสื่อสาร และการบันทึกข้อมูลต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน
5. มีทักษะในการเป็นผู้ประสานงานที่ดี
6. มีวุฒิภาวะ มีสติ จิตใจเข้มแข็ง รอบคอบ อดทน

มีสุขภาพกายแข็งแรง และสุขภาพจิตที่ดี (ศุภลักษณ์ ธนาโรจน์, ศรีนวล สติวิทย์นันท์ และ รุ่งนภา จันทรา, 2557)

บทบาทของพยาบาลในการบรรเทาสาธารณภัย (Role of nurse in disaster mitigation)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในทุกระยะของวัฏจักรของสาธารณภัยหรือภัยพิบัติ ซึ่งต้องครอบคลุม บริการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ ในทุกระยะของการเกิดสาธารณภัย ซึ่งสามารถจำแนกบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในงานสาธารณภัยแต่ละระยะได้ดังนี้

1. ระยะก่อนเกิดสาธารณภัย นำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มาวางแผนรับสาธารณภัย โดยเตรียมความพร้อมของบุคคล อุปกรณ์ และชุมชน เพื่อป้องกันการเกิดและลดความรุนแรงของสาธารณภัย และเตรียมรับสถานการณ์ โดยการประเมินสถานการณ์สาธารณภัย ดำเนินการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่คาดว่าจะทำให้เกิดสาธารณภัย ได้แก่ การประเมินภัย (Hazard assessment) เป็นการประเมินหาความเสี่ยงเพื่อหาทางป้องกันหรือลดความรุนแรงจากสาธารณภัยที่จะเกิดกับแก่ชีวิตและชุมชน การประเมินจุดอ่อนหรือกลุ่มเสี่ยงภัย (Vulnerability assessment) การประเมินการจัดการ (Manage ability assessment) และการประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดภัย (Risk assessment) ประเมินความสามารถในการให้บริการเพื่อตอบสนองต่อสาธารณภัย และการประเมินจุดอ่อนในการปฏิบัติการ การเตรียมความพร้อมรับสาธารณภัย ความพร้อมของระบบสื่อสาร ทั้งเครื่องมือ เครือข่ายการติดต่อ การเตรียมความพร้อมของบุคลากร ทุกคนต้องได้รับการชี้แจงให้ทราบหน้าที่และปฏิบัติงานตามแผน โดยนำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนี้มาจัดทำแผนหรือร่วมจัดทำแผนสาธารณภัย โดยระบุบทบาทหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้อง ระบบการสื่อสาร การเคลื่อนย้าย

และลำเลียง ซึ่งจะต้องกำหนดวิธีเคลื่อนย้าย เส้นทาง การจราจร จำเป็นต้องมีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องกับการจราจรและการเคลื่อนย้าย “พยาบาล” เป็นที่ปรึกษา และให้ข้อมูลเรื่องระบบบริการสุขภาพ เพื่อช่วยให้สามารถเขียนแผนสาธารณสุขภัยได้ มีการ ชื่อมแผนสาธารณสุขภัยเป็นระยะๆ เพื่อประเมินแผน ว่ามีข้อบกพร่องหรือไม่ ดังนั้นการฝึกซ้อมจึงเป็น สิ่งที่จำเป็น(ชนิษฐารัตนกุลยา, 2560) รวมถึงการให้ความรู้ แก่ประชาชน เกี่ยวกับสาธารณสุขภัยที่พบบ่อย โดย พยาบาลชุมชน ควรให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชน ถึงวิธีการรับมือเมื่อต้องเจอกับสถานการณ์แบบนี้ ด้วยวิธี หวี-ซ่อน-สู้ พร้อมฝึกทักษะประชาชน ในเรื่องการ ปฐมพยาบาลเบื้องต้น เพื่อเตรียมความพร้อมประชาชน ในการรับมือกับสาธารณสุขภัยในอนาคตได้

2. ขณะเกิดสาธารณสุขภัย เน้นการช่วยผู้ประสบภัย อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยทั้งผู้ให้การ ช่วยเหลือและผู้ประสบภัยต้องมีความปลอดภัย ซึ่ง ประกอบด้วยการประเมินสถานการณ์สาธารณสุขภัยที่เกิด ขึ้นต้องรวบรวมและสรุปได้ว่าเกิดอะไร กับใคร ที่ไหน อย่างไร ขนาดเท่าใด รุนแรงเพียงใด เพื่อจะได้ทราบว่า ควรใช้แผนรับสาธารณสุขภัยใด และประเมินความพร้อมรับ สาธารณภัย แล้วจึงประกาศใช้แผนเรียกระดมบุคลากร พร้อมอุปกรณ์ทุกชนิด และให้ปฏิบัติตามแผน รวมทั้ง ประเมินความสามารถในการรับสาธารณสุขภัย การปฏิบัติ การพยาบาล สิ่งสำคัญคือการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ ซึ่งต้องมีประสิทธิภาพดี รวดเร็วมีการจำแนกและเคลื่อน ย้ายผู้ประสบภัยอย่างถูกต้องและนำส่งโรงพยาบาลที่ เหมาะสม ดังนั้นควรมีการจัดพื้นที่ให้ปลอดภัย สำหรับ บุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ ให้มีความ ชัดเจน เพื่อความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานและผู้บาดเจ็บ (อุบล ยี่เฮ็ง, 2553)

การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ จากเหตุการณ์นี้ มีทั้งระเบิด อาวุธสงคราม มีการจับตัวประกัน และ

มีประชาชนติดอยู่ภายในห้างสรรพสินค้าจำนวนมาก หลักในการช่วยเหลือผู้ประสบภัย คือ เมื่อได้รับข่าวหรือ พบกับเหตุการณ์สาธารณสุขภัย จะต้องวิเคราะห์สาเหตุ และความรุนแรงของภัยที่เกิดขึ้น โดยซักถามผู้อยู่ใน เหตุการณ์เพื่อประเมินสถานการณ์และจำนวนผู้บาดเจ็บ เพื่วางแผนในการช่วยเหลือ ถ้าเกินกำลังจะได้แจ้ง ขอความช่วยเหลือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่อยู่ใกล้เคียง โดยผู้ประสบภัยได้แจ้งขอความช่วยเหลือผ่านหลากหลายช่องทาง อาทิเช่น Line, Facebook ผ่าน page ที่มีผู้ติดตามจำนวนมาก เพื่อส่งต่อข้อมูลและขอความช่วยเหลือ รวมถึงรายงานความเคลื่อนไหวของผู้ก่อเหตุ แต่ปัญหาคือ ผู้ก่อเหตุก็เข้าถึงสื่อต่างๆ เช่นกัน จึงเป็นการ ปฏิบัติงานที่ค่อนข้างยากและต้องใช้การทำงานที่รัดกุม อย่างมาก ในบทบาทพยาบาล เน้นการประสานงานกับ หน่วยงานอื่น ให้ความช่วยเหลือผู้บาดเจ็บเพื่อช่วยชีวิต ป้องกันอันตรายและลดความเจ็บปวด และเคลื่อนย้าย ผู้บาดเจ็บไปยังบริเวณที่ปลอดภัย โดยมีหลักว่าถ้าอยู่ ในที่ต่ำและคับแคบให้ย้ายไปที่ราบหรือที่ที่ปลอดภัย และอยู่ในทิศทางเหนือลม เพราะถ้าเกิดระเบิดแล้ว เปลิงไหม้ จะได้มีเวลาหนีได้ทัน การเข้าไปช่วยต้อง มั่นใจว่าตัวเราปลอดภัย รับผิดชอบต่ออาการผู้บาดเจ็บ และใช้ระบบการจำแนกคัดแยกผู้บาดเจ็บ โดยช่วย คนที่เร่งด่วนก่อนและคิดว่าจะรอดชีวิตได้ แล้วจึงช่วย ผู้ที่มีอาการรองลงมาตามลำดับ โดยต้องกระทำอย่าง ถูกต้องและทันเวลา การประสานงานกับทีมเพื่อช่วยเหลือ และส่งต่อผู้ประสบภัย การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ เป็นเพียงการปฐมพยาบาล ผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยจำเป็น ต้องได้รับการดูแล จากแพทย์และพยาบาล การส่งต่อ ผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัยจึงมีความจำเป็น โดยต้องมีการประสานทั้งภายในและนอกหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ประสบภัยได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ต่อไป และจัดทำทะเบียนบันทึกเหตุการณ์ และการรายงานเหตุการณ์สาธารณสุขภัย ซึ่งระบุจำนวนผู้

ประสบภัยแต่ละชนิด ประสบภัยอะไร ที่ไหน อย่างไร เป็นต้น หลังจากปฏิบัติตามแผนหัวหน้าทีมต้องประเมินสถานการณ์สาธารณสุขกันว่า รุนแรงมากขึ้นหรือสงบลง เพื่อพิจารณาปรับแผนระดมคนเพิ่มขึ้นหรือยกเลิกแผน

3. ระยะหลังเกิดสาธารณภัย มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องโดยมุ่งหวังให้ผู้ประสบภัย รวมทั้งญาติสามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ ซึ่งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่เหมือนกับสาธารณภัยในรูปแบบที่เกิดจากธรรมชาติ เช่น อุทกภัย วาตภัย บ้านเรือนเสียหายพื้นฟูสภาพบ้านเรือนได้ แต่เหตุการณ์นี้เป็นเหตุการณ์สะเทือนใจ หดหู่ โดยเฉพาะผู้ประสบภัย ที่เห็นการเสียชีวิตของคนในครอบครัวต่อหน้าต่อตาโดยที่ช่วยอะไรไม่ได้ ความรู้สึกผิดในใจภาพสะเทือนใจต่างๆ การดูแลผู้ประสบภัยกลุ่มนี้จึงมีความซับซ้อนมากกว่ากลุ่มอื่น บทบาทพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเยียวยา ดูแลจิตใจอย่างใกล้ชิด เผื่อระวังการเกิดโรค PTSD ควรมีการติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินสุขภาพกายและจิตอย่างต่อเนื่อง แต่ควรเลี่ยงการพูดถึงเหตุการณ์ที่ผ่าน ควรรับฟังอย่างเข้าใจ ใส่ใจ การให้คำปรึกษา แนะนำการรับข้อมูลข่าวสารภายหลังเกิดภัยในรูปแบบต่างๆที่จะกระทบต่อจิตใจมากขึ้น การประสานงานกับแหล่งสนับสนุนเพื่อให้การรักษาต่อเนื่อง การฟื้นฟูสภาพและการสงเคราะห์แก่ผู้ประสบภัยทั้งด้านการเงิน ที่อยู่อาศัย และร่วมมือกับหน่วยงานในท้องถิ่นในการดำเนินการป้องกันโรคหรืออันตรายอื่นๆ ที่อาจจะเกิดได้หลังการเกิดสาธารณภัยนั้นๆ การประเมินผลการปฏิบัติการในสถานการณ์สาธารณสุขที่เกิดขึ้น เพื่อดูว่าการดูแลช่วยเหลือประสบผลอย่างไร มีปัญหาอะไร ควรปรับแก้ไขอย่างไรในครั้งต่อไป

วิธีการเตรียมรับมือกับสถานการณ์

จากอุบัติการณ์และสถิติการก่อการร้ายในประเทศไทยสหรัฐอเมริกา เป็นการสังหารหมู่โดยใช้อาวุธปืน และมีความถี่ที่จะเกิดขึ้นทุก 12 - 13 วัน จากสถิติมี

ตัวเลขเพิ่มสูงขึ้นทุกปี พบว่า ค.ศ. 1999 - 2017 ร้อยละ 13 - 58 สูงขึ้นตามลำดับ (อนุชิต ไกรวิจิตร, 2563) ตัวเลขที่เพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี ในที่สุดก็มาถึงประเทศไทย ซึ่งไม่คาดคิดว่าจะมาถึงเร็วขนาดนี้ ทำให้สังคมในเวลานี้เกิดความตระหนกตกใจเป็นอย่างมาก

งานเสวนาเรื่อง Escape and Survive in Mass Shooting จัดขึ้นในวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2563 โดยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อให้ความรู้ความเข้าใจกับประชาชนเกี่ยวกับการทำความเข้าใจปัญหาของเหตุการณ์ได้ เสนอวิธีการรับมือสถานการณ์อันตรายต่างๆ แบ่งเป็น 3 หลักการคือ หนี-ซ่อน-สู้ (Run Hide Fight) (รัฐพลี ภาคอรธร และคณะ, 2563) ขณะเกิดเหตุ ควรสังเกต สัญญาณอันตราย เสียงดังผิดปกติ เช่น เสียงปืน ระเบิด และเสียงกรีดร้อง คนในพื้นที่เริ่มวิ่ง วุ่นวาย อย่างผิดปกติ ไฟดับ เสียงประกาศเตือนควันไฟ แสงสว่างจากระเบิด เป็นต้น เมื่อพบสัญญาณในรูปแบบนี้ สิ่งแรกที่ควรปฏิบัติ คือ 1) หนี 2) ซ่อน และ 3) สู้

บทบาทของพยาบาลในการบรรเทาสาธารณภัย ในระยะก่อนเกิดภัย ควรให้คำแนะนำแก่ประชาชนในการเตรียมรับมือกับสถานการณ์ ดังนี้

1. หนี... จากที่เกิดเหตุให้เร็วที่สุด

เมื่อรับรู้ว่ามีสถานการณ์ฉุกเฉินต้อง “ตั้งสติ” เป็นลำดับแรก พยายามจำทางเข้า-ออก ให้ได้ มีแผนคร่าวๆ ที่จะออกจากสถานที่เกิดเหตุ โดยต้องหลีกเลี่ยงที่หนาแน่น และคับแคบ สิ่งของที่ไม่จำเป็นทิ้ง หากทำให้การเคลื่อนตัวไม่สะดวก พาคนรอบตัวหลบหนี (กรณีที่สามารถทำได้) และโทรแจ้งเหตุ เมื่อถึงที่ปลอดภัย

2. ซ่อน...มิดชิดในที่กำบังแข็งแรง

หลบซ่อนให้พ้นจากสายตาผู้ก่อเหตุ ปิดไฟ ปิดทีวี ปิดวิทยุ ปิดม่าน และปิดเสียงโทรศัพท์ ล็อคห้องให้แน่นหนา ใช้ของหนักมาปิดขวางประตูไว้ ตั้งสติ ไม่กรีดร้อง

หากได้ยินเสียงปิ่น หรือระเบิด อยู่หลังกำแพงที่แน่นหนา ที่คาดว่าป้องกันตัวจากกระสุนและสะเก็ดระเบิดได้ อยู่ห่างจากวัตถุระเบิด เช่น ถัง หรือ ท่อแก๊ส หากอยู่กันหลายคน ให้กระจายตัวออก ไม่ควรกระจุกตัว ติดต่อขอความช่วยเหลือผ่าน SMS, LINE, Facebook, Messenger ที่ไม่มีเสียง และบังแสงจากหน้าจอให้มืดชิด

3. รู้...หากจมนม

รู้ด้วยอุปกรณ์ทุกอย่างที่มี เช่น มีด กรรไกร ปากกา เป็นต้น รู้ด้วยแรงทั้งหมดที่มี รู้ด้วยจำนวนคนทั้งหมดที่มี และรู้เพื่อเปิดโอกาสให้มีคนรอดชีวิต “สิ่งที่ไม่ควรทำ คือ อ่อนนอน ขอร้อง และ เกรงใจกลัวกล่อม” ต้องทราบหมายเลขโทรศัพท์ เช่น “191 และ 1669” และหมายเลขต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อสถานการณ์นั้นๆ นอกจากนี้ยังมี Application ช่วยเตือนภัย เช่น จ.ส. 100 ที่ช่วยแจ้งเตือนสิ่งที่เกิดขึ้นกับสถานที่ต่างๆ ได้เป็นอย่างดี อีกทั้งเบอร์โทรศัพท์คนใกล้ตัว Line ที่คิดว่าจะติดต่อคนที่ไวใจได้ในทันทีที่ตัวเองเกิดประสบเหตุฉุกเฉินพยาบาลควรฝึกทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นให้แก่ประชาชน เช่น การห้ามเลือดเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพ เพราะถ้ามีผู้บาดเจ็บอยู่ใกล้ตัว จะทำให้สามารถช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที นอกจากนี้ ก่อนออกจากบ้านควรชาร์ตโทรศัพท์ให้เต็ม และพกแบตเตอรี่สำรอง (Power Bank) ติดตัวไว้ บอกที่ไปที่มาและเวลากลับให้คนที่บ้าน หรือเพื่อนสนิทได้รับรู้ และหากไปเที่ยวเป็นครอบครัว กลุ่มใหญ่ มีผู้สูงอายุและเด็ก ควรนัดแนะจุดนัดพบให้ชัดเจน ป้องกันการพลัดหลงเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินต่างๆ ที่สำคัญผู้ปกครองต้องให้ลูกฝึกท่องเบอร์มือถือของพ่อแม่ หรือเขียนใส่กระเป๋าติดตัวสำหรับเด็กโต

สิ่งที่สำคัญคือ สัญชาตญาณระวังภัย ควรตรวจสอบให้แน่ใจว่า มีเสียงผิดปกติไหม หรือเสียงหวีดร้องด้วยความตกใจของผู้คน และต้องรู้ทิศทางของเสียงระเบิด หรือเสียงปิ่น เพื่อหาทางหนีให้ถูกต้อง

“สิ่งที่ควรทำคือ “หนี” จากจุดเกิดเหตุเสียก่อน

ถ้าหนีไม่ไหวให้ “ซ่อนตัว” แต่ถ้าหนีหรือซ่อนแล้วไม่พอก็ต้อง “สู้” ไม่เลือกที่จะสู้ก็ต้องตายอยู่ดี ดังนั้นไม่ควรอยู่เฉยๆ เพื่อให้ตัวเองหรือคนรอบข้างมีโอกาสรอดให้ได้มากที่สุด

ดังนั้นเพื่อเป็นการวางแผนและป้องกันการเกิดเหตุการณ์ในรูปแบบนี้ ควรนำวิธีการรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉิน นี้บรรจุในหลักสูตรการเอาตัวรอดให้กับนักเรียน นักศึกษา และบุคคลทั่วไป เพื่อเป็นการซ้อมแผนการบรรเทาสาธารณภัย และสามารถเอาตัวรอดเมื่อเกิดเหตุได้ เป็นการป้องกันเหตุร้ายที่จะเกิดได้ในอนาคต

การสะท้อนคิดจากเหตุการณ์ดังกล่าว ประเทศไทยควรให้ความสำคัญ และควรมีมาตรการต่างๆ ดังนี้

1. เร่งรัดยกระดับมาตรการการรักษาความปลอดภัย การควบคุมอาวุธปืนทั้งในเมือง ในศูนย์การค้า และในชุมชน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำรอย หรือเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงในรูปแบบอื่นๆ
2. เยียวยาผู้ที่สูญเสียและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบโดยตรงอย่างรวดเร็ว
3. เร่งวางแผนมาตรการบรรเทาผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพจิตของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม
4. เริ่มดำเนินการระยะยาวเพื่อแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพจิต ความเครียด ของประชาชน
5. ปรับแนวทางการนำเสนอข่าวของสื่อมวลชน และการสื่อสารสมัยใหม่ในระดับบุคคล โดยเฉพาะการรายงานผ่านสื่อออนไลน์ หรือสื่อโซเชียล ซึ่งเป็นช่องทางการสื่อสารที่ไปยังผู้รับสารอย่างรวดเร็ว การรายงานข่าวจึงจำเป็นต้องได้รับการตรวจสอบให้ถูกต้องและความเหมาะสม (Katchwattana, 2020)
6. เตรียมความพร้อมของพยาบาลในการรับมือกับสาธารณภัย สถาบันการศึกษาควรบรรจุหัวข้อการพยาบาลสาธารณภัยและการดูแลผู้ประสบภัยไว้ในหลักสูตร

เพื่อเตรียมพร้อมพยาบาลในระดับปริญญาตรี เพื่อที่จะสามารถรับมือกับสาธารณภัยในรูปแบบต่างๆได้ในอนาคต

7. บรรจุหลักสูตรการเอาตัวรอดเมื่อเกิดภัยพิบัติ/สาธารณภัยต่างๆ ให้กับนักเรียน นักศึกษา และบุคคลทั่วไป เพื่อเป็นการซ้อมแผนการรับมือกับสาธารณภัย และสามารถเอาตัวรอดเมื่อเกิดเหตุได้

การฟื้นฟูสภาพจิตใจ ดูแลภายหลังเหตุการณ์

สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ระบุว่า ผู้ที่อยู่ใกล้ขีดเหตุการณ์ เช่น อยู่ในสถานที่เกิดเหตุ เห็นภาพความรุนแรง หรือเป็นคนที่ถูกภัยพิบัติ ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ เช่น ญาติ เพื่อน หรือคนรู้จัก เสียชีวิต ผลกระทบทางจิตใจมากขึ้น ถ้าเป็นคนใกล้ชิดและเห็นภาพความรุนแรง อยู่ร่วมในเหตุการณ์ด้วยความเสี่ยงจะยิ่งมากขึ้น เพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจิตตามที่กล่าวมา จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จึงได้ให้แนวทางการสังเกตตนเองและคนรอบข้างไว้ หากมีอาการต่อไปนี้

- 1) ฝันร้าย หรือเหมือนเห็นภาพติดตามเหตุการณ์นั้นๆ
- 2) อารมณ์ผิดปกติไป เช่น เศร้า หรือหดหู่มาก
- 3) มีความหวาดกลัว หรือรู้สึกแย่ทุกครั้งที่อยู่แถวเหตุการณ์ที่คล้ายๆ กัน
- 4) นอนไม่หลับ ตกใจง่าย หรือรู้สึกตื่นกลัว
- 5) รู้สึกชีวิตเปลี่ยนไปจากเดิมนับจากวันที่เกิดเหตุการณ์

ถ้าอาการที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ยังไม่หายไป แม้จะผ่านไปหลายวันแล้วก็ตามควรรับปรึกษาจิตแพทย์ อาการเหล่านี้บ่งชี้ถึงการเกิด “ภาวะเครียดฉับพลันหลังจากประสบเหตุการณ์รุนแรง” (acute stress disorder) สำหรับผู้ที่มีอาการเข้าข่าย ควรรับมาพบจิตแพทย์ เพื่อป้องกันไม่ให้อาการทางจิตใจพัฒนารุนแรงไปเป็น “โรคเครียดภายหลังภัยอันตราย” (Post Traumatic Stress Disorder : PTSD) บทบาทพยาบาลในการดูแลด้านจิตใจผู้ประสบภัยเมื่อเกิดภาวะโรคเครียดภายหลังภัยอันตราย ดังนี้

1. แนะนำให้จัดการรับรู้ข่าวสาร เหตุการณ์ที่ยังกระตุ้นให้นึกถึงเหตุการณ์ร้าย ในทุกช่องทาง

ควรงดสื่อโซเชียล รายการข่าวต่างๆ รวมถึงการงดการพูดคุยซักถามถึงเหตุการณ์ที่ยังกระตุ้นให้นึกถึง เพราะจะกระตุ้นให้อาการเครียดเป็นมากขึ้นและไม่ส่งผลดีกับผู้ประสบภัย

ดังนั้นควรมีการควบคุมสื่อ การแชร์ภาพ หรือข่าวเป็นการกระตุ้นให้สังคม เกิดการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความคิดและอารมณ์ด้านลบ อันไม่เกิดผลดีต่อผู้ใด นอกจากนี้ เหตุการณ์ร้ายที่เป็นจุดสนใจของสังคมมาก สามารถส่งผลให้คนจำนวนหนึ่งสนใจที่จะอยากมีพฤติกรรมในแบบนั้นบ้าง การแชร์ภาพหรือข่าวซ้ำๆ อาจเป็นการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมเลียนแบบ ทำให้เกิดความรุนแรงในแบบเดียวกันขึ้นได้ ประชาชนและสื่อจึงต้องมีความตระหนักรู้ระมัดระวังในการส่งข่าวหรือข้อมูล ทุกคนสามารถช่วยกันรักษาสังคมนี้ได้ ด้วยการงดการแชร์ภาพบทความหรือข้อความ จากเหตุการณ์ร้ายนั้น เพื่อไม่ให้พฤติกรรมนั้นกลายเป็นพฤติกรรมที่โดดเด่น โด่งดัง หรือเป็นจุดสนใจที่จะดึงดูดให้คนบางกลุ่มสนใจอยากทำตาม

2. ติดตามเยี่ยมบ้าน สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด พร้อมแนะนำให้ดูแลฟื้นฟูร่างกาย และจิตใจ ติดตามอาการต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อประเมินสภาพร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะผู้ที่สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด จากบุคคลในครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ การทำกิจกรรมที่ดีต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทาน อาหารที่ดีต่อสุขภาพ การพักผ่อนหย่อนใจที่รู้สึกสบายใจ การทำกิจกรรมดีๆ กับครอบครัว เพื่อน โดยงดการพูดถึงเหตุการณ์ร้ายนั้นและมีเวลาในการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ การทำกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด เช่น การผ่อนคลายด้วยการฟังเพลงบรรเลงที่ช่วยให้ใจสบาย การทำโยคะ การผ่อนคลายด้วยการรับรู้ลมหายใจเข้า-ออก (exercise breathing) เป็นต้น

3. เปิดโอกาสให้ผู้ประสบภัยได้ระบาย พยาบาล รับฟังอย่างเปิดใจและเข้าใจ

การเปิดใจรับฟังด้วยความเห็นใจ และเข้าใจ

เป็นต้นทางของการเยียวยาจิตใจที่ดีกับทั้งคนรอบข้าง
กับคนในสังคม มีแนวทางดังนี้ (ราชวิทยาลัยจิตแพทย์
แห่งประเทศไทย, 2563)

สิ่งที่ควรปฏิบัติ	สิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติ
- รับฟังอย่างใส่ใจ - รับฟังด้วยความเคารพในกันและกัน - รับฟังโดยไม่ตัดสิน - รับฟังอย่างไม่มีอคติ	- การดำเนินคดีต่อกัน เช่น เตือนแล้วไม่เชื่อ บอกแล้วไม่ทำ - การให้คำแนะนำ สั่งสอน ทั้งที่ยังไม่ได้รับฟัง และยังไม่ได้เข้าใจความรู้สึกผู้ประสบภัย เช่น อย่าเครียดคิดมากไป ทำใจสบายๆ เดียวก็หายเครียด หรือ ผู้รู้ อย่าอ่อนแอ เป็นต้น

4. การแสดงความรัก ความห่วงใย และการ ให้กำลังใจ

การแสดงความรัก ความห่วงใย และการให้กำลังใจ
ด้วยคำพูด สีหน้า แววตา การแสดงออกที่ส่งความรู้สึกดี
ความรัก ความห่วงใย เช่น รอยยิ้ม การสัมผัส การโอบกอด
การถามไถ่ทุกข์สุข จากใจที่มีความรัก ความห่วงใยเป็นพลัง
ที่ดี ที่ช่วยให้ผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากนี้ไปได้

5. การกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ

เมื่อร่างกายเริ่มแข็งแรง การกลับไปใช้ชีวิต
ตามปกติ จะทำให้อาการทางจิตใจฟื้นตัวเร็วขึ้น

6. การพบจิตแพทย์

เนื่องจากเป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ
อย่างมาก ควรได้รับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
ควบคู่กับการดูแลจิตใจตนเองและผู้ใกล้ชิด จะช่วย
บรรเทาอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสร้างความ
ปลอดภัย ลดความเสี่ยงอันตรายที่เกิดขึ้นจากอาการได้
การรักษาประกอบด้วยการทำจิตบำบัด ร่วมกับการใช้ยา
เพื่อรักษาและบรรเทาอาการ

บทสรุป

พยาบาลในการบรรเทาสาธารณภัยกับการดูแล
ผู้ประสบสาธารณภัย เป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาล
ที่ต้องดูแล ช่วยเหลือผู้ประสบภัย โดยใช้ความรู้
ความสามารถ ความเข้าใจ เพื่อให้สามารถรับมือกับ
สาธารณภัยในรูปแบบที่หลากหลายพยาบาลควรมี
การเตรียมความพร้อมในการรับสาธารณภัย
โดยยกระดับความรู้เกี่ยวกับ สาธารณภัยและเห็น
ตระหนักถึงความสำคัญเรื่องนี้ให้มากขึ้นจะช่วยให้
พยาบาลมีแนวปฏิบัติที่ดี ในการป้องกันและแก้ไข
ปัญหาได้อย่างเหมาะสม พร้อมทั้งเตรียมความพร้อม
ให้แก่ประชาชน โดยพยาบาลควรให้ความรู้คำแนะนำ
ถึงวิธีการรับมือกับสาธารณภัย และฝึกทักษะการ
ปฐมพยาบาลเบื้องต้น เพื่อให้ประชาชน สามารถรับมือ
กับสาธารณภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลด
ผลกระทบ ความสูญเสียจากสาธารณภัย และนำมาซึ่ง
ความปลอดภัยของประชาชนชาวไทยได้ในที่สุด

เอกสารอ้างอิง

- ชนิษฐา รัตนกัลยา. (2560). การเตรียมพร้อมพยาบาล เพื่อรับมือภัยพิบัติ. *เชียงใหม่เวชสาร*, 9(2), 147-156.
- วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว, และสมจินดา ชมพูนุท. (2557). *การพยาบาลสาธารณภัย*. กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
- ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. (2563). *ประกาศราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยที่ 3/2563 เรื่อง ข้อเสนอแนะ สำหรับเหตุการณ์รุนแรงสะท้อนขวัญบริเวณ ศูนย์การค้าและพื้นที่ ภายในจังหวัด นครราชสีมา*. กรุงเทพฯ: กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
- รัฐพลี ภาคอรธ และคณะ. (2563). *การเอาตัวรอดจากการกราดยิง Escape and Survive in Mass Shooting*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.
- ศุภลักษณ์ ธนาโรจน์, ศรีนวล สติวิทยานันท์, และ รุ่งนภา จันทรา. (2557). สมรรถนะของพยาบาลด้านการจัดการภัยพิบัติ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 3(3), 35-44.
- อนุชิต ไกรวิจิตร. (2563). “หนี-ซ่อน-สู้” และเทคนิคการเอาตัวรอด รับมือสถานการณ์ร้าย” สืบค้นจาก <https://thestandard.co/escape-and-survive-in-mass-shooting/>
- อรุณรัตน์ สิริภักดีกาญจน์, และวาสนี วิเศษฤทธิ์. (2557). การศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 348-359.
- อุบล ยี่เฮ้ง. (2553). การเผชิญภัยพิบัติลดบทบาทเรียน: กรณีความไม่สงบทางการเมืองในเขตกรุงเทพมหานคร(12 มีนาคม – 22 พฤษภาคม 2553). *วารพยาบาลทหารบก*, 11(ฉบับพิเศษ), 11-15.
- Center for research on Epidemiology of Disaster. (2009). *Disaster Category Classification and peril Terminology for Operational Purposes*. Retrived Feb 24, 2020, from https://www.cred.be/sites/default/files/DisCatClass_264.pdf
- Below, R., Wirtz, A., & Guha-Sapir, D. (2009). *Disaster category classification and peril terminology for operational purposes* (No. UCL-Université Catholique de Louvain).
- Katchwattana, P. (2020). ถอดบทเรียนกราดยิงโคราช รับมือทุกวิกฤตอย่างสร้างสรรค์. สืบค้นจาก <https://www.salika.co/2020/02/10/lesson-learn-from-korat-tragedy/>.
- Hingkanont, P. (Eds). (2011). *Community Nursing and Primary Medical Care* 8-15. (11th ed.). Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University Press
- Wasawa, L.(2020). กราดยิงโคราช: 24 ชั่วโมงแรกของผู้รอดชีวิตและญาติผู้เสียชีวิต. BBC Thai News. สืบค้นจาก <https://www.bbc.com/thai/thailand-51435700>

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

The Relationships Between Personal Data, Selected Factors and Holistic Self-Care Behaviors of Senior Students in Saint Louis College

มาลีวัล เลิศสาครศิริ, ค.ด., Maleewan Lertsakornsiri, Ph.D.^{1*}

ศศิธร เจริญวุฒิพงศ์, วท.ม., Sasithorn Charoenwoodhipong, M.Sc.²

¹รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ

¹Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok.

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ

²Assistant Professor, Faculty of Nursing, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok.

*Corresponding Author E-mail: maleewan@slc.ac.th

Received: February 29, 2020

Revised: April 18, 2020

Accepted: April 28, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์ความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ คณะกายภาพบำบัด และคณะจิตวิทยา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ภาคต้น ปีการศึกษา 2562 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีโควต้าและสุ่มอย่างง่าย จำนวน 127 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม มีค่าดัชนีความตรงได้เท่ากับ 0.77 และค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ คณะกายภาพบำบัดและคณะจิตวิทยา มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมโดยรวมทั้ง 3 คณะอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.74 (SD =.29) คณะพยาบาลศาสตร์ คณะจิตวิทยา และคณะกายภาพบำบัดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.74, 2.78 และ 2.72 ตามลำดับ ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม ทางบวก ระดับน้อยและปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .270$ และ $.469$) ตามลำดับ สถานที่พักอาศัยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($\chi^2 = 68.524$) ส่วนลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม โดยการจัดกิจกรรมที่ก่อให้เกิดเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพและใช้สัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างบุคคล

คำสำคัญ: ลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยคัดสรร พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม นักศึกษาชั้นปีที่ 4

Abstract

The purpose of this correlational study was to examine the relationships between personal background, selected factors and holistic self-care behaviors of senior students of Saint Louis College. 127 fourth years students from faculty of nursing, faculty of physical therapy and faculty of psychology in the first semester of the academic year 2019 were included as research participants, which were selected by quota and simple random sampling. The research tool was a questionnaire including personal data, attitude towards health care, interpersonal influence, and holistic self-care behaviors. The content validity was .77 and reliability was .83. The data were analyzed by descriptive statistics such as frequency, percentage, means, and standard deviations, Chi-square and Pearson product moment correlation coefficient. The conclusions were the fourth years students' average scores of holistic self-care behaviors was at moderate level ($\bar{X}$ = 2.74, SD = .29), and the average scores of holistic self-care behaviors in faculty of nursing, faculty of physical therapy and faculty of psychology were 2.74, 2.78, and 2.72, respectively. The selected factors such as the attitude towards health care, interpersonal influence were statistically significant at the positive low and moderate relationships with the self-care behaviors at $p < .01$ (r = .270 and .469, respectively). The relationships between residential areas and the holistic self-care behaviors was significant at $p < .001$ (χ^2 = 68.524), and no relationships in personal data. This study indicated the importance and needs for promoting health care behaviors in terms of organizing activities that enhance positive attitudes towards health and good interpersonal relations.

Keyword: personal data, selected factors, holistic self-care behaviors, senior students

บทนำ

สุขภาพองค์รวม คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคมและทางปัญญาหรือจิตวิญญาณ (ประเวศ วะสี, 2551) สุขภาพดีจึงเป็นสิ่งที่ทุกคนพึงปรารถนา บุคคลจึงพยายามหาวิธีที่จะดูแลสุขภาพเพื่อไม่ให้เกิดภาวะเจ็บป่วย แต่การที่มนุษย์เราจะมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงได้นั้น ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งในปัจจุบันปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน และปัญหาสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีปัจจัยด้านสังคม การเมือง เศรษฐกิจ การคมนาคม การพัฒนาเทคโนโลยีซึ่งในปี พ.ศ. 2562 รัฐบาลได้ประกาศ

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560- 2564) ให้เป็นปีเริ่มต้นการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้ยุทธศาสตร์รวมพลังเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน จากนโยบายและเป้าหมายการสร้างสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดวิสัยทัศน์ ให้คนไทยมีอายุยืนโดยเฉลี่ยตั้งแต่แรกเกิดไม่น้อยกว่า 80 ปี และอายุโดยเฉลี่ยของการมีสุขภาพที่ดีไม่น้อยกว่า 2 ปี แต่ในการบรรลุถึงเป้าหมายที่วางไว้ได้นั้นต้องอาศัยการพัฒนานคนในทุกช่วงวัยของอายุตั้งแต่ปฐมวัย วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน และวัยสูงอายุอย่างมีระบบแบบแผน ให้สอดคล้องกับ

พัฒนาการของร่างกาย จิตใจ สังคม และสถานการณ์ ปัญหาต่างๆ ที่พบในแต่ละช่วงวัย เพื่อให้มีความพร้อมที่จะก้าวไปสู่ช่วงวัยต่อไปได้อย่างมั่นคง กลุ่มวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งอารมณ์ และสังคม เป็นช่วงเปลี่ยนผ่านระหว่างวัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่ กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต และกระทรวงศึกษาธิการได้ตระหนักถึงความสำคัญเป็นลำดับแรก จึงได้ร่วมมือกันดำเนินงานพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพตนเอง และการป้องกันปัญหาด้านพฤติกรรม ความเสี่ยงต่างๆ จึงจำเป็นต้องมีการบูรณาการทั้งด้านนโยบาย กระบวนการดำเนินงานและวิชาการ เพื่อให้เยาวชนได้รับการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันปัญหา และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นองค์รวม เพื่อให้มีความพร้อมที่จะดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพไปสู่ช่วงวัยผู้ใหญ่และวัยทำงานต่อไป (จุมพล รามล, 2559)

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์เป็นสถาบันการศึกษาเอกชนที่ผลิตบุคลากรวิชาชีพ เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา เพื่อให้บริการกับประชาชน นักศึกษาทั้ง 3 คณะจึงควรปฏิบัติตัวให้เป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพ ถ้าเป็นผู้ที่มีร่างกาย และจิตใจแข็งแรง สมบูรณ์ มีสุขภาพดี ย่อมมีพลังที่จะทุ่มเทกับการเรียน ได้อย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ เป็นแบบอย่างที่ดีแก่ประชาชนทั่วไป ดังงานวิจัยของมาลีวัล เลิศสาครศิริ และชะบา คำปัญญา (2560) เกี่ยวกับ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่ฝึกปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ พบว่า ลักษณะส่วนบุคคลเกี่ยวกับชั้นปี เงินที่ได้รับเป็นค่าใช้จ่ายรายเดือน และสถานที่พักอาศัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านโภชนาการ และการศึกษาของสราวุฒ พิษพิพัฒน์ และคณะ (2560) เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ พบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสม

ได้แก่ การรับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ ส่วนใหญ่ไม่รับประทานอาหารเช้า การดื่มน้ำตาลและน้ำปลา เพื่อเพิ่มรสชาติอาหารมากเกินไป การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง น้ำอัดลม อาหารจานด่วนและขนมกรุบกรอบ /ขบเคี้ยว ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพได้ในระยะยาว ในส่วนของนักศึกษาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ประจำปีการศึกษา 2562 ทั้งนักศึกษาพยาบาล กายภาพบำบัด และจิตวิทยา จำนวนไม่น้อยที่ทุ่มเทพลัง และเวลาให้กับการเรียน รวมทั้งกิจกรรมต่างๆ ที่วิทยาลัยจัดขึ้น จนบางครั้งมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อความสมดุลทางสุขภาพ โดยเฉพาะ นักศึกษาชั้นปีที่ 4 ทั้ง 3 คณะที่มีความเครียดและความกดดันในช่วงปีสุดท้ายที่ใกล้สำเร็จการศึกษา และต้องเตรียมความพร้อมในการสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพในสาขาวิชาของตนเอง ซึ่งอาจส่งผลการดูแลสุขภาพตนเองทั้งในด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านความต้องการความสำเร็จในชีวิต ดังที่กล่าวแล้ว นักศึกษาชั้นปีที่ 4 ทั้ง 3 คณะมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันในการตระหนักด้านสุขภาพ เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง แบบองค์รวมของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เพื่อนำข้อมูลและผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้เป็นแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 รวมถึงชั้นปีที่ 1-3 ที่จะก้าวมาเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษา

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
2. ความสัมพันธ์ของลักษณะส่วนบุคคลได้แก่

เพศ คะแนนเฉลี่ยสะสม ศาสนา และค่าใช้จ่ายรายเดือน ปัจจัยคัดสรรได้แก่ สถานที่พักอาศัย เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

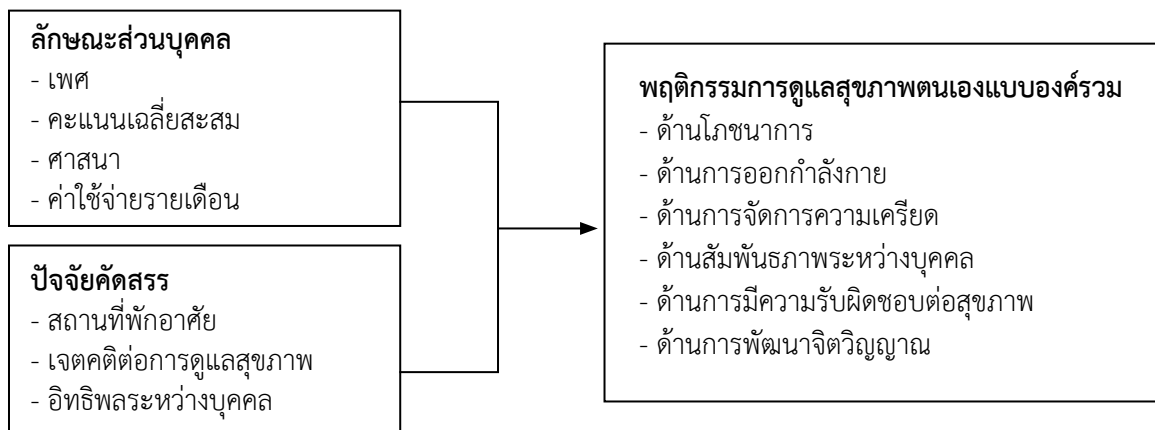
สมมุติฐานของการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ คะแนนเฉลี่ยสะสม ศาสนา ค่าใช้จ่ายรายเดือน และปัจจัยคัดสรร ได้แก่ สถานที่พักอาศัย อิทธิพลระหว่างบุคคล เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาทั้งในประเทศ และต่างประเทศ โดยแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ และคณะ (Pender et al., 2011) กล่าวว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพนั้นมีเป้าหมายสำคัญ เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยส่วนรวมหรือมุ่งให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพที่ดี การปฏิบัติตนให้มีสุขภาพอนามัยแข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอทั้งทางร่างกาย และจิตใจเพื่อป้องกันการเกิดโรค การจัดการกับอุปสรรคเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพของแต่ละบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ

แบบองค์รวม ซึ่งประกอบไปด้วย 6 ด้าน คือ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) ด้านกิจกรรมทางด้านการร่างกาย 3) ด้านโภชนาการ 4) ด้านการปฏิบัติสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด ซึ่งจาก ผลการศึกษาของจุมพล รามล (2559) พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่หนึ่ง มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม อยู่ในเกณฑ์ระดับดี โดยเพศที่แตกต่างกัน คือ เพศชาย และเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมแตกต่างกัน และการศึกษาของสราวุฒิ พงษ์พิพัฒน์ และคณะ (2560) พบว่า นักศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และเครื่อง ดื่มที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพได้ในระยะยาว นักศึกษาส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ในการวิจัยนี้คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ คะแนนเฉลี่ยสะสม ศาสนา เงินที่ได้รับเป็นค่าใช้จ่ายรายเดือน และปัจจัยภายนอก คือ สถานที่พักอาศัย เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ทั้งนี้ แสดงความสัมพันธ์กับตัวแปรต่างๆตามกรอบแนวคิดการวิจัย (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนาชนิดหาความสัมพันธ์ โดยดำเนินการวิจัยดังนี้

1.ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2562 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ จำนวน 185 คน เป็นคณะพยาบาลศาสตร์จำนวน 139 คน คณะกายภาพบำบัดจำนวน 25 คน และคณะจิตวิทยาจำนวน 21 คน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2562 กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2562 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของยามาเน่ (Yamane, 1973) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 127 คน คณะพยาบาลศาสตร์ 95 คน คณะกายภาพบำบัด 17 คน และคณะจิตวิทยา 15 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีคิดสัดส่วนและสุ่มอย่างง่าย เกณฑ์การคัดเข้า คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2562 ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก คือ กลุ่มตัวอย่างที่เจ็บป่วย ลาออก และไม่สามารถตอบแบบสอบถามในช่วงเวลาที่กำหนดได้

2.การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2562 คณะกายภาพบำบัด คณะจิตวิทยา และคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่ได้จากการสุ่มอย่างง่ายโดยเซ็นใบยินยอมในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Consent form) และได้รับการพิจารณาด้านจริยธรรมโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่รับรอง E.033/2562 ณ วันที่ 22 ตุลาคม 2562

3.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามมี 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล 9 ข้อ ประกอบด้วยเพศ คณะวิชา คะแนนเฉลี่ยสะสม ศาสนา แหล่งที่พักอาศัย จำนวนสมาชิกในห้องพัก แหล่งที่

มอบเงินให้ จำนวนเงินที่ได้รับสำหรับใช้จ่ายรายเดือน และเงินที่ใช้จ่ายรายเดือน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินเจตคติต่อการดูแลสุขภาพ คณะผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากแบบสอบถามเจตคติต่อการดูแลสุขภาพของมาลีวัล เลิศสาครศิริ และชะบา คำปัญญา (2560) มีทั้งหมด 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอิทธิพลระหว่างบุคคล ซึ่งคณะผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ส่วนที่ 2 และ 3 ลักษณะคำถามเชิงบวกและเชิงลบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลส่วนที่ 2 และ 3 โดยคะแนนเฉลี่ยได้แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67-5 หมายถึง ระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง ระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบบองค์รวม คณะผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากแบบสอบถามการประเมินพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวรรณวิมล เมฆวิมล (2554) มีทั้งหมด 35 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านโภชนาการ 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 4) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) ด้านการจัดการความเครียด และ 6) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำจนถึงไม่เคยปฏิบัติเลย การแปลผลโดยคะแนนเฉลี่ยที่ได้แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.02-4.00 หมายถึง ระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.01 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง ระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ

ซึ่งเป็นอาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ คณะกายภาพบำบัด และคณะจิตวิทยา จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาในแต่ละคำถาม โดยถือเกณฑ์ตามความคิดเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า IOC (Index of Item-Objective Congruence) ได้เท่ากับ 0.77

2. การหาความเที่ยง (Reliability) คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามทุกชุดที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ของคณะพยาบาลศาสตร์ คณะกายภาพบำบัด และคณะจิตวิทยา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ จำนวน 30 คนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างและนำมาหาความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.83 ในแต่ละส่วนได้ค่างนี้ 1) แบบประเมินเจตคติต่อการดูแลสุขภาพเท่ากับ 0.73 2) แบบประเมินอิทธิพลและสัมพันธภาพกับเพื่อนเท่ากับ 0.75 และ 3) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเท่ากับ 0.835

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยดำเนินการโดยทำหนังสือขอความร่วมมือถึงคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ กายภาพบำบัด และจิตวิทยา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลในเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2562 แล้ว คณะผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ซึ่งไม่มีแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ จึงสามารถนำแบบสอบถามทุกฉบับมาวิเคราะห์ข้อมูลได้

5. การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ลักษณะส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างโดยรวมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 96.9 7 มีคะแนนเฉลี่ยสะสมเท่ากับ 2.75-3.24 จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 51.2 และนับถือศาสนาพุทธจำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 74.8 อาศัยอยู่ในหอพักนักศึกษาภายในวิทยาลัยเซนต์หลุยส์จำนวนเท่ากับอาศัยอยู่ห้องเช่า/คอนโด/อพาร์ทเมนต์ คือ 47 คน คิดเป็นร้อยละ 37 โดยอาศัยอยู่ด้วยกันส่วนใหญ่ 4 คน จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 38.6 ส่วนใหญ่ได้รับเงินจากพ่อแม่/ผู้ปกครอง+ทุนการศึกษาจำนวน 62คน คิดเป็นร้อยละ 48.8 ได้รับค่าใช้จ่ายรายเดือนไม่รวมค่าที่พักอาศัยจำนวน 5,001-6,000 บาท จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 32.3 และใช้เงินรายเดือนหมดพอดี จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 52.8

2. เจตคติต่อการดูแลสุขภาพของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์พบว่าค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 (SD= .38) อยู่ในระดับปานกลาง คณะกายภาพอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.93 (SD = .58) ส่วนคณะพยาบาลและคณะจิตวิทยาอยู่ในระดับปานกลางค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.63 (SD = .30) และ 3.35 (SD = .28) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเจตคติต่อการดูแลสุขภาพของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 วิทยาลัย
เซนต์หลุยส์

เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ	คณะพยาบาลศาสตร์ (n = 95)		คณะจิตวิทยา (n = 15)		คณะกายภาพบำบัด (n = 17)		โดยรวม (n = 127)	
	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ
1.สุขภาพเป็นเรื่องที่ต้องใส่ใจและให้ความสำคัญ	4.72(.53)	มาก	4.00(.92)	มาก	4.71(.68)	มาก	4.63(.65)	มาก
2.การมีสุขภาพดี คือ การมีร่างกายและจิตใจที่แข็งแรงไม่มีความเครียดสะสม	4.44(.56)	มาก	3.87(.64)	มาก	4.53(.71)	มาก	4.39(.61)	มาก
3.การตรวจสุขภาพประจำปีเหมาะสมสำหรับบุคคลทุกช่วงวัย	4.36(.72)	มาก	3.87(1.06)	มาก	4.71(.68)	มาก	4.35(.79)	มาก
4.การออกกำลังกายเป็นประจำจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงปราศจากโรคภัยต่างๆ	4.42(.57)	มาก	3.87(.99)	มาก	4.76(.66)	มาก	4.40(.68)	มาก
5.การออกกำลังกายควรใช้เวลาอย่างน้อย 20-30 นาที/ครั้ง และ 3 ครั้ง/สัปดาห์	4.49(.75)	มาก	3.93(.70)	มาก	4.41(1.17)	มาก	4.42(.83)	มาก
6.ถ้าไม่มีเวลาออกกำลังกายสม่ำเสมอก็สามารถใช้การออกกำลังกายคร่าวๆแทนได้	3.34(1.16)	ปานกลาง	3.13(.83)	ปานกลาง	2.52(1.23)	ปานกลาง	3.21(1.16)	ปานกลาง
7.การรับประทานอาหารราคาแพงจะได้รับคุณค่าทางอาหารมากกว่าอาหารราคาถูก	4.36(.81)	มาก	3.40(1.12)	ปานกลาง	3.64(1.69)	ปานกลาง	4.16(1.06)	มาก
8.การรับประทานอาหารผักและผลไม้เป็นประจำ ทำให้การขับถ่ายดี	4.56(.66)	มาก	3.87(.91)	มาก	4.53(.80)	มาก	4.47(.74)	มาก
9.การรับประทานอาหารแต่ละมื้อควรนึกถึงคุณค่าทางอาหารมากกว่าความอร่อย	3.99(.84)	มาก	3.60(.63)	ปานกลาง	4.12(.99)	มาก	3.96(.84)	มาก
10.ควรนอนพักผ่อนที่หลังรับประทานอาหาร เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงกระเพาะอาหารมากขึ้น	4.81(.57)	มาก	3.60(1.50)	ปานกลาง	3.35(1.72)	ปานกลาง	4.47(1.10)	มาก
11.การฝึกปฏิบัติงานเป็นการออกกำลังกายแล้วไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายเพิ่ม	4.40(.89)	มาก	3.60(.98)	ปานกลาง	3.47(1.66)	ปานกลาง	4.18(1.09)	มาก

เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ	คณะพยาบาลศาสตร์ (n = 95)		คณะจิตวิทยา (n = 15)		คณะกายภาพบำบัด (n = 17)		โดยรวม (n = 127)	
	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ
12.การฝึกปฏิบัติงานเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ร่างกายได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ	2.36(1.19)	ปานกลาง	2.93(1.09)	ปานกลาง	2.11(1.11)	น้อย	2.40(1.18)	ปานกลาง
13. การสวดมนต์หรือนั่งสมาธิจะช่วยให้ท่านจิตใจสงบและคลายความเครียดได้	4.11(.85)	มาก	3.07(.79)	ปานกลาง	3.71(1.21)	มาก	3.93(.96)	มาก
14. ขณะออกกำลังกาย ร่างกายจะมีการหลั่งสารเอ็นโดรฟินทำให้รู้สึกสดชื่นและมีความสุข	4.44(.63)	มาก	3.67(.61)	มาก	4.35(.78)	มาก	4.34(.69)	มาก
15. การดื่มมนมอุ่นๆ ก่อนนอนจะช่วยให้ท่านนอนหลับพักผ่อนได้ดี	4.26(.86)	มาก	3.27(.70)	ปานกลาง	4.35(.93)	มาก	4.16(.91)	มาก
รวม	3.63(.30)	ปานกลาง	3.35(.28)	ปานกลาง	3.93(.58)	มาก	3.64(.38)	ปานกลาง

3. อิทธิพลระหว่างบุคคลของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 คณะจิตวิทยาและคณะกายภาพบำบัดอยู่ในระดับปานกลาง โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.97 (SD = .50) อยู่ในระดับปานกลาง คณะพยาบาลศาสตร์ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.94 (SD = .47), 2.95 (SD = .39) และ 3.14 (SD = .50) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอิทธิพลระหว่างบุคคลของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

อิทธิพลระหว่างบุคคล	คณะพยาบาลศาสตร์ (n = 95)		คณะจิตวิทยา (n = 15)		คณะกายภาพบำบัด (n = 17)		โดยรวม (n = 127)	
	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ
1.การไปทานอาหารกับเพื่อนทำให้ฉันสามารถทานอาหารได้มากขึ้น	3.11(1.29)	ปานกลาง	3.20(1.01)	ปานกลาง	3.29(1.10)	ปานกลาง	3.14(1.23)	ปานกลาง
2.ท่านชอบรับประทานอาหารคนเดียว	2.67(1.14)	ปานกลาง	2.80(.77)	ปานกลาง	3.71(.98)	ดีมาก	2.69(1.08)	ปานกลาง
3.การได้ออกกำลังกายกับเพื่อนทำให้ท่านรู้สึกอยากออกกำลังกายมากกว่าการไปออกกำลังกายเพียงลำพัง	3.71(1.15)	มาก	3.60(.63)	ปานกลาง	4.06(1.19)	ดีมาก	3.74(1.11)	มาก
4. ท่านและกลุ่มเพื่อนมักชวนกันออกไปสถานบันเทิงมากกว่า 4 ครั้ง/เดือน	1.64(.99)	น้อย	2.00(1.25)	น้อย	2.24(1.34)	น้อย	1.76(1.09)	น้อย
5. ท่านและเพื่อนพูดคุยเรื่องการดูแลสุขภาพสม่ำเสมอ	3.02(.91)	ปานกลาง	2.73(.88)	ปานกลาง	3.06(1.24)	ปานกลาง	2.99(.95)	ปานกลาง
6. ท่านมักชวนเพื่อนไปพบแพทย์หากมีอาการเจ็บป่วย	3.52(.90)	ปานกลาง	2.87(.99)	ปานกลาง	3.76(1.03)	มาก	3.47(.95)	ปานกลาง
7. ท่านมักขอความคิดเห็นจากเพื่อนหากเจอปัญหาหรือมีความเครียด	3.41(.90)	ปานกลาง	3.27(.79)	ปานกลาง	3.35(1.05)	ปานกลาง	3.39(.90)	ปานกลาง
8. ท่านสามารถทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนได้อย่างมีความสุข	4.08(.88)	มาก	3.73(.88)	มาก	4.18(.88)	มาก	4.06(.88)	มาก
9. ท่านและเพื่อนมักชวนกันไปทานอาหารFast food หรือปิ้งย่างอย่างน้อย 4 ครั้ง/เดือน	3.15(1.24)	ปานกลาง	2.73(.88)	ปานกลาง	2.88(1.40)	ปานกลาง	3.07(1.23)	ปานกลาง
10. ท่านและเพื่อนคิดว่าการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นเรื่องเสียเวลา	4.54(.83)	มาก	3.93(1.03)	มาก	4.29(.91)	มาก	4.44(.88)	มาก
รวม	2.94(.47)	ปานกลาง	2.95(.39)	ปานกลาง	3.14(.67)	ปานกลาง	2.97(.50)	ปานกลาง

4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมทั้ง 6 ด้านของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พบว่าอยู่ในระดับปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.74 (SD = .29) คณะพยาบาลศาสตร์ คณะจิตวิทยาและคณะกายภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.74 (SD = .029), 2.78 (SD = .31) และ 2.72 (SD = .26) ตามลำดับ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.29 (SD = .47) อยู่ในระดับมาก

เมื่อพิจารณาแต่ละคณะพบว่า คณะนันทนาการและสันทนาการมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดของคณะพยาบาลศาสตร์เท่ากับ 3.29 (SD = .47) อยู่ในระดับมาก คือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 2.47 (SD = .31) อยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านการจัดการความเครียด คณะนันทนาการมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดของคณะจิตวิทยาเท่ากับ 3.20 (SD = .46) อยู่ในระดับมาก คือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 2.58 (SD = .38) ระดับปานกลาง คือ ด้านโภชนาการ คณะนันทนาการมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดของคณะกายภาพบำบัดเท่ากับ 3.30 (SD = .48) อยู่ในระดับมาก คือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 2.36 (SD = .41) ระดับปานกลาง คือ ด้านการรับมือกับปัญหาสุขภาพ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมทั้ง 6 ด้านของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบบองค์รวม	คณะพยาบาลศาสตร์ (n = 95)			คณะจิตวิทยา (n = 15)			คณะกายภาพบำบัด (n = 17)			โดยรวม (n = 127)		
	$\bar{X}$	(SD)	ระดับ	$\bar{X}$	(SD)	ระดับ	$\bar{X}$	(SD)	ระดับ	$\bar{X}$	(SD)	ระดับ
1. ด้านโภชนาการ	2.63	.31	ปานกลาง	2.58	.38	ปานกลาง	2.64	.42	ปานกลาง	2.63	.33	ปานกลาง
2. ด้านการออกกำลังกาย	2.60	.48	ปานกลาง	2.77	.54	ปานกลาง	2.45	.63	ปานกลาง	2.80	.78	ปานกลาง
3. ด้านการรับมือกับปัญหาสุขภาพ	2.61	.47	ปานกลาง	2.60	.48	ปานกลาง	2.36	.41	ปานกลาง	2.60	.51	ปานกลาง
4. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.29	.47	มาก	3.20	.46	มาก	3.30	.48	มาก	3.28	.47	มาก
5. ด้านการจัดการความเครียด	2.47	.31	ปานกลาง	2.76	.36	ปานกลาง	2.69	.35	ปานกลาง	2.53	.34	ปานกลาง
6. ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ	2.85	.44	ปานกลาง	2.78	.48	ปานกลาง	2.88	.30	ปานกลาง	2.85	.42	ปานกลาง
รวม	2.74	.29	ปานกลาง	2.78	.31	ปานกลาง	2.72	.26	ปานกลาง	2.74	.29	ปานกลาง

5. ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ คณะนันทนาการและสันทนาการ และเงินที่ได้สำหรับใช้จ่ายรายเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม ส่วนปัจจัยคัดสรร ได้แก่ สถานที่พักอาศัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($\chi^2 = 68.524$)

ส่วนเจตคติต่อการดูแลสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมโดยรวมของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ทางบวกระดับต่ำและปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .270$ และ $.469$ ตามลำดับ) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลระหว่างบุคคล เจตคติต่อการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ (n=127)

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง	เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ	อิทธิพลและสัมพันธ์ภาพกับกลุ่มเพื่อน
ด้านโภชนาการ	.122	.396**
ด้านการออกกำลังกาย	.060	.249**
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	.162	.324**
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	.363**	.394**
ด้านการจัดการความเครียด	.212*	.283**
ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ	.185*	.287**
รวม	.270**	.469**

*p<.05, **p<.01

การอภิปรายผล

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมทั้ง 6 ด้านของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ไม่แตกต่างกันอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.74 คณะพยาบาลศาสตร์ คณะจิตวิทยาและคณะกายภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.74, 2.78 และ 2.72 ตามลำดับ โดยด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ภายในหอพักของวิทยาลัยฯ จึงทำให้รู้จักคุ้นเคยกันดีตั้งแต่เรียนในปีที่ 1 จนถึงปีที่ 4 นอกจากนี้การที่นักศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 คณะศึกษาในด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพด้วยลักษณะทางวิชาชีพที่ได้รับการบ่มเพาะมาตั้งแต่เริ่มเข้าศึกษาเป็นนักศึกษา ในสมรรถนะทางด้านการสื่อสาร และสัมพันธ์ภาพที่ต้องมีการปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรอื่นๆในทีมสุขภาพ ที่ต้องติดต่อประสานงานในการทำงานร่วมกัน และเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้ว ด้วยลักษณะของงานทำให้นักศึกษาต้องมีการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ทั้งเพื่อนวิชาชีพเดียวกันบนหอผู้ป่วยและทีมสุขภาพ รวมถึงการมีการสื่อสารที่ดี

กับผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมคิด สวนศรี และคณะ (2560) ที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรีโดยรวมอยู่ในระดับปฏิบัติอยู่บ่อยๆ สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ด้านที่ปฏิบัติสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 5-7 ครั้ง คือ ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ด้านที่ปฏิบัติอยู่บ่อยๆ สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง คือ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านที่ปฏิบัติเป็นบางครั้งสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง คือ ด้านกิจกรรมทางกาย นักศึกษาที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกันนักศึกษามีอายุต่างกันซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ รวมถึงลักษณะส่วนบุคคลอื่นๆ คือ คะแนนเฉลี่ยสะสม ศาสนาและเงินที่ได้รับเป็นค่าใช้จ่ายรายเดือนที่ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม จึงไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของสมคิด สวนศรี และคณะ (2560) ที่พบว่า การมีค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน (ไม่รวมค่าที่พัก) ต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด ซึ่งอาจจะ

เกี่ยวเนื่องจากการที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับการศึกษาชั้นปีที่ 4 ซึ่งเป็นปีสุดท้าย ทุกคนอยู่ในช่วงที่ต้องฝึกปฏิบัติงานในสถานที่ต่างๆ ต้องศึกษาค้นคว้าหาคำตอบด้วยตนเอง มีความเครียดและความกดดันในช่วงปีสุดท้ายที่ใกล้สำเร็จการศึกษา และต้องเตรียมความพร้อมในการสอบใบประกอบวิชาชีพในสาขาวิชาของตนเอง ซึ่งอาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมไม่ค่อยมีเวลาพักผ่อนจึงทำให้มีความเครียดสะสม และอาจมีพฤติกรรมจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอฏฐิยะห์ อัมมิดมุข (2561) ที่พบว่าสิ่งที่ทำให้นักศึกษาเครียดมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ กลัวไม่ได้สอบรบบยอด ($\bar{X}=3.4$) กลัวไม่จบตามระยะเวลาที่กำหนด ($\bar{X}=3.3$) และจำนวนภาระงานมาก ($\bar{X}=3.2$) รวมถึงการศึกษาของสายสวาท เผ่าพงษ์ และคณะ (2011) เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยบรมราชชนนี นครราชสีมา พบว่านักศึกษาส่วนมากมีการบริโภคอาหารปรุงสำเร็จพร้อมรับประทานเนื่องจากสะดวก รวดเร็ว และพบว่านักศึกษาออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 45.83 ซึ่งปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการออกกำลังกายของนักศึกษา ได้แก่ ภาระด้านการเรียน และการฝึกปฏิบัติงานที่หนัก ขาดความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากความเหนื่อยล้า อ่อนเพลียจากการเรียน และการสอบ

เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยและปานกลาง กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมโดยรวมของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .270$ และ $.469$ ตามลำดับ) ส่วนสถานที่พักอาศัยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($\chi^2 = 68.524$) สอดคล้องกับผลการศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยในคูเวต ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี จะช่วยให้

การพักผ่อนดีขึ้น ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น จะเพิ่มศักยภาพในการเรียนและการฝึกปฏิบัติงาน (Fatimah & Victoria, 2017) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าเจตคติต่อการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการจัดการความเครียด และด้านความสำเร็จในชีวิต ซึ่งผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างนักศึกษาชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ มีเจตคติต่อการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.64, SD = .38$) โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงในระดับมากคือสุขภาพเป็นเรื่องที่ต้องใส่ใจและให้ความสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปราณี อ่อนศรี (2559) ได้ศึกษาความรู้ ทักษะและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนพยาบาลกองทัพบก พบว่าทัศนคติและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี เมื่อมีความรู้และทัศนคติที่ดีแล้วจะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง แสดงว่าการที่บุคคลมีเจตคติต่อการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันย่อมทำให้มีการแสดงออกในการปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกันด้วย และ การศึกษาของฮาเดย์ (Hadaye, Pathak & Lavangare, 2019) ได้ศึกษาภาวะโภชนาการของนักศึกษาพยาบาลระดับอุดมศึกษา พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่ไม่รับประทานอาหารเช้าหรือรับประทานอาหารเช้าเพียงมื้อเดียวในบางวัน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับประทานอาหารของนักศึกษาพยาบาล คือ อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนในการรับประทานอาหารที่ไม่มีคุณภาพ ในขณะที่นักศึกษาเพียงบางส่วนเท่านั้นที่สามารถปรับตัวกับกลุ่มเพื่อนได้

ข้อเสนอแนะการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่าเจตคติต่อการดูแลสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมโดยรวมของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ดังนั้น

ในการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองแบบ
องค์รวมของนักศึกษา ควรพิจารณาการจัดกิจกรรม
ที่ก่อให้เกิดเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ และใช้
สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล นอกจากนี้ควรมีการศึกษา
ปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ
ตนเองแบบองค์รวมของนักศึกษาแต่ละชั้นปี และเพื่อ
เป็นการเปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง
แบบองค์รวมของนักศึกษาแต่ละชั้นปีได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณนางสาวญาณันธร
เดชอนบม และทีม นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัย
เซนต์หลุยส์ ที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

จุมพล รามล. (2559). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
แบบองค์รวมของนักศึกษามหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์. สืบค้นจาก <http://www.dpu.ac.th/graduate/upload/content/files>.
ประเวศ วะสี. (2551). สุขภาวะที่สมบูรณ์. หมอชาวบ้าน.
กรุงเทพฯ.
ปราณี อ่อนศรี. (2559). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม
การส่งเสริมสุขภาพ ของนักเรียนพยาบาล
กองทัพบก.วารสารพยาบาลทหารบก, 17(3),
158-167.
มาลีวัล เลิศสาครศิริ และชบา คำปัญญา. (2560). ปัจจัย
ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ
ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.
วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยนเรศวร, 25(3), 68-76.

วรรณวิมล เมฆวิมล. (2554). ภาวะสุขภาพและ
พฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร
ในมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. สืบค้นจาก
<http://ssruir.ssru.ac.th/handle/ssruir/523>.

สมคิด สอนศรี, ปราจิต ทิพย์โอสถ และพนิดา ต้นสิน.
(2560). พฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
วารสารศิลปศาสตร์ มทร.ธัญบุรี, 1(2), 1-33.

สราวุฒิ พงษ์พิพัฒน์, ภัทร ยันตรกร และจักร พุกกะมาน.
(2560). พฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. CMU Journal of
Education, 1(1), 34-45.

สายสวาท เผ่าพงษ์, อุไรรักษ์ คัมภีรนนท์, สิริเพ็ญโสภ
และจันทร์ สถาพร. (2011). พฤติกรรมสุขภาพ
ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรม
ราชชนนี นครราชสีมา. The Journal of
Boromarajonani College of Nursing,
Nakhonratchasima, 17(1), 81-91.

อัญชิษฐ์ อัมมัตมุชา. (2561). ความเครียด และ
การจัดการความเครียดของนักศึกษา
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชา
ทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดยะลา (ออนไลน์). สืบค้นจาก http://administer.pi.ac.th/uploads/eresearcher/upload_doc/2018/project/1536115111926141009155.doc.

- Fatimah Al-Kandari& Victoria L Vidal. (2017). Correlation of the health-promoting lifestyle, enrollment level, and academic performance of College of Nursing students in Kuwait. *Nursing and Health Sciences*, 9(2), 9-112.
- Hadaye, R., Pathak, B., & Lavangare, S. (2019). Nutritional status of the student nurses of a tertiary health-care center A mixed-method study. *Journal of family medicine and primary care*, 8(3), 1028-1034.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L. & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice*. 6th ed. New Jersey: Pearson.
- Yamane, T. (1973). *Statistic Introductory Analysis*. Harper International Edition, Tokyo, Japan.



ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ สมาคมแต่จิวแห่งประเทศไทย แขวงทุ่งวัดดอน เขตสาทร กรุงเทพมหานคร

Correlations between Health Belief and 3E 2S Health Behaviors of Elderly in Taejew Community Tungwatdorn Sathorn Bangkok Thailand

พรศิริ พันธสี, วท.ม., Pornsiri Punthasee, M.Sc.^{1*}

กาญจนา ศรีสวัสดิ์, ค.อ.ด., Kanjana Srisawad, D.I.Ed.²

¹รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ

¹Associate Professor, Faculty of Nursing, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok.

²อาจารย์ ดร., สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

²Lecturer, Faculty of Nursing, Sukhothaimathathirat University, Pakkret Nontaburi.

*Corresponding Author Email: pornsiri@slc.ac.th

Received: April 20, 2020

Revised: May 11, 2020

Accepted: May 18, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ รวมทั้งหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง คือ ผู้สูงอายุ จำนวน 134 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.42$, $SD = .40$) ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งสูงสุด ($\bar{X}= 4.65$, $SD = .53$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.34$, $SD = .70$) พฤติกรรมสุขภาพด้านที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ด้านการไม่สูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่ ($\bar{X}= 4.75$, $SD = .90$) สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การรับรู้ความเชื่อทางด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.26$, $p < .01$) และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ($r= .30$, $p < .01$) แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r= -.29$, $p < .01$)

คำสำคัญ: ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส ผู้สูงอายุ

Abstract

The objectives of this descriptive correlational research were to study the relationship between health belief perception and 3E 2S (Eating, Exercise, Emotion, Smoking, Spirits) health behaviors among elderly in Taejew Community Tungwatdorn Sathorn Bangkok Thailand. The 134 samples were purposive sampling. The research tool was questionnaire consists of personal data, health belief and 3E 2S health behaviors. Data were analyzed by using descriptive statistics, chi-square test and Pearson product moment correlation coefficient. The results revealed that the overall health perception were high level ($\bar{X}$ =4.42, SD=.40) and the highest level is perceived susceptibility ($\bar{X}$ = 4.65, SD=.53) The overall 3E 2S health behaviors were high level as well ($\bar{X}$ =4.34, SD = .70) and the highest level is non smoking ($\bar{X}$ = 4.75, SD=.90) It was also found that the elderly, who had different marital status and income, were statistical significance different 3E 2S health behaviors ($p<.05$) Besides the 3E 2S health behaviors were statistical significance positive associated with the overall health perception ($r=.26$, $p<.01$) and perceived benefits ($r=.30$, $p<.01$) but were negative associated with perceived barrier to disease prevention ($r= -.29$, $p<.01$)

Keyword: Health belief, 3E 2S Health behavior, Elderly

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทั้งในระดับนานาชาติและประเทศไทยเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมา โดยมีแนวโน้มเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุมากขึ้น ในส่วนโครงสร้างประชากรของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2561 จำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 16.06 โดยอันดับหนึ่งคือ กรุงเทพมหานคร พบร้อยละ 17.98 (กรมการปกครอง, 2561) และจากสถิติโครงสร้างประชากรของประเทศต่าง ๆ คาดว่าประเทศไทยจะมีสัดส่วนผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี ค.ศ. 2015 ร้อยละ 15.8 และปี ค.ศ. 2050 จะพบถึงร้อยละ 37.1 (United Nation, 2015) ปัญหาในอนาคตที่ตามมาจากการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุคือ งบประมาณของประเทศที่สูงมากในการดูแลรักษา เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพ การทำงาน

ของอวัยวะต่าง ๆ ลดลงจึงเกิดการเจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non communicable disease, NCDS) มากขึ้น ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2558) โรคดังกล่าวเป็นโรคที่ต้องมีการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกายเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการป่วย จากความพิการ หรือไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ครอบครัวต้องรับภาระและเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา มีปัญหาเศรษฐกิจ ความเหนื่อยล้าพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดปัญหาสุขภาพและภาวะเครียดของผู้ดูแล (ขวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ, 2560) นอกจากนี้การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยในปี 2556 ยังพบว่าผู้สูงอายุไทยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 41 มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนร้อยละ 43 ในเพศชาย

และร้อยละ 50 ในเพศหญิง โรคเบาหวานร้อยละ 18 ข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 9 โรคซึมเศร้าร้อยละ 1 ขณะที่ มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ รวมทั้ง ผู้สูงอายุไทยยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่ำกว่า เป้าหมายร้อยละ 30 ทั้งนี้พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ที่ผู้สูงอายุไทยปฏิบัติเป็นประจำได้น้อยที่สุดเรียงตาม ลำดับได้แก่การออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 15-30 นาที การดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้ว การรับประทาน ผักและผลไม้ การไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการไม่สูบบุหรี่ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2556) ปัญหาสุขภาพดังกล่าวสามารถป้องกันได้ด้วยการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. คือ การบริโภค อาหาร (Eating) การออกกำลังกาย (Exercise) การจัดการ กับอารมณ์ (Emotion) และ 2 ส. คือ การสูบบุหรี่ (Smoking) และการดื่มสุรา (Spirits) จะช่วยลด ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อันตรายได้ (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง สาธารณสุข, 2556) และจากการศึกษาของ สุรพล อริยะเดชา (2555) พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ 2 ส จะทำให้ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงและกลุ่มเสี่ยง มีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแนวคิดทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมที่ใช้ อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม สุขภาพ โดย เชื่อว่า บุคคลที่มีความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างไรจะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมสุขภาพตาม ความเชื่อของตน ความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค perceived benefits) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุม โรค (perceived barriers to disease prevention)

และแรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivation) (Janz & Becker, 1984) จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับ แบบแผนสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพซึ่งมีผลการศึกษา ที่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาของ เกษริน อุบลวงศ์ และ นัยนา พิพัฒน์วณิชชา (2560) พบว่า ความเชื่อด้าน สุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกัน โรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การศึกษาของอุมาพร ปญญโสพรรณ และคณะ (2554) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการ ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในสตรีวัยทอง ส่วนการ ศึกษาของดวงหทัย แสงสว่าง และคณะ (2561) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรง ของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการ ลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ภาวะสุขภาพ เช่น การศึกษาของมนพัทธ์ อารัมภะวิโรจน์ (2560) พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีเพศ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันมี พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุ ที่มีรายได้แตกต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการ ศึกษาของเนาวรัตน์ จันทานนท์ และคณะ (2554) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีสถานภาพและระดับการ ศึกษาที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ไม่แตกต่างกัน ส่วนการศึกษาของภักจิรา ภูสมศรี และคณะ (2562) พบว่า เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ตำบลหนองช้างซาก อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

สมาคมแต่จังหวัดแห่งประเทศไทย แขวงทุ่งวัดดอน เขตสาทร กรุงเทพมหานคร เป็นสถานที่ที่ตั้งอยู่ใจกลางย่านธุรกิจของกรุงเทพมหานคร ได้มีการพัฒนาจัดกิจกรรมต่างๆ ไม่เพียงแต่เป็นที่พึ่งพาของสังคมชาวไทยเชื้อสายจีนเท่านั้นแต่ยังเอื้อเพื่อให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่บริเวณใกล้เคียงซึ่งมีหลากหลายวัฒนธรรมทั้งนับถือศาสนาพุทธ ศาสนาคริสต์ และศาสนาอิสลาม มารวมกลุ่มกันทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสวนสาธารณะของสมาคม ฯ เช่น เดิน วิ่ง พุดคุยกัน หรือออกกำลังกายอื่น ๆ เป็นต้น ผู้สูงอายุดังกล่าวอาจมีความเชื่อทางด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน และเนื่องจากสมาคมแต่จังหวัดแห่งประเทศไทยตั้งอยู่ใกล้กับวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ซึ่งมีพันธกิจมุ่งสอนให้ผู้เรียนเป็นผู้ที่มีความรู้และจริยธรรม ให้ความสำคัญกับคุณค่าศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้พิการ รวมทั้งผู้สูงอายุ และสอนให้ผู้เรียนสามารถใช้ องค์ความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและความผาสุกแก่สังคมตามปณิธานของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกับวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ที่มาใช้บริการที่สวนสาธารณะของสมาคมแต่จังหวัดแห่งประเทศไทย มีความเชื่อทางด้านการดูแลสุขภาพ และมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพอย่างไร รวมทั้งคุณลักษณะส่วนบุคคลและความเชื่อทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างไรกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ เพื่อจะได้นำผลการศึกษามาเป็นข้อมูล ในการหาแนวทางช่วยพัฒนา หรือจัดกิจกรรมส่งเสริม พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษา

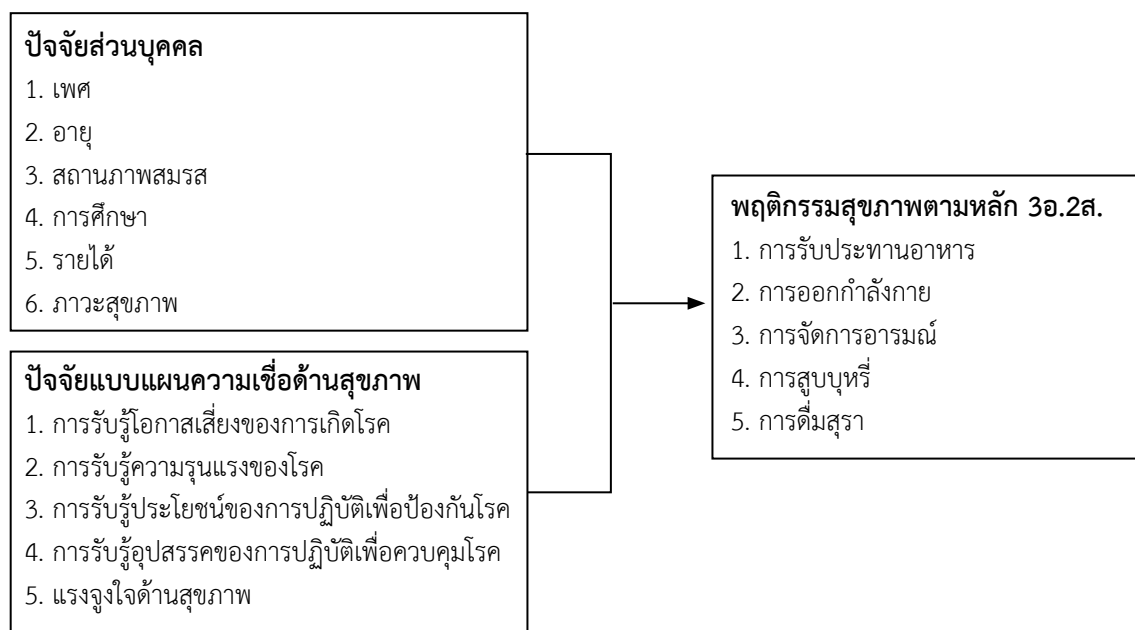
1. ระดับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุ
2. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ และภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.ของผู้สูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.
2. ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาเรื่องนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Janz NK. and Becker MH., 1984) และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) โดยมีการดำเนินงานวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้สูงอายุที่มาทำกิจกรรมต่าง ๆ ณ สวนสาธารณะของสมาคมใน กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) คือ ผู้สูงอายุที่มาทำกิจกรรมต่าง ๆ ณ สวนสาธารณะของสมาคมแต่จิวแห่งประเทศไทย แขวงทุ่งวัดดอน เขตสาทร กรุงเทพมหานคร ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และเต็มใจในการให้ข้อมูล การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G* Power 3.1 software (Cohen, 1992) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อำนาจการทดสอบที่ระดับ .95 และค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรม

สุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง $r = .508$ (ประไพพิศ สิงหเสน และคณะ, 2562) ซึ่งคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 134 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ตอน ตอนที่ 1 และ 2 ผู้วิจัยสร้างเองจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย ตอนที่ 3 ปรับมาจากกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556)

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะเป็นคำถามให้เลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และภาวะสุขภาพ

ตอนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มีการรับรู้ที่น้อยที่สุดจนถึงมากที่สุด (1-5) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 3 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค 5 ข้อ การรับรู้อุปสรรค

ของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค 5 ข้อ และแรงจูงใจด้านสุขภาพ 4 ข้อ รวมทั้งหมด 20 ข้อ เกณฑ์การประเมินระดับความเชื่อด้านสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับคือ น้อย (1.00-2.33) ปานกลาง (2.34-3.66) และมาก (3.67-5.00)

ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุตามหลัก 3อ.2ส. เป็นมาตรฐานส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีการปฏิบัติจนถึงปฏิบัติทุกครั้ง (1-5) ประกอบด้วยด้านการบริโภคอาหาร 3 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านสุขภาพ และด้านการดื่มสุรา ด้านละ 1 ข้อ รวม 7 ข้อ เกณฑ์การประเมินระดับความเชื่อด้านสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับคือ น้อย (1.00-2.33) ปานกลาง (2.34-3.66) และมาก (3.67-5.00)

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับจุดประสงค์ของงานวิจัย (The Index of Item Objective Congruence, IOC) 0.77-1.00 และนำไปทดสอบความเที่ยง (reliability) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่บริเวณใกล้เคียงกับวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha-Coefficient) เท่ากับ 0.86

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการสมาคมแพทย์แห่งประเทศไทย แขวงทุ่งวัดดอน เขตสาทร กรุงเทพมหานคร ผ่านสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร หลังจากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แนะนำตัวผู้วิจัย และชี้แจงโครงการวิจัยอย่างละเอียดแล้วจึงให้ลงนามในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วจึงเริ่มดำเนินการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ใช้เวลาในการสัมภาษณ์

30 นาทีต่อคน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามทุกฉบับ

5. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่รับรอง E.034/2562 ลงวันที่ 22 ตุลาคม 2562 โดยผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจทุกประเด็น ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับและจะนำเสนอเป็นภาพรวมเพื่อนำไปใช้ทางวิชาการเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถขอถอนตัวออกจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเกณฑ์การแปลผลระดับความสัมพันธ์ คือ ค่าสหสัมพันธ์ (r) 0.00-0.29 มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ 0.30 – 0.49 มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง 0.50 – 0.69 มีความสัมพันธ์ระดับสูง 0.70 – 1.00 มีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก (Cohen, 1988)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 62.70 อายุระหว่าง 60-70 ปี ร้อยละ 62.70 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.60 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 39.60 และ 30.60 มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย ร้อยละ 92.50 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 65.70 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง พบร้อยละ 64.80 ของผู้ที่

มีโรคประจำตัว และคนที่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค พบร้อยละ 28.40

ความเชื่อด้านสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพทั้งโดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ทั้งหมด โดยความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=4.65$, $SD=.53$)

รองลงมาคือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ($\bar{X}=4.64$, $SD=.41$) แรงจูงใจด้านสุขภาพ ($\bar{X}=4.56$, $SD=.54$) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\bar{X}=4.55$, $SD=.49$) ตามลำดับ และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ การรับรู้อุปสรรคเพื่อควบคุมโรค ($\bar{X}=3.70$, $SD=.83$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างรายด้านและภาพรวม (n = 134)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	4.65	.53	มาก
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	4.55	.49	มาก
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	4.64	.41	มาก
การรับรู้อุปสรรคเพื่อควบคุมโรค	3.70	.83	มาก
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	4.56	.54	มาก
รวม	4.42	.40	มาก

พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งโดยภาพรวมและรายข้ออยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาพฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การไม่สูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่ ($\bar{X}=4.75$, $SD=.90$) รองลงมา คือ การไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ($\bar{X}=4.70$, $SD=.71$) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ย

น้อยที่สุด คือ พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ได้แก่ การควบคุมปริมาณอาหารทุกมื้อ ($\bar{X}=3.72$, $SD=1.37$) การกินผักและผลไม้สด สะอาด เสมอวันละอย่างน้อย ครั้งกิโลกรัม ($\bar{X}=4.14$, $SD=1.05$) และการควบคุมรสชาติอาหารไม่ให้หวาน มัน เค็มจัดทุกมื้อ ($\bar{X}=4.21$, $SD=1.12$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.(n = 134)

พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. มีการควบคุมปริมาณอาหารทุกมื้อ	3.72	1.37	ดี
2. มีการควบคุมรสชาติอาหารไม่ให้หวาน มัน เค็มจัดทุกมื้อ	4.21	1.12	ดี
3. กินผักและผลไม้สด สะอาด วันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม	4.14	1.05	ดี
4. ออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อย มีเหงื่อออก	4.29	.88	ดี
5. มีการจัดการความเครียดของตนเองด้วยการมองโลกในแง่ดีเสมอ	4.29	1.03	ดี
6. การไม่สูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่	4.75	.90	ดี
7. การไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	4.70	.71	ดี
รวม	4.34	.70	ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับ และรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์กันอย่างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า สถานภาพสมรส มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.(n = 134)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.		
	χ^2	df	p-value
เพศ	1.247	1	.264
อายุ	1.699	2	.428
สถานภาพสมรส	8.241	2	.016*
การศึกษา	3.456	3	.326
รายได้	5.083	1	.024*
ภาวะสุขภาพ	.081	1	.776

* $p < 0.05$

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า การรับรู้ความเชื่อทางด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.26, p < .01$) ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

($r= .30, p<.01$) แต่การรับรู้อุปสรรคเพื่อควบคุมโรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ($r= -.29, p<.01$) อย่างไรก็ตามไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ($n = 134$)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	
	r	p- value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	.09	.297
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.04	.643
การรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	.30	.001*
การรับรู้อุปสรรคเพื่อควบคุมโรค	-.29	.001*
ด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพ	.06	.536
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	.26	.002*

อภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายตามสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานข้อ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. จากผลการวิจัยที่พบว่า สถานภาพสมรส และรายได้ของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสจะมีคู่คิดที่มีประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิต มีการพูดคุย ส่งเสริมให้กำลังใจกันในการดูแลสุขภาพ ได้ทำกิจกรรมต่างๆ หรือออกกำลังกายร่วมกัน ทำให้มีการออกกำลังกายได้ต่อเนื่อง คู่สมรสจะคอยดูแล เอาใจใส่เรื่องสุขภาพ การรับประทานอาหาร การปฏิบัติตนด้านสุขภาพ เป็นต้น

สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มี สถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน (ขวัญดาว กลั่นรัตน์ และคณะ, 2556) สำหรับปัจจัยด้านรายได้ อธิบายได้ว่า รายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต และการเข้าถึงแหล่งบริการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นที่อยู่อาศัยที่ถูกสุขลักษณะ การจัดหาอาหารที่มีประโยชน์ การจัดหาอุปกรณ์ต่างๆ ในการออกกำลังกาย ฯลฯ จึงเป็นส่วนหนึ่งส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของอุมพร ปุณณโศภวรรณ และคณะ (2554) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ต่างกัน โดยกลุ่มที่มีรายได้สูงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานข้อ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

จากผลการวิจัยที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากทุกด้าน และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.26, p<.01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อธิบายตามแนวคิดของแบบแผนสุขภาพ ได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพสามารถนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้ โดยผู้ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูงด้วย (Janz & Becker, 1984) แสดงว่าผู้สูงอายุในการศึกษานี้มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในระดับมากจึงมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมสุขภาพตามความเชื่อของตนมากเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จารุวรรณ พุ่มวิเศษ, 2557; อัจฉรา จินดาวัฒนวงศ์ และคณะ, 2555 ; Nelson , Patterson et al., 2018 ; Fenfen , et al., 2019) นอกจากนั้นผลการศึกษายังพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ($r=.30, p<.01$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในใจกลางเมืองของกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีอายุ 60-70 ปี ซึ่งเป็นผู้สูงอายุระดับต้นที่มีความสามารถในการใช้อินเตอร์เน็ตหรือสื่อออนไลน์ เช่น Line application, E mail, YouTube, Facebook เป็นต้น ในการค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านพื้นที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สื่อ และผู้สูงอายุนิยมใช้สื่อออนไลน์มากขึ้นและยังกระจุกตัวอยู่ในเขตเมือง (ระวีวรรณ ทรัพย์อินทร์

และญาติณี เคารพธรรม, 2560) และการศึกษาของรัตนา มูลนางเดียว (2558) พบว่า การได้รับข่าวสารทางด้านสุขภาพ จากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังอาศัยอยู่ใกล้สถานบริการสุขภาพในกรุงเทพฯ ฯ ซึ่งมีอยู่หลายแห่งจึงมีโอกาสดำเนินการรับคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับความรู้ อากาการ การดำเนินของโรค รวมทั้งการปฏิบัติตัวให้มีสุขภาพดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการปฏิบัติตัวให้มีสุขภาพดีทั้งเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ เช่น การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น สอดคล้องกับหลาย ๆ การศึกษา ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการส่งเสริมสุขภาพหรือการมีพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (รัตนา มูลนางเดียว, 2558; เกษริน อุบลวงศ์ และนัยนา พิพัฒน์วิณิชชา, 2560) ดังนั้นบุคลากรทางด้านสุขภาพจึงควรที่จะส่งเสริมจัดกิจกรรมเพิ่มพูนการรับรู้ทางด้านนี้ให้มากยิ่งขึ้นเพื่อจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการแสดงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพดียิ่งขึ้นด้วย

สำหรับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค พบว่า อยู่ในระดับมากและมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.29, p<.01$) อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคในระดับมาก แสดงว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้อุปสรรคน้อยการที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้และเชื่อว่าการปฏิบัติเพื่อการควบคุมโรคเป็นอุปสรรคน้อยสำหรับตนเองจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีของแบบแผนสุขภาพของ

Janz & Becker (1984) เช่นเดียวกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เกษริน อุบลวงศ์ และนัยนา พิพัฒน์วณิชชา (2560) ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.33, p < .01$)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพอื่น ๆ สามารถนำผลการวิจัยนี้ที่เกี่ยวกับความเชื่อรายด้านและรายข้อไปใช้ในการออกแบบบริการในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุนี้ได้ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยเน้นการส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้องตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มในบริบทของผู้สูงอายุที่ทำกิจกรรม ณ สวนสาธารณะของสมาคมแต่ใจแห่งประเทศไทย แขวงทุ่งวัดดอน เขตสาทร กรุงเทพมหานคร ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ในวงกว้าง

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผศ.ปานทิพย์ ผ่องอักษร ผศ.ศุภวรรณ ธนภาพรังสรรค์ และ ผศ.ดร.สมนึก สุกุลหงส์โสภณ ที่ได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย และขอขอบคุณ คุณทัศนีย์ สุวรรณโคตร คุณปริดา ธารนำเดชา คุณบุญยวีร์ดิษฐวิโรจน์ คุณธัญชนก เสมอภาค คุณธาวีลย์ กิจเกษมสวัสดิ์ คุณนุชนาถ คำพิสอน และ คุณสุพรรณิ อินทอง ที่ช่วยเก็บข้อมูลในการวิจัยจนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมการปกครอง กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2561). สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด. ระบบสถิติการลงทะเบียน กรมการปกครอง. สืบค้นจาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1550973505-153_0.pdf
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). คู่มือประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- เกษริน อุบลวงศ์ และนัยนา พิพัฒน์วณิชชา. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์, 33(2), 14-24.
- ขวัญดาว กลั่นรัตน์, ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์, ภัทรพล มหาพันธ์, และนวลฉวี ประเสริฐสุข. (2556). ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, 7(3), 93-104.
- จารุวรรณ พุ่มวิเศษ. (2557). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร. วารสารวิชาการแพทย์, 8(1), 89-100.
- ชลิต สวัสดิ์ผล. (2560). การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสวนดุสิต.

- ดวงหทัย แสงสว่าง, อนันท์ ผลิตนันทเกียรติ, และ
นิลาวรรณ งามข้า. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อ
พฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ.
วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์, 8(1), 103-117.
- เนาวรัตน์ จันทานนท์, บุศราคม สิงห์ชัย, และวิวัฒน์ วรวงษ์.
(2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัด
ชุมพร. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น*,
16(6), 749-758.
- ประไพพิศ สิงห์เสม, พอเพ็ญ ไกรนรา และวรารัตน์ ทิพย์รัตน์.
(2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้าน
สุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. ของ
ผู้สูงอายุ ตำบลหนองตาด จังหวัดตรัง. *วารสาร
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช*, 11(1),
37-42.
- ภัคจิรา ภูสมศรี, ดวงรัตน์ สว่างรัมย์, และสุนิสา ลิเครื่อ.
(2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขต
เทศบาล ตำบลหนองช้างซาก อำเภอบ้านบึง
จังหวัดชลบุรี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัย
อีสเทิร์นเอเซียแปซิฟิกวิทยาการศาสตร์และ
เทคโนโลยี*, 13(2), 228-230.
- มนพัทธ์ อารัมภักโรจน์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรค
ความดันโลหิตสูง ในชุมชนบ้านท่าซ้องเหล็ก
หมู่ที่ 9 จังหวัดอุบลราชธานีใน การประชุม
วิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ
ราชธานีครั้งที่ 2 มหาวิทยาลัยราชธานี จังหวัด
อุบลราชธานี. “การวิจัย 4.0 เพื่อการพัฒนา
ประเทศสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และ ยั่งยืน. 26-27
กรกฎาคม 2560 หน้า 933-944.
- ระวีวรรณ ทรัพย์อินทร์ และณาศินี เคารพธรรม. (2560).
สื่อกับผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสาร
นิเทศศาสตร์ธุรกิจบัณฑิต*, 11(2), 367-387.
- รัตนมา มุลนางเดียว. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ศูนย์บริการ
สาธารณสุข 67 ทวีวัฒนา สำนักอนามัย
กรุงเทพมหานคร. *วารสารพฤษภามหาวิทยาลัย
เกริก*, 33(3), 97-114.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
(2558). คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก
NCD คุณภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการ
โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2556). รายงานการ
สำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี 2556 ภายใต้
แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พัชรินทร์ พี.พี.
- สุรพล อริยะเดชา. (2555). ผลของการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุม
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของ
ข้าราชการอำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง.
*วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 29(3), 205-216.
- อุมาพร ปุณณโสพรรณ, ผจงศิลป์ เฟิงมาก, และ
จุฑามาศ ทองคำสิง. (2554). การรับรู้โอกาส
เสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกัน
โรคความดันโลหิตสูงของสตรีวัยทองในตำบล
ท่าฉาง อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี.
วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์,
3(1), 47-60.
- อัจฉรา จินดาวงศ์, นพวรรณ เปียเชื้อ, และพัชรินทร์
นันทจันทร์. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างการ
รับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในนักเรียน
มัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสารรามคำแหง
พยาบาลสาร*, 18(8), 58-69.

- Fenfen Li, et al. (2019) The Association between Health Beliefs and Fall-Related Behaviors and Its Implication for Fall Intervention among Chinese Elderly. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 4774-4788.
- Cohen, J. (1988) Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nded.). Hillsdale, New jersey : Erlbaum.
- Cohen, J. (1992) Quantitative Method in Psychology : A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 155-159.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health education quarterly*, 11(1), 1-47.
- Patterson, N. M., Bates, B. R., Chadwick, A. E., Nieto-Sanchez, C., & Grijalva, M. J. (2018). Using the health belief model to identify communication opportunities to prevent Chagas disease in Southern Ecuador. *PLoS neglected tropical diseases*, 12(9), e0006841.
- United Nation, Department of Economic and social Affairs, Population Division. (2015) *World Population Prospects : The 2015 Revision*, United Nations: New York, pp. 30.
-

ความสุขของผู้สูงอายุไทยยุค 4.0 ที่อาศัยอยู่ในชุมชนและผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ

The Happiness of Thai Elderly in Thailand 4.0 who Lived in Community and Foster Home

อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย, ค.ด., Oraphun Lueboonthavatchai, Ph.D.¹ *

อัทฉา ชื่นบุญ, ป.ด., Athcha Chuenboon, Ph.D.²

¹รองศาสตราจารย์ ดร., รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ

¹Associate Professor, Ph.D., Vice President for Academic Affairs,

Saint Louis College, Sathorn, Bangkok

²อาจารย์ ดร., สำนักวิชาศึกษาทั่วไป วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ

²Lecturer, Ph.D., School of General Education, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok

*Corresponding Author Email: oraphun@slc.ac.th

Received: Feb 29, 2020

Revised: May 8, 2020

Accepted: May 20, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความสุขของผู้สูงอายุไทยยุค 4.0 ที่อาศัยอยู่ในชุมชนและผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุไทย จำนวน 120 คน เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนจำนวน 60 คน และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 60 คน เครื่องมือวิจัยคือแบบสอบถามจำนวน 30 ข้อ ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมินสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และแบบประเมินความสุขของคนไทย ของกรมสุขภาพจิต หาดัชนีความตรงได้เท่ากับ 0.87 และ ค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูล หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบค่าเฉลี่ยของความแตกต่างระหว่างความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนและในสถานดูแลผู้สูงอายุด้วยสถิติทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุไทยยุค 4.0 มีความสุขในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.52 ค่าเฉลี่ยจำแนกตามกลุ่มพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนมีความสุขในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 3.60 ในขณะที่ผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุมีความสุขในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 3.44 และค่าเฉลี่ยรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุทั้งที่อาศัยในชุมชนและในสถานดูแลผู้สูงอายุมีความสุขด้านจิตใจในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 3.77 และ 3.52 ตามลำดับ ในขณะที่ด้านร่างกายพบว่าผู้สูงอายุทั้งในชุมชนและในสถานดูแลผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม มีความสุขระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 3.49 และ 3.46 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนและในสถานดูแลผู้สูงอายุในภาพรวมพบว่าผู้สูงอายุในชุมชนมีความสุขมากกว่าผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จากผลการศึกษาค้นนี้มีข้อเสนอแนะคือ ผู้สูงอายุไทยยุค 4.0 ทั้งที่อาศัยอยู่ในชุมชนและในสถานดูแลผู้สูงอายุ ควรได้รับการสนับสนุนให้มีโอกาสอยู่กับครอบครัวที่บ้านในชุมชน ได้ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวหรือสังคม โดยจัดหาสิ่งสนับสนุนและจัดให้เข้าถึงเทคโนโลยีที่จำเป็นพอควร รวมถึงจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยเพื่อเพิ่มโอกาสในการทำกิจกรรมที่เหมาะสมจะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขยิ่งขึ้นได้

คำสำคัญ: ความสุขของผู้สูงอายุไทยยุค 4.0 ชุมชน สถานดูแลผู้สูงอายุ

Abstract

The objective of this research was to study the happiness level of Thai elderly in Thailand 4.0 who lived in community and foster homes. The 120 samples consisted of 60 Thai elderly who lived in community with their families, and the others 60 who lived in the foster homes. The instrument was questionnaires consisted of 30 questions, developed from the Elderly Mental Health Assessment and Thai Happiness Scales from Mental Health Department of Thailand. The content validity was 0.87, and reliability was 0.93. The data were analyzed for mean, standard deviation, and compared the average of happiness between the elderly in the community and in the foster homes by independent t-test. The results indicated that the average of Thailand 4.0 elderly's happiness was at a high level, average score 3.52. When considered the two separate groups, the happiness of Thai elderly who lived in community was high level, average scores 3.60 while the happiness of Thai elderly who lived in foster homes was medium level, average scores 3.44. When considered in every aspect, the psychological happiness of both groups were high level, average scores were 3.77 and 3.52 respectively, while the physical happiness of both groups were medium level, average scores 3.49 and 3.46 respectively. The comparison of elderly's happiness in community and in foster homes has shown the statistical significance ($p < .05$), that the happiness level of elderly who lived in community was higher than who lived in foster homes. This study suggest that Thailand 4.0 elderly both in community and in foster homes should have a chance to live with their families in community, and do some social activities by giving supports and providing them some necessary technology, as well as good and safe environment for social accessibility.

Keyword: *happiness of Thailand 4.0 elderly, community, foster home*

บทนำ

ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรโลกที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากขึ้นเรื่อยๆ สำหรับประเทศไทย ปีพ.ศ. 2559 มีผู้สูงอายุจำนวน 10.7 ล้านคน คาดการณ์อีก 8 ปีข้างหน้าจะเพิ่มขึ้นเป็น 14.9 ล้านคน แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว สถานการณ์ของสังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย จากรายงานขององค์การสหประชาชาติมีทิศทางสอดคล้องกับรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2554) ที่สรุปแนวโน้มจำนวนประชากรทั้งประเทศว่า ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคม

ผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ด้วยสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในช่วงปี พ.ศ. 2564 และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดในปีพ.ศ. 2578 จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 ของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุเพศหญิงนั้นสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย รายงานเดียวกันนี้เผยว่าในปีพ.ศ. 2559 ประเทศไทยจะมีประชากรทั้งหมด 65.9 ล้านคน และ

มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมด โดยมีการจัดอันดับพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในประเทศไทย อันดับที่ 1 คือ กรุงเทพมหานคร มีผู้สูงอายุจำนวน 936,865 คน คิดเป็นร้อยละ 16.47 ของประชากรในจังหวัด อันดับที่ 2 นครราชสีมา 400,496 คน คิดเป็นร้อยละ 15.22 อันดับที่ 3 เชียงใหม่ 284,497 คน คิดเป็นร้อยละ 16.39 อันดับที่ 4 ขอนแก่น 276,209 คน คิดเป็นร้อยละ 15.32 และ อันดับที่ 5 นครศรีธรรมราช 240,522 คน คิดเป็นร้อยละ 15.47 (Sanyasayan, 2018)

การที่บุคคลมีอายุมากขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายและสมองย่อมเสื่อมถอยลงความสามารถในการทำงานย่อมลดน้อยลงไป รวมทั้งอาจมีข้อจำกัดในการปรับตัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเกิดภาวะเครียด วิตกกังวล ไม่มีความสุขในการดำรงชีวิต ความพึงพอใจในชีวิตลดลง (บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์, 2560) สำหรับระดับความสุขของผู้สูงอายุไทยยุค 4.0 ที่อาศัยอยู่ในชุมชนและผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานดูแลผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าความสุขของผู้สูงอายุไทยยุค 4.0 มีความสุขโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 3.52 นอกจากนี้เทคโนโลยียังช่วยให้ผู้สูงวัยได้สัมผัสประสบการณ์แปลกใหม่ในโลกที่ไร้พรมแดน และยังสามารถลดปัญหาสุขภาพได้อีกด้วย (วีรณัฐ โรจนประภา, 2560) กลุ่มผู้สูงอายุเมื่อเกษียณอายุจากการทำงานก็จะเป็นกลุ่มที่มีเวลาว่างมาก จนทำให้เกิดความเหงา หรือมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป จึงเป็นกลุ่มที่ต้องการการพูดคุย การเอาใจใส่และต้องการสื่อสารกับคนในครอบครัวมากกว่ากลุ่มคนอื่น ๆ ทำให้สื่อสังคมออนไลน์เป็นที่นิยมมากขึ้นในกลุ่มคนเหล่านี้

สำหรับผู้สูงอายุนั้น สื่อสังคมออนไลน์เป็นช่องทางการสื่อสารที่ช่วยให้คลายความเหงา ความคิดถึงลูกหลาน ที่อาจมีเวลามาพบปะกันไม่บ่อยนัก การสื่อสารของกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเน้นในการส่งภาพ

คลิปวิดีโอ หรือการคุยแบบเห็นหน้ากันผ่านสื่อสังคมออนไลน์ได้มากกว่าการพิมพ์ข้อความ ดังนั้นลูกหลานเมื่อจะสื่อสารกับผู้สูงอายุในครอบครัว จึงควรเลือกใช้วิธีดังกล่าวมากกว่าพิมพ์ข้อความที่ผู้สูงอายุอาจจะติดขัดด้านการอ่าน (กนกกาญจน์ ปัญญาบุษบง, 2560) จากการศึกษาความสุขของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์ ผลการวิจัยพบว่าต่างมีความสุขและพอใจในชีวิตปัจจุบัน ผู้สูงอายุกล่าวว่าการมีอายุยืนยาวมาจนถึงขณะนี้ นับเป็นความโชคดีและการได้เข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขอยู่ในระดับมาก เนื่องจากผู้สูงอายุไม่ต้องลำบากในการประกอบอาชีพ มีเจ้าหน้าที่คอยดูแลเอาใจใส่และยังมีแขกที่มามีเยี่ยมเยียนทำให้ไม่รู้สึกเหงา และผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าและไม่ถูกทอดทิ้ง ทำให้คุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุบางรายต้องอาศัยเพียงลำพัง ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว และต้องทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพตน (จรรยาธิษฐาน พันธ์เยี่ยม, 2557)

ในขณะเดียวกันการศึกษาของปิยภรณ์ เลหาบุตร (2557) พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจและมีความสุขในบ้านที่ถูกสุขลักษณะและมีสิ่งแวดล้อมที่ดี มีบ้านที่อยู่อาศัยที่ดี มีความมั่นคงปลอดภัย รวมถึงการมีระบบสาธารณูปโภคที่ทั่วถึงและความสะดวกสบายในการรับบริการ ไม่ว่าจะเป็นด้านการเงินหรือความสะดวกในการรับข้อมูลข่าวสาร แต่ในขณะเดียวกันการได้รับบริการและสวัสดิการจากผู้นำชุมชนและสถานที่ในการทำกิจกรรมชุมชน แสดงถึงผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ดีต่อการอยู่กับบ้าน ในชุมชนที่อยู่อาศัย รู้สึกว่าบ้านน่าอยู่ สะดวกสบาย มั่นคงปลอดภัย ซึ่งข้อมูลนี้สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่องการศึกษาประสบการณ์ภาวะซึมเศร้าและความเศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุไทยของ อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และคณะ (2561) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาการดีขึ้นและหายกลับบ้านแล้ว กล่าวว่าสิ่งที่ตนคิด

ว่าสิ่งสำคัญก็คือ การมีญาติพี่น้องช่วยกันดูแล สนับสนุนช่วยเหลือให้กำลังใจ โดยเฉพาะจากคู่สมรสและลูกหลานอยู่ด้วยกันได้ทำบุญใส่บาตร ฝึกธรรมะ ทำสมาธิ ทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น ดูทีวี ออกกำลังกาย สังสรรค์กับเพื่อนฝูง และพยายามช่วยตัวเอง ดูแลตนเองที่ดี จะทำให้มีความสุข แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุไทยยุค 4.0 มีความสุขกับการที่อยู่ที่บ้านกับครอบครัวที่อบอุ่น

จากที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่า สังคมไทยยุค 4.0 เป็นสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเน้นการใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการสื่อสาร การดำรงชีวิตประจำวัน และพัฒนาประเทศ ผู้สูงอายุในสังคมไทยยุค 4.0 ต้องการการปรับตัว และการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ มากกว่าวัยอื่นๆ ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุต่างก็มีข้อจำกัดในการเรียนรู้สิ่งใหม่ เนื่องจากสภาพทางชีววิทยา ความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในการปรับตัว เกิดความเครียด วิตกกังวล ทั้งการทำงานและการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวมากกว่าวัยอื่นๆ โดยเฉพาะการขาดผู้ดูแลที่บ้าน จึงเป็นเหตุให้ครอบครัวต้องนำผู้สูงอายุไปพักอาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจศึกษาว่า ความสุขของผู้สูงอายุไทยยุค 4.0 ที่พำนักอยู่ในชุมชนร่วมกับครอบครัว และในสถานดูแลผู้สูงอายุทั่วไปมีความสุขมากน้อยเพียงใด เพื่อนำไปเป็นฐานข้อมูลในการกำหนดแนวทางการส่งเสริมความสุขของผู้สูงอายุให้ทัดเทียมกันในยุค 4.0 ผู้ศึกษาคาดว่าการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุไทยทั้งในชุมชนที่อยู่กับครอบครัว และที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ โดยนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีความสุขในการดำรงชีวิตในสังคมได้ ช่วยเหลือตัวเองได้ตามอัตภาพและไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น ซึ่งจะช่วยให้บรรลุเป้าหมายของการส่งเสริมความสุขของผู้สูงอายุ

โมเดลของประเทศไทยยุค 4.0 คือ มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืนโดยใช้โครงสร้างด้านการสื่อสารและโทรคมนาคมที่มีคุณภาพ มีอินเทอร์เน็ตที่ครอบคลุมประชากรมากที่สุด เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงทุกภาคส่วนได้อย่างไม่สะดุด เนื่องวงศ์ ทวยเจริญ (2561) กล่าวว่า Thailand 4.0 เป็นเรื่องของการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ ที่เน้นที่การแก้ปัญหาให้ประเทศหลุดพ้นจากกับดักรายได้ปานกลาง จึงต้องมีพัฒนาโครงสร้างเศรษฐกิจใหม่ซึ่งเรียกว่า New Economy Model มีการใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงที่ประชาชนสามารถสร้างรายได้ได้ด้วยตนเอง ต้องมีการปฏิรูปทั้งโครงสร้างในทุกมิติ ทั้งภาคธุรกิจ การเกษตร การศึกษาและแรงงาน เปลี่ยนจากระบบเศรษฐกิจที่เน้นการผลิตโดยใช้แรงงานเครื่องจักรและทรัพยากร เปลี่ยนมาเป็นการผลิตบนฐานความรู้และเทคโนโลยี และนวัตกรรมเพื่อเพิ่มมูลค่าสินค้าและบริการ

ดังนั้น ความสุขของผู้สูงอายุที่อยู่ในยุค 4.0 ณ ที่นี้ จึงมุ่งเน้น ความสุขในลักษณะของความรู้สึกสุขสบายของผู้สูงอายุที่สามารถปรับตัวในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมแห่งนวัตกรรมและเทคโนโลยีได้ สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเพื่อการดำเนินชีวิตได้ด้วยความสะดวกสบายในสังคมทั้งในครอบครัว และในสถานที่ที่ภาครัฐหรือเอกชนส่งเสริมทางสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุในเรื่องของระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุขสบาย รวดเร็ว และสามารถเข้าถึงได้ง่ายมากยิ่งขึ้น รวมถึงผู้สูงอายุในชุมชนที่อยู่กับครอบครัวและผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับและเปรียบเทียบความสุขของผู้สูงอายุไทยยุค 4.0 ที่อาศัยอยู่ในชุมชนร่วมกับครอบครัว และความสุขของผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เน้นการสำรวจข้อมูลจากแหล่งปฐมภูมิโดยดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุไทย ยุค 4.0 อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 120 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนร่วมกับครอบครัวบริเวณวัดปรก แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร จำนวน 60 คน และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุจำนวน 60 คน ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกสถานดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกันทั้ง 3 แห่ง ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา พระวิสุทธิวงศ์ อำเภอลำไทร จังหวัดปทุมธานี จำนวน 20 คน อาศัยที่บ้านพักผู้สูงอายุบ้านเบธานี อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 14 คน และศูนย์สงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านคามิเลียน ปราจีนบุรีจำนวน 26 คน ใช้วิธีการเลือกหน่วยงานที่ศึกษาแบบเจาะจง

ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีสัญชาติไทย อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่ย้ายอยู่ในชุมชน และผู้ที่ย้ายอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุบ้านพักคนชราทั้ง 3 แห่ง ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันเป็นสถานที่บริการด้านองค์การศาสนา ที่ให้ความร่วมมือในการตอบคำถาม สำหรับเกณฑ์การคัดออกคือ เป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถสื่อสารได้ และปฏิเสธการตอบคำถาม

2. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือ และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรับฟังถึงผลประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ เพื่อนำไปพัฒนาบริการด้านสุขภาพของประชาชน สำหรับการนำเสนอข้อมูลจะเสนอผลในภาพรวม หากผู้เข้าร่วมโครงการไม่พร้อมจะตอบคำถามใดๆ ก็ตามสามารถยกเลิกได้ ตลอดเวลาและการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่รับรอง E. 051/2562

3. เครื่องมือวิจัย เป็นแบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น 1 ชุด แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ที่อยู่อาศัย และโรคประจำตัว ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข โดยผู้วิจัยได้พัฒนาจากแบบประเมินความสุขของกรมสุขภาพจิต ซึ่งจำแนกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อที่มีความหมายทั้งทางบวกและทางลบ ข้อคำถามด้านร่างกาย 7 ข้อ ด้านจิตใจ 8 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและเทคโนโลยี 8 ข้อ และด้านสิ่งแวดล้อม 7 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับมีเกณฑ์คำตอบดังนี้ ไม่เลย หมายถึง ไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมากหรือรู้สึกแย่มาก เล็กน้อย หมายถึง มีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่มาก กลาง หมายถึง มีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือรู้สึกแยระดับกลางๆ รู้สึกมาก หมายถึง มีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี มากที่สุด หมายถึง มีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.87 จากนั้นหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่อาศัยในชุมชนเมืองและสถานดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ เท่ากับ 0.93 การแปลผลโดยคะแนนเฉลี่ยที่ได้แบ่งเป็น 5 ระดับ (Best, 1981) ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึงระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49

หมายถึง ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด จากนั้นผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2563 เมื่อได้ข้อมูลครบตามที่กำหนด จึงนำข้อมูลทั้งหมด มาวิเคราะห์

5. การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วย โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป หา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความสุขของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนและผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานดูแลผู้สูงอายุ และใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test) ในการเปรียบเทียบความสุขของผู้สูงอายุอาศัยในชุมชนและผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานดูแลผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า

1. ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.70 อายุ 66 ถึง 71 ปี ร้อยละ 31.70 มีโรคประจำตัวร้อยละ 65.00 คือโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ส่วนใหญ่การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 53.30 ไม่ประกอบอาชีพร้อยละ 60.00 รายได้เพียงพอร้อยละ 76.70 อาศัยอยู่กับครอบครัวร้อยละ 93.30 สำหรับ ผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.70 อายุ 72 ถึง 77 ปีร้อยละ 25.00 และ

78 ถึง 83 ปีร้อยละ 25.00 เท่ากัน มีโรคประจำตัวร้อยละ 60.00 คือโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เช่นกัน การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 70.00 ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 90.00 มีรายได้เพียงพอร้อยละ 85.00 ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา ร้อยละ 93.30 แต่ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ อาศัยอยู่คนเดียวร้อยละ 96.70

ในภาพรวมพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนมีความสุขโดยรวมอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 3.60 ส่วนผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุ มีความสุขโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางค่าเฉลี่ย 3.44 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม มีความสุขอยู่ในระดับมาก โดยผู้สูงอายุในชุมชนมีความสุขด้านจิตใจโดยเฉลี่ย 3.77 ที่อาศัยในสถานดูแลผู้สูงอายุมีความสุขค่าเฉลี่ย 3.52 สำหรับด้านสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม มีความสุขด้านสิ่งแวดล้อมในระดับมากเช่นกัน โดยผู้สูงอายุในชุมชนมีค่าเฉลี่ย 3.67 ผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุค่าเฉลี่ย 3.82 สำหรับด้านสังคมและเทคโนโลยีผู้สูงอายุในชุมชนมีความสุขในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.50 ส่วนผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุอยู่ระดับปานกลางค่าเฉลี่ย 3.18 สำหรับด้านร่างกายผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม มีความสุขในระดับปานกลาง คือผู้สูงอายุในชุมชนมีความสุขเฉลี่ย 3.49 ผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุมีความสุขเฉลี่ย 3.46 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสุขของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนและในสถานดูแลผู้สูงอายุรายด้านและในภาพรวม

ข้อคำถาม	ชุมชน (n=60)			สถานดูแลผู้สูงอายุ (n=60)		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
1. ด้านร่างกาย	3.49	.76	ปานกลาง	3.46	.98	ปานกลาง
2. ด้านจิตใจ	3.77	.74	มาก	3.52	.94	มาก
3. ด้านสังคมและเทคโนโลยี	3.50	.91	มาก	3.18	1.05	ปานกลาง
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	3.67	.64	มาก	3.82	.75	มาก
รวม	3.60	.42	มาก	3.44	.45	ปานกลาง

ด้านร่างกายพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนและในสถานดูแลผู้สูงอายุ ต่างก็มีความสุขด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.49 และ 3.46 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่พึงพอใจกับการได้ทำกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเองมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.73 รองลงมาคือ การได้ไปไหนมาไหนด้วยตนเอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 และมีความสุขในการรับประทานอาหารได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 แต่มีความพึงพอใจในสภาพร่างกายน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.25 สำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุพบว่า 3 ลำดับแรก ได้แก่ ความสุขในการรับประทานอาหารได้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.87 รองลงมาความสุขที่นอนหลับได้เป็นประจำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 และความสุขที่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 แต่ความพึงพอใจที่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเอง และความสุขในการไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเองในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.48 และ 2.92 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสุขด้านร่างกายของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนและผู้สูงอายุที่ อาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ

ข้อคำถาม	ชุมชน (n=60)			สถานดูแลผู้สูงอายุ (n=60)		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
1. ความพึงพอใจในสภาพร่างกาย	3.25	.63	ปานกลาง	3.28	.90	ปานกลาง
2. ความสุขที่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงได้	3.45	.59	ปานกลาง	3.52	.98	มาก
3. ความพอใจที่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเอง	3.73	.71	มาก	3.48	1.07	ปานกลาง
4. ความพึงพอใจในการไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเอง	3.62	1.04	มาก	2.92	1.33	ปานกลาง
5. ความสุขที่นอนหลับได้เป็นประจำ	3.37	.82	ปานกลาง	3.72	.83	มาก
6. ความสุขในการรับประทานอาหารได้	3.57	.81	มาก	3.87	.81	มาก
รวม	3.49	.76	ปานกลาง	3.46	.98	ปานกลาง

สำหรับด้านจิตใจพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนและสถานดูแลผู้สูงอายุต่างก็มีความสุขด้านจิตใจในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.77 และ 3.52 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าผู้สูงอายุในชุมชน มีความสุขในระดับมากที่สุด โดยมียอดของความสุขดังนี้ ลำดับแรกของผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ ความรู้สึกว่าครอบครัว

มีความอบอุ่นเท่ากับความรู้สึกมีความสุขเมื่ออยู่กับครอบครัว มีค่าเฉลี่ย 3.90 รองลงมา มีความสุขกับชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน มีค่าเฉลี่ย 3.85 และใช้ชีวิตอย่างอิสระและมีความสุข มีค่าเฉลี่ย 3.83 และมีความสุขในการดำเนินชีวิตประจำวัน 3.78 ความภาคภูมิใจในตนเอง 3.75 และความสุขในการดำเนินชีวิต ค่าเฉลี่ย 3.55

สำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ มีความสุขในระดับมากเพียง 4 ข้อ คือ รู้สึกว่าชีวิตที่ผ่านมา เป็นสิ่งมีค่า ค่าเฉลี่ย 3.93 รองลงมาคือ การใช้ชีวิตอย่าง อิสระค่าเฉลี่ย 3.78 ความสุขในการดำเนินชีวิตค่าเฉลี่ย 3.77 และความภาคภูมิใจในตนเองค่าเฉลี่ย 3.73 ส่วน ข้อที่มีความสุขระดับปานกลางก็คือ การหัวเราะบ่อยๆ

ในชีวิตประจำวันค่าเฉลี่ย 3.48 ความสุขกับชีวิตที่เป็น อยู่กับปัจจุบันค่าเฉลี่ย 3.45 ความพร้อมที่จะยอมรับ การเปลี่ยนแปลงในชีวิต ค่าเฉลี่ย 3.35 ส่วนความรู้สึก ว่าครอบครัวมีความอบอุ่น และมีความสุขเมื่ออยู่กับ ครอบครัวอยู่ในลำดับท้ายค่าเฉลี่ย 3.13 และ 3.08 ตาม ลำดับ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสุขด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนและ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ

ข้อคำถาม	ชุมชน (n=60)			สถานดูแลผู้สูงอายุ (n=60)		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
1. รู้สึกว่าชีวิตที่ผ่านมาเป็นสิ่งมีค่า	3.82	.65	มาก	3.93	.84	มาก
2. ใช้ชีวิตอย่างอิสระและมีความสุข	3.83	.85	มาก	3.78	.72	มาก
3. รู้สึกมีความสุขในการดำเนินชีวิต	3.55	.65	มาก	3.77	.77	มาก
4. รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง	3.75	.73	มาก	3.73	.84	มาก
5. หัวเราะบ่อยๆ ในชีวิตประจำวัน	3.78	.85	มาก	3.48	.97	ปานกลาง
6. มีความพร้อมที่จะยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต	3.62	.72	มาก	3.35	.84	ปานกลาง
7. รู้สึกว่าครอบครัวมีความอบอุ่น	3.90	.75	มาก	3.13	1.30	ปานกลาง
8. รู้สึกมีความสุขเมื่ออยู่กับครอบครัว	3.90	.80	มาก	3.08	1.32	ปานกลาง
9. มีความสุขกับชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	3.85	.76	มาก	3.45	.95	ปานกลาง
รวม	3.77	.74	มาก	3.52	.94	มาก

ด้านสังคมและเทคโนโลยีพบว่า ผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีความสุขด้านสังคมและเทคโนโลยี อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 ส่วนผู้สูงอายุ ในสถานดูแลผู้สูงอายุมีความสุขในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.18 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ผู้สูงอายุ ในชุมชนมีความสุข 3 ลำดับแรก ได้แก่ พอใจกับ การได้ช่วยเหลือผู้อื่นเท่ากับมีสมาชิกในครอบครัว ให้ความช่วยเหลือ มีค่าเฉลี่ย 3.92 รองลงมา มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น มีค่าเฉลี่ย 3.88 และสามารถ

รับรู้ข่าวสารและพักผ่อนหย่อนใจตามความบันเทิงได้ จากการใช้เทคโนโลยีมีค่าเฉลี่ย 3.73 แต่เรื่องหน่วยงานใน ชุมชนมาดูแลช่วยเหลือเมื่อเดือดร้อน และความเข้าใจใน การใช้เทคโนโลยี มีความสุขในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย เพียง 2.87 สำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานดูแล ผู้สูงอายุมีความสุขด้านสังคมและเทคโนโลยีอยู่ในระดับมาก เพียง 4 ข้อ คือ มีความสุขที่มีหน่วยงานในชุมชนดูแลช่วยเหลือ 3.68 ยอมรับและปรับตัวได้กับการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ค่าเฉลี่ย 3.58 เมื่อพิจารณา

รายชื่อ 3 ลำดับแรก ได้แก่ มีหน่วยงานในชุมชนมาดูแล มีความสุขระดับปานกลางและค่าเฉลี่ยน้อยสุดได้แก่ ช่วยเหลือเมื่อเดือดร้อน มีค่าเฉลี่ย 3.68 และมีเพื่อนหรือ การใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารและสร้างสัมพันธ์ภาพ บุคคลที่สามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อจำเป็น มีค่าเฉลี่ย กับครอบครัวค่าเฉลี่ย 2.50 และความเข้าใจในการใช้ 3.57 สำหรับหัวข้อที่ผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุ เทคโนโลยี มีค่าเฉลี่ย 2.38 (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสุขด้านสังคมและเทคโนโลยีของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน ชุมชนและผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ

ข้อคำถาม	ชุมชน (n=60)			สถานดูแลผู้สูงอายุ (n=60)		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
1. มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น	3.88	.72	มาก	3.58	.94	มาก
2. พอใจกับการได้ช่วยเหลือผู้อื่น	3.92	.72	มาก	3.43	1.11	ปานกลาง
3. มีเพื่อนหรือบุคคลที่สามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อจำเป็น	3.67	.82	มาก	3.57	.83	มาก
4. มีสมาชิกในครอบครัวให้ความช่วยเหลือ	3.92	.77	มาก	3.18	1.26	ปานกลาง
5. มีหน่วยงานในชุมชนมาดูแลช่วยเหลือเมื่อเดือดร้อน	2.87	1.31	ปานกลาง	3.68	0.70	มาก
6. สามารถยอมรับและปรับตัวได้กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคมปัจจุบัน	3.57	.79	มาก	3.58	.83	มาก
7. เทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ๆ ทำให้มีความสุข	3.33	1.12	ปานกลาง	2.72	1.21	ปานกลาง
8. มีความเข้าใจในการใช้เทคโนโลยี	2.87	1.17	ปานกลาง	2.38	1.22	ปานกลาง
9. มีความสุขที่ใช้เทคโนโลยีในการติดต่อสื่อสารหรือใช้ในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว	3.28	1.18	ปานกลาง	2.50	1.30	ปานกลาง
10. สามารถรับรู้ข่าวสารและพักผ่อนหย่อนใจตามความบันเทิงได้จากการใช้เทคโนโลยี	3.73	.61	มาก	3.25	1.17	ปานกลาง
รวม	3.50	.91	มาก	3.18	1.05	ปานกลาง

ด้านสิ่งแวดล้อมพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนและในสถานดูแลผู้สูงอายุมีความสุขด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมากทั้ง 2 กลุ่ม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.67 และ 3.82 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนมีความสุขด้านสิ่งแวดล้อมในระดับมากทุกด้าน โดย 3 ลำดับแรก ได้แก่ สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้เมื่อจำเป็น มีค่าเฉลี่ย 3.85 รองลงมา รู้สึกพอใจกับสภาพที่อยู่อาศัยมีค่าเฉลี่ย 3.77 สภาพแวดล้อมที่อยู่ในปัจจุบันส่งผลให้มีสุขภาพดี และรู้สึกปลอดภัยในทรัพย์สินเมื่ออาศัยอยู่ในสถานที่นี้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากันคือ 3.58 แต่พึงพอใจในสภาพแวดล้อมที่มีความมั่นคงปลอดภัย

เป็นลำดับท้ายค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 สำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุมีความสุขด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมาก 4 ข้อคือสภาพแวดล้อมที่อยู่ในปัจจุบันส่งผลให้มีสุขภาพดีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 รองลงมา คือความรู้สึกปลอดภัยในทรัพย์สินเมื่ออาศัยอยู่ในสถานที่นี้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.93 ความรู้สึกพอใจในสภาพแวดล้อมที่มีความปลอดภัย และความรู้สึกพอใจกับที่อยู่อาศัยค่าเฉลี่ยเท่ากันคือ 3.90 แต่มีความสุขในระดับปานกลางคือสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้เมื่อจำเป็นมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.42 (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสุขด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนและผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ

ข้อคำถาม	ชุมชน (n=60)			สถานดูแลผู้สูงอายุ (n=60)		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
1. สภาพแวดล้อมที่อยู่ในปัจจุบันส่งผลให้มีสุขภาพดี	3.58	.59	มาก	3.98	.62	มาก
2. พึงพอใจในสภาพแวดล้อมที่มีความมั่นคงปลอดภัย	3.57	.72	มาก	3.90	.68	มาก
3. รู้สึกปลอดภัยในทรัพย์สินเมื่ออาศัยอยู่ในสถานที่นี้	3.58	.70	มาก	3.93	.73	มาก
4. รู้สึกพอใจกับสภาพที่อยู่อาศัย	3.77	.67	มาก	3.90	.82	มาก
5. สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้เมื่อจำเป็น	3.85	.55	มาก	3.42	.91	ปานกลาง
รวม	3.67	.64	มาก	3.82	.75	มาก

2. ผลการเปรียบเทียบความสุขของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนและผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าข้อมูลทั้งกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนและผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุ มีลักษณะของข้อมูลส่วนบุคคลส่วนใหญ่ใกล้เคียงกันทั้งเพศ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ และความพึงพอใจของรายได้ ผู้วิจัยจึงนำคะแนนเฉลี่ยความสุขของ

กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มมาวิเคราะห์ความแตกต่างด้วยสถิติทดสอบค่าที พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุในชุมชนมีความสุขมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (ดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความสุขของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนและผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ

กลุ่มผู้สูงอายุ	Mean	SD	t	p-value
ที่อาศัยในชุมชน (n=60)	3.60	.42	2.05	.04*
ที่อาศัยในสถานดูแลผู้สูงอายุ (n=60)	3.44	.45		

*p<.05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าภาพรวมระดับความสุขของผู้สูงอายุไทยยุค 4.0 ที่อาศัยอยู่ในชุมชนและผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานดูแลผู้สูงอายุ มีความสุขอยู่ในระดับมาก และพบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีความสุขด้านจิตใจในระดับมากเช่นกัน จากรายละเอียดของข้อมูลพบว่าผู้สูงอายุมีความสุขมากเมื่อได้อยู่กับครอบครัว มีอิสระในการไปไหนมาไหนได้ สามารถช่วยเหลือตนเองได้มีความสุขที่ได้ทำกิจกรรมพูดคุยกับเพื่อนบ้าน ได้เข้าวัดทำบุญได้ช่วยเหลือผู้อื่น มีความสุขที่ไม่ป่วย ไม่มีโรค มีความสุขที่เกิดจากการตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุมีความสุขด้านสิ่งแวดล้อมในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.67 และ 3.80 ซึ่งข้อมูลนี้สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่องการศึกษาประสบการณ์ภาวะซึมเศร้าและความเศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุไทยของอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และคณะ (2561) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาการดีขึ้นและหายกลับบ้านแล้ว กล่าวว่าสิ่งที่ตนคิดว่า สำคัญและมีความสุขก็คือ การมีญาติพี่น้องช่วยกันดูแล สนับสนุนช่วยเหลือให้กำลังใจ โดยเฉพาะจากคู่สมรสและลูกหลาน อยู่ด้วยกันได้ทำบุญใส่บาตร ฝึกธรรมะ ทำสมาธิ ทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น ดูทีวี ออกกำลังกาย สังสรรค์กับเพื่อนฝูง และพยายามช่วยตัวเอง ดูแลตนเองที่ดี จะทำให้มีความสุขแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุไทยยุค 4.0 มีความสุขกับการที่อยู่ที่บ้านกับครอบครัวที่อบอุ่น ซึ่งตรงกับข้อมูลที่ได้จาก

การเปรียบเทียบความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนกับความสุขของผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนมีความสุขมากกว่าผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุจากการได้อยู่ร่วมกับครอบครัว ย่อมมีความสุข มีความอบอุ่นมากกว่าการอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุสามารถใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารกับครอบครัวได้เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนร่วมกับครอบครัวได้ ย่อมมีความรู้สึกอบอุ่น และมีความสุขมากขึ้น

สำหรับด้านร่างกาย พบว่าผู้สูงอายุทั้งในชุมชนและในสถานดูแลผู้สูงอายุ มีความสุขระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.49 และ 3.46 ซึ่งสอดคล้องกับที่บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์ (2560) กล่าวว่า การที่บุคคลมีอายุมากขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายและสมองย่อมเสื่อมถอยลง ความสามารถในการทำงานย่อมลดน้อยลงไป รวมทั้งอาจมีข้อจำกัดในการปรับตัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเกิดภาวะเครียด วิตกกังวล ไม่มีความสุขในการดำรงชีวิต ความพึงพอใจในชีวิตลดลง

สำหรับด้านสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุยุคไทยยุค 4.0 ทั้งชุมชนและในสถานดูแลผู้สูงอายุ มีความสุขด้านสิ่งแวดล้อมในระดับมากสามารถอภิปรายได้ว่า ปัจจุบันสังคมมีการเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้านสามารถได้รับความสุขได้ทั้งสิ่งแวดล้อม ด้านสถานที่ที่ทันสมัย มีสื่อบันเทิงต่างๆ ออนไลน์ได้พอควร ในขณะที่ผู้สูงอายุใน

ชุมชนก็ได้รับการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมที่ทันสมัยเพิ่มขึ้น ทำให้ความสุขระดับมากขึ้น ดังการศึกษาของกนกกาญจน์ บัญชาบุษบง (2560) ที่กล่าวว่าปัจจุบันสื่อสังคมออนไลน์ เป็นช่องทางการสื่อสารที่ช่วยให้คลายความเหงา ความคิดถึง ลูกหลาน ที่อาจมีเวลามาพบปะกันไม่บ่อยนัก การสื่อสารของกลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะถนัดในการส่งภาพ คลิปวิดีโอ หรือการคุยแบบเห็นหน้ากันผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ได้มากกว่าการพิมพ์ข้อความ ดังนั้นลูกหลานเมื่อจะสื่อสารกับผู้สูงอายุในครอบครัว จึงควรเลือกใช้วิธีดังกล่าว มากกว่าพิมพ์ข้อความที่ผู้สูงอายุอาจจะติดขัดด้านการอ่าน

สำหรับด้านสังคมและเทคโนโลยี พบว่าผู้สูงอายุ ในสถานดูแลผู้สูงอายุมีความสุขในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.18 โดยเฉพาะการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร กับครอบครัวค่าเฉลี่ยเพียง 2.50-2.38 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุมีโอกาสใช้เทคโนโลยีน้อย หากสามารถพัฒนาการใช้เทคโนโลยีและการสื่อสารออนไลน์ในกลุ่มผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้น น่าจะทำให้ผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุมีความสุข เพิ่มขึ้น ดังงานวิจัยของวีรณัฐ โรจนประภา (2560) ที่พบว่าหากผู้สูงอายุในโลกยุค 4.0 มีความสุขและมีความ ต้องการใช้สื่อออนไลน์แต่พอดีซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มคนที่มีความสุขมากที่สุด และผู้สูงอายุก็อาจใช้เทคโนโลยีที่มี ในการติดต่อสื่อสารเชื่อมสัมพันธ์ครอบครัว สร้างสุขให้ ยั่งยืน นอกจากนี้เทคโนโลยียังช่วยให้ผู้สูงวัยได้สัมผัส ประสพการณ์แปลกใหม่ในโลกที่ไร้พรมแดน และยังช่วยลดปัญหาสุขภาพได้อีกด้วย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุเมื่อ เกษียณอายุจากการทำงานก็จะเป็นกลุ่มที่มีเวลามาก จนวนทำให้เกิดความเหงา หรือมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับ สุขภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป จึงเป็นกลุ่มที่ต้องการ การพูดคุย การเอาใจใส่และต้องการสื่อสารกับคนใน ครอบครัวมากกว่ากลุ่มคนอื่นๆ ทำให้สื่อสังคมออนไลน์ เป็นที่นิยมมากขึ้นในกลุ่มคนเหล่านี้

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้สูงอายุไทยยุค 4.0 ในภาพรวมต่างก็มีความสุขในระดับมาก และพบว่าผู้สูงอายุ ที่อยู่กับครอบครัวมีความสุขมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ใน สถานดูแลผู้สูงอายุ โดยมีข้อมูลสนับสนุนให้เห็นว่า ความสุข ของผู้สูงอายุไทยยุค 4.0 ทั้งที่อาศัยในชุมชนและอาศัย ในสถานดูแลผู้สูงอายุ มีความต้องการสูงสุดและมีความสุข ที่สุดเมื่อได้อยู่กับครอบครัวที่อบอุ่น มีความปลอดภัยใน ทรัพย์สิน มีสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ปลอดภัย สามารถ ไปใช้บริการสาธารณสุขได้เมื่อจำเป็น มีอุปกรณ์และ เทคโนโลยีเพื่อการสื่อสารและบันเทิงที่จำเป็นบ้าง ก็จะทำให้ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างอบอุ่น และ มีความสุข ส่งผลให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ ผู้วิจัย จึงขอเสนอให้บุคลากรทางสาธารณสุข และครอบครัวที่มี ผู้สูงอายุในบ้าน พึงตระหนักถึงความรู้สึกของผู้สูงอายุว่า ตัวผู้สูงอายุเองมีความต้องการอยู่ร่วมกับครอบครัวและ ใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัว อยากให้สมาชิกในครอบครัว ดูแลและมีความสุขมากกว่าอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ หากมีความจำเป็นที่จะต้องนำผู้สูงอายุเข้าอยู่ในสถานดูแล ผู้สูงอายุด้วยเหตุผลใดก็ตาม เช่น เจ็บป่วย ไม่มีผู้ดูแล ญาติและครอบครัว ต้องอธิบายให้ผู้สูงอายุเข้าใจถึงความ จำเป็น และในขณะเดียวกันขอให้ผู้บริหารในสถานดูแล ผู้สูงอายุและรัฐพึงสนับสนุน และตระหนักถึงการ จัด สภาพแวดล้อมของสถานดูแลผู้สูงอายุที่อบอุ่น ปลอดภัย เสมือนอยู่บ้าน มีเทคโนโลยีที่จำเป็นทั้งการสื่อสารและ บันเทิง มีญาติใกล้ชิดดูแล และเข้าเยี่ยมได้เป็นประจำ

ข้อเสนอแนะวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาถึงสภาพปัญหาและความต้องการ ของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลในสถานดูแลผู้สูงอายุ เพื่อหาแนวทาง ในการส่งเสริมความสุขและการใช้พลังของผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพทางกาย

2. พัฒนาโครงการหรือวิธีการสนับสนุนให้มีโครงการพัฒนาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย การป้องกันโรคร้ายต่างๆ ทั้งผู้ดูแลและตัวผู้สูงอายุเอง ที่เข้าถึงความต้องการของสังคมยุค 4.0 เพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมปัจจุบันซึ่งเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนจากสังคมให้สามารถทำประโยชน์ และสร้างคุณค่าแก่ตนเองและสังคมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 คุณธาดารัตน์ เสี่ยงเสนาะ คุณสุชีลา สิงห์ไข คุณสุนันทา เวียงสงค์ คุณอรทัย เวียงอินทร์ คุณชลดา อินธนู คุณวนันสนันท์ จันละบุตร และคุณ อรณิชา แม่หลาย ที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณ คุณดวงใจ อัครารักษ์ ประธานชมชนดอนกุศล ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือในการดำเนิน การเก็บรวบรวมข้อมูลจนสำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กนกกาญจน์ บัญชาบุษบง. (2560). วิถีใหม่ “ผู้สูงอายุ” ยุค 4.0 ส่งความสุขแบบ “ออนไลน์” เชื่อมสัมพันธ์ครอบครัว. *มติชน*, สืบค้นจาก https://www.matichon.co.th/lifestyle/news_517489.

จรรณารักษ์ พันธุ์ยิ้ม. (2557). *คุณภาพชีวิตและความต้องการของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา จังหวัดนครปฐม* (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.

เนืองวงศ์ ทวยเจริญ. (2559). เวอร์ชันใหม่ ‘ประเทศไทย

4.0. ฐานเศรษฐกิจ. สืบค้นจาก <https://www.thansettakij.com/content/columnist/48324>

บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์. (2560). กรมสุขภาพจิต เปิดเวทีวิชาการสุขภาพจิตและ จิตเวชผู้สูงอายุระดับชาติ แนะนำ ยอมรับ ปรับตัวอยู่อย่างพอดี มีคุณค่า ใช้ 5 สุข ในยุค 4.0. *คมชัดลึก*. สืบค้นจาก <https://www.komchadluek.net/news/edu-health/288729>.

ปิยภรณ์ เลหาบุตร. (2557). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ 7 ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตตหีบ จังหวัดชลบุรี* (วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

วีรณัฐ โรจนประภา. (2560). พฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีที่มีผลต่อระดับความสุขของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการบัณฑิตวิทยาลัยสวนดุสิต*, 13(1), 89-104.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, สุวิมล จอดพิมาย และพรรณภา สองแสง. (2561). การศึกษาประสบการณ์ภาวะซึมเศร้าและความเศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุไทย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(3), 33-47.

Best, J.W. (1981). *Research in education*. 4th ed. New Jersey: Prentice Hall, 184

Sanyasayan. (2561). Active Aging ดีไซน์สังคม “กรุณา” ผู้สูงวัย ปลดภาระสู่โอกาส. สืบค้นจาก <https://www.real-inspire.com/2018/active-aging-thailand/pdf>.

เปรียบเทียบผลการออกกำลังกายด้วยฮูล่าฮูปกับการออกกำลังกายเสริมสร้าง
ความมั่นคงแกนกลางลำตัวต่อความทนทานของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัว
ในวัยรุ่นเพศหญิง (การศึกษานำร่อง)

**Comparison study of the effect of Hula Hoop and core stability exercise
on core muscle endurance in the female adolescents (A pilot study)**

อุษา ครุครรชิต, ปร.ด., Usa Karukunchit, Ph.D.^{1*}

ทิชพร สุขเกื้อ, วท.ม., Tichaporn Sookkua, M.S.²

¹อาจารย์ ดร., คณะกายภาพบำบัด วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ

¹Lecturer, Ph.D., Faculty of Physical Therapy, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok

²อาจารย์, คณะกายภาพบำบัด วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ

²Lecturer, Faculty of Physical Therapy, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok

*Corresponding Author Email: Usa@slc.ac.th

Received: April 22, 2020

Revised: May 15, 2020

Accepted: May 22, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการออกกำลังกายด้วยฮูล่าฮูปกับการออกกำลังกายเสริมสร้างความมั่นคงแกนกลางลำตัวต่อความทนทานของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวในวัยรุ่นเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครเพศหญิง 20 คน อายุระหว่าง 18 -25 ปี (20.20 ± 1.75 ปี) ที่มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง คัดเลือกอาสาสมัครโดยการจับฉลากสุ่มแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มออกกำลังกายเสริมสร้างความมั่นคงแกนกลางลำตัวจำนวน 10 คน (กลุ่ม CSE) และกลุ่มออกกำลังกายด้วยฮูล่าฮูป จำนวน 10 คน (กลุ่ม HHE) อาสาสมัครทุกคนจะทำการออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และทำการประเมินความทนทานของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวก่อนและหลังออกกำลังกาย 4 สัปดาห์ ด้วย flexor endurance test, Biering-Sorensen test of trunk extensor endurance, right and left side bridge endurance test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการออกกำลังกายครบ 4 สัปดาห์ อาสาสมัครที่ออกกำลังกายด้วยฮูล่าฮูป (HHE) มีความทนทานของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวกลุ่ม trunk flexors มากกว่าอาสาสมัครที่ออกกำลังกายเสริมสร้างความมั่นคงแกนกลางลำตัว (CSE) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อย่างไรก็ตามหลังออกกำลังกายครบ 4 สัปดาห์ อาสาสมัครที่ออกกำลังกายเสริมสร้างความมั่นคงแกนกลางลำตัว (CSE) มีความทนทานของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวกลุ่ม left trunk lateral flexors มากกว่า

อาสาสมัครที่ออกกำลังกายด้วยฮูล่าฮoop (HHE) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การออกกำลังกายด้วยฮูล่าฮoop และการออกกำลังกายเสริมสร้างความมั่นคงแกนกลางลำตัวสามารถเพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวหลังออกกำลังกายครบ 4 สัปดาห์ในวัยรุ่นเพศหญิงที่มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง

คำสำคัญ: ความทนทานของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัว การออกกำลังกายเสริมสร้างความมั่นคงแกนกลางลำตัว ออกกำลังกายด้วยฮูล่าฮoop

Abstract

The objective of this research was to comparison study the effect of the hula hoop exercise and cores stability exercise on core muscles endurance among sedentary female adolescents. Twenty female volunteers aged between 18-25 years (20.20 ± 1.75 years) were randomly assigned to two groups: core stability exercise group: CSE group ($n = 10$) and hula hoop exercise group: HHE group ($n = 10$). All volunteers performed each exercise three days per week for four weeks. The core muscles endurance were evaluated by flexor endurance test, Biering-Sorensen test of trunk extensor endurance, right and left side bridge endurance test before and after 4 weeks exercise. The results showed that trunk flexors muscle endurance in HHE group significant improved more than in CSE group after 4 weeks of exercise ($p\text{-value} < 0.05$). However, left trunk lateral flexors muscle endurance in CSE group significant improved more than in HHE group after 4 weeks of exercise ($p\text{-value} < 0.05$). This study suggests that hula hoop exercise and core stability exercise can improve core muscle endurance after 4 weeks of exercise among sedentary female adolescents.

Keyword: Core muscle endurance, core stability exercise, Hula Hoop exercise

บทนำ

พฤติกรรมเนือยนิ่งหรือ sedentary life style เป็นพฤติกรรมที่มีการเคลื่อนไหวและมีการออกกำลังกายลดลงหรือขาดการออกกำลังกาย มีการใช้พลังงานของร่างกายน้อยซึ่งมีระดับการใช้พลังงานเทียบเท่ากับขณะพัก ส่วนใหญ่จะพบในกลุ่มคนที่นั่งทำงานหน้าคอมพิวเตอร์ นั่งเรียน นักศึกษาที่มีพฤติกรรมนั่งประจำที่เกือบตลอดทั้งวันและมีการเล่นสมาร์ตโฟนติดต่อกันหลายชั่วโมง ทำให้มีการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน

ลดลงและมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง การนั่งอยู่กับที่ทำให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง ความทนทานและสมรรถภาพทางกายลดลง (Tremblay, Colley, Healy, & Owen, 2010; Owen, Healy, Matthews, & Dunstan, 2010; Yates & et al., 2011) นอกจากนี้การนั่งติดต่อกันเป็นระยะเวลานานหรือนั่งในท่าที่ไม่ถูกต้องตามหลักกายศาสตร์ ทำให้เพิ่มแรงที่กระทำต่อกระดูกสันหลังกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวเกิดการบาดเจ็บ เกิดภาวะความ

ไม่มั่นคงของกระดูกสันหลังและอาจเกิดอาการปวดหลัง (Costa & Vieira, 2010)

การออกกำลังกายเสริมสร้างความมั่นคงแกนกลางลำตัว (core stability exercise) เป็นการออกกำลังกายที่กระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อแกนกลางชั้นลึก ทำให้เกิดการทำงานร่วมกันของลำตัวชั้นลึกให้มีประสิทธิภาพ ทำให้กระดูกสันหลังมีความมั่นคงมากขึ้น การออกกำลังกายเสริมสร้างความมั่นคงแกนกลางลำตัว จึงมีความสำคัญที่จะส่งเสริมการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันในกลุ่มคนที่มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง ลดอาการปวดหลังและเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน (Gordon & Bloxham, 2016; Puntumetakul, ChaleRmsan, Hlaing, Tapanya, Saiklang, BouCaut, 2018; Areedomwong & et al., 2012)

ฮูล่าฮูปเป็นการออกกำลังกายที่มีความสนุกเพลิดเพลิน มีห่วงพลาสติกจะมีน้ำหนักเบาและแรงต้านน้อยทำให้สามารถออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่อง แรงเหวี่ยงฮูล่าฮูปสามารถเพิ่มความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัว การออกกำลังกายในท่ายืนและการเหวี่ยงฮูล่าฮูปด้วยสะโพกและเชิงกรานออกนอกจุดศูนย์กลางและควบคุมให้ห่วงและลำตัวเกิดความสมดุลในท่ายืน เป็นการส่งเสริมการทำงานร่วมกันของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวให้มีประสิทธิภาพ และเพิ่มความมั่นคงของกระดูกสันหลังในท่ายืน (Raorane & et al., 2017; Chen, Yang, Liu, Pan & Liu, 2018)

แต่อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่ศึกษาผลการออกกำลังกายด้วยฮูล่าฮูปต่อความทนทานของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวมีค่อนข้างน้อย และยังไม่มีผลการศึกษาที่แน่นอน ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการออกกำลังกายด้วยฮูล่าฮูปและการออกกำลังกายเสริมสร้างความมั่นคงแกนกลางลำตัวต่อความทนทานของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัว

วัตถุประสงค์งานวิจัย

เปรียบเทียบผลของการออกกำลังกายด้วยฮูล่าฮูปกับการออกกำลังกายเสริมสร้างความมั่นคงแกนกลางลำตัวต่อความทนทานของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวก่อนและหลังออกกำลังกายครบ 4 สัปดาห์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงทดลองในครั้งนี้ เป็นการศึกษานำร่อง (Pilot study) โดยดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้คือนักศึกษาเพศหญิงที่มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครคัดเลือกเฉพาะนักศึกษาเพศหญิง เนื่องจากเพศชายและหญิงมีความแตกต่างของความทนทานของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัว (Evans, Refshauge & Adams, 2007) มีอายุระหว่าง 18-25 ปี จำนวน 20 คน มีพฤติกรรมนั่งประจำที่มากกว่า 5 ชั่วโมงต่อวัน มีเกณฑ์การคัดเข้าคือสามารถเล่นฮูล่าฮูปได้ต่อเนื่องมากกว่า 2 นาที และไม่ได้เล่นมานานมากกว่า 6 สัปดาห์ มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติระหว่าง 18.50-22.90 กิโลกรัม/เมตร² มีอัตราส่วนเส้นรอบเอวต่อสะโพกอยู่ในเกณฑ์ปกติระหว่าง 0.71-0.77 มีภาวะความไม่มั่นคงของกระดูกสันหลังเกณฑ์การคัดออกคือ มีการออกกำลังกายเป็นประจำ 3 เดือนก่อนการเข้าร่วมวิจัย มีภาวะตั้งครรภ์ มีอาการปวดบริเวณหลังระดับรุนแรง มีอาการร้าวลงขา มีพยาธิสภาพที่ไขสันหลังส่วนปลาย (cauda equine syndrome) มีภาวะของรากประสาทถูกรบกวน (neurological deficit) มีประวัติการเกิดอุบัติเหตุหรือเคยผ่าตัดบริเวณกระดูกสันหลัง มีอาการปวดหลัง (Pain scale $\geq 3/10$) ขณะทดสอบอย่างน้อย 1 การทดสอบเมื่อประเมินภาวะไม่มั่นคงของกระดูกสันหลังด้วย aberrant movement test, painful catch test, prone instability test และ passive lumbar extension test

(Puntumetakul, Yodchaisarn, Emasithi, Keawduangdee, Chatchawan & Yamauchi, 2015; Ferrari, Manni, Bonetti, Villafañe & Vanti, 2015; Alqarni, Schneiders & Hendrick, 2011) เกณฑ์การยุติการวิจัยคือ อาสาสมัครขอยุติการเข้าร่วมวิจัย หรืออาสาสมัครไม่สามารถออกกำลังกายได้ตามโปรแกรมครบ 4 สัปดาห์ หรือ พบรอยแดง ข้ำหรือมีอาการปวดบริเวณเอวภายหลังการออกกำลังกาย และเมื่อประคบเย็น 15-20 นาที แล้วอาการไม่หาย หรือมีอาการร้ายลงขาแบบกะทันหันและไม่เคยเป็นมาก่อน

2. การพิทักษ์สิทธิอีกกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายให้อาสาสมัครได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัย ขั้นตอนต่างๆ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและการรักษาความลับและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และระหว่างการทดลองหากอาสาสมัครไม่ประสงค์จะดำเนินการต่อสามารถขอยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา และการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ รับรอง E.055/2560

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ อุปกรณ์ห่วงฮูล่าฮูป นาฬิกาจับเวลา ผ้าขนหนู หมอน เตียง เก้าอี้ สายรัดลำตัวหรือขาที่มีแถบตีนตุ๊กแก และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ลักษณะส่วนบุคคล

4.การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยคนที่ 1 ให้อาสาสมัคร ทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก แบ่งกลุ่มออกเป็น 2 กลุ่มจำนวน

กลุ่มละ 10 คน คือ กลุ่มที่ 1 ออกกำลังกายเสริมสร้างความมั่นคงแกนกลางลำตัว (Core Stability Exercise group : CSE) และกลุ่มที่ 2 ออกกำลังกายโดยใช้ฮูล่าฮูป (Hula Hoop Exercise group : HHE)

2. ผู้วิจัยคนที่ 2 เป็นผู้เดียวที่ทำหน้าที่ประเมินความทนทานของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวแบบ isometric endurance tests (intra-rater intraclass correlation; ICC = 0.82) ด้วยการทดสอบ**ท่าที่ 1 trunk flexor endurance test** ที่มุม 60 องศาจากแนวระนาบให้อาสาสมัครงอลำตัวให้พื่นพื้นท่ามุม 45 องศา มือกอดอกชั้นเข้า 90 องศา งอสะโพก 60 องศา โดยให้ลำตัวอยู่ในแนวตรง ผีเสื้อบริเวณเท้าสองข้าง เกร็งค้างไว้ให้นานที่สุด (รูปที่ 1) **ท่าที่ 2 Biering-Sorensen test of trunk extensor endurance** นำฝ่ามารัดส่วนของขาในระดับสะโพก ข้อพับเข่า และด้านหลังข้อเท้า มือกอดอกลำตัวอยู่ในแนวตรง เกร็งค้างไว้ให้นานที่สุด (รูปที่ 2) **ท่าที่ 3 right and left side bridge endurance test** ให้อาสาสมัครนอนตะแคงซ้ายและขวา โดยในแต่ละท่าให้กางแขน 90 องศา ขาด้านบนวางไขว้ไปบนพื้นเตียง เกร็งยกลำตัวให้อยู่ในแนวตรงค้างไว้ให้นานที่สุด (รูปที่ 3-4) บันทึกเวลาเป็นวินาที การทดสอบทั้งหมดจะประเมินในช่วงก่อนออกกำลังกายและหลังออกกำลังกายในสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งการทดสอบนี้มีความเชื่อมั่นการวัดระดับสูง (intra-rater intraclass correlation : ICC = 0.81-0.95, inter-rater intraclass correlation : ICC = 0.82-0.98) (Evans, Refshauge & Adams, 2007) ทั้งนี้ผู้วิจัยคนที่ 2 จะถูกปิดข้อมูล (blinded assessor) รูปแบบการออกกำลังกายของอาสาสมัครทุกคน



รูปที่ 1 Trunk flexor endurance test



รูปที่ 2 Biering-Sorensen test of trunk extensor endurance



รูปที่ 3 Right side bridge endurance test



รูปที่ 4 Left side bridge endurance test

3. กลุ่มที่ 1 ออกกำลังกายเสริมสร้างความมั่นคงแกนกลางลำตัว (CSE) ผู้วิจัยคนที่ 3 ให้อาสาสมัครออกกำลังกายสัปดาห์ละ 1 ท่า โดยเริ่มต้นจากท่าที่ 1 นอนคว่ำ (รูปที่ 5) ท่านั่ง (รูปที่ 6) ท่านอนหงายชันเข้าพร้อมกับกางขาข้างซ้ายออก 45 องศา (รูปที่ 7)

และทำนั่งร่วมกับเคลื่อนไหวของสะโพกไปด้านหน้า (รูปที่ 8) ทำการแขม่วหน้าท้องพร้อมกับขมิบก้น และเกร็งค้างไว้ 10 วินาทีต่อครั้ง โดยไม่กลั้นหายใจ ทำ 10 ครั้ง ต่อ 1 รอบ และวันละ 1 รอบ



รูปที่ 5 ท่านอนคว่ำ



รูปที่ 6 ท่านั่ง



รูปที่ 7 นอนหงายชันเข้ากางขา 45 องศา



รูปที่ 8 นั่งร่วมกับเคลื่อนไหวของสะโพกไปด้านหน้า

อาสาสมัครจะเปลี่ยนท่าออกกำลังกายเมื่อทำท่าออกกำลังกายได้อย่างถูกต้องและครบที่กำหนด ขณะออกกำลังกายจะมี pressure biofeedback ที่ต้องควบคุมให้ความดันอยู่ระหว่าง 40-60 มิลลิเมตรปรอท ขณะฝึกการเกร็งกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัว ให้อาสาสมัครวางนิ้วชี้และนิ้วกลางที่ท้องน้อยหรือขอบกางเกงชั้นใน เพื่อทดสอบการเกร็งของกล้ามเนื้อ transversus abdominis และให้วางที่กล้ามเนื้อด้านข้างของกระดูกสันหลังส่วนล่าง เพื่อทดสอบการเกร็งของกล้ามเนื้อ lumbar multifidus (รุ่งทิพย์ เฉลิมแสน และคณะ, 2559) ก่อนและหลังการออกกำลังกาย จะทำการยืดกล้ามเนื้อ 5 นาที

4. กลุ่มที่ 2 ออกกำลังกายด้วยฮูล่าฮูป (HHE) ผู้วิจัยคนที่ 4 แนะนำวิธีการออกกำลังกายด้วยฮูล่าฮูป โดยอาสาสมัครต้องออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องไม่ให้หัวง หล่นสัมผัสพื้น ในสัปดาห์ที่ 1 ทำ 2 นาที สัปดาห์ที่ 2 ทำ 4 นาที สัปดาห์ที่ 3 ทำ 14 นาที และสัปดาห์ที่ 4 ทำ 15 นาที ทำวันละ 1 รอบ (Raorane & et al., 2017; McGill, Cambridge & Andersen, 2015) ก่อนและหลังการออกกำลังกาย จะทำการยืดกล้ามเนื้อ 5 นาที

5. อาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่ม ออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3 วัน วันเว้นวัน ระยะเวลา 4 สัปดาห์ และหลังการออกกำลังกาย อาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่ม จะได้รับการประเมินบริเวณหลังเป็นเวลา 15-20 นาที

5.การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วย

โปรแกรมคอมพิวเตอร์ หาค่าเฉลี่ยของข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลส่วนบุคคล เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาของความทนทานของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวก่อนและหลังออกกำลังกายครบ 4 สัปดาห์ภายในกลุ่มที่ 1 CSE และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาของความทนทานของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวก่อนและหลังออกกำลังกายครบ 4 สัปดาห์ภายในกลุ่มที่ 2 HHE โดยใช้สถิติ Dependent T-Test และ วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระยะเวลาของความทนทานของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวก่อนและหลังออกกำลังกายครบ 4 สัปดาห์ระหว่างกลุ่มที่ 1 CSE และกลุ่มที่ 2 HHE โดยใช้สถิติ Independent T-Test

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า

1.ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาหญิง อายุ 18 -25 ปี จำนวน 20 คน แบ่งเป็น กลุ่ม CSE จำนวน 10 คน และกลุ่ม HHE จำนวน 10 คน จากข้อมูลพื้นฐาน พบว่าเฉลี่ยของอายุ ความสูง น้ำหนัก ดัชนีมวลกายและอัตราส่วนเส้นรอบเอวต่อสะโพก ระหว่างกลุ่ม CSE และกลุ่ม HHE พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลพื้นฐาน ของผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้อมูลพื้นฐาน	Mean ± SD		p-value
	CSE group (n = 10)	HHE group (n = 10)	
อายุ (ปี)	19.00±0.81	21.00±1.78	0.20
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	52.25±3.86	51.16±1.83	0.11
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	159.25±5.96	157.67±4.45	0.20
ดัชนีมวลกาย (กก./ม ²)	20.60±1.20	20.60±0.83	0.20
อัตราส่วนเส้นรอบเอวต่อสะโพก	0.74±0.01	0.74±0.02	0.20

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาของ flexor endurance test ภายในกลุ่มพบว่า กลุ่ม CSE ก่อนออกกำลังกาย (44.00 ± 18.18 วินาที) และหลังออกกำลังกายครบ 4 สัปดาห์ (70.75 ± 27.20 วินาที) พบว่าค่าเฉลี่ยระยะเวลาของ flexor endurance test เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่ม HHE ค่าเฉลี่ยระยะเวลาของ flexor endurance test ก่อนออกกำลังกาย (53.5 ± 13.20 วินาที) และหลังออกกำลังกายครบ 4 สัปดาห์ (88.25 ± 13.38 วินาที) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระยะเวลา flexor endurance test (วินาที) ภายหลังจากออกกำลังกายครบ 4 สัปดาห์ระหว่างกลุ่ม CSE และกลุ่ม HHE พบว่า กลุ่ม HHE มีค่าเฉลี่ยของระยะเวลา flexor endurance test เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่ม CSE อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะเวลาของ flexor endurance test (วินาที) ก่อนและหลังออกกำลังกายระหว่างกลุ่ม CSE และกลุ่ม HHE

สัปดาห์	Mean ± SD		p-value
	CSE group (n = 10)	HHE group (n = 10)	
ก่อนออกกำลังกาย	44.00 ± 18.18	53.5 ± 13.20	0.82
ออกกำลังกายครบ 4 สัปดาห์	70.75 ± 27.20	88.25 ± 13.38	0.24
ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง ก่อนและหลังออกกำลังกาย	26.75 ± 12.04	34.75 ± 23.99	0.02*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาของ Biering-Sorensen test of trunk extensor endurance test ในกลุ่ม CSE ก่อนออกกำลังกาย (84.50 ± 49.63 วินาที) และหลังออกกำลังกายครบ 4 สัปดาห์ (129.25 ± 55.81 วินาที) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ค่าเฉลี่ยระยะเวลาในกลุ่ม HHE ก่อนออกกำลังกาย (60.75 ± 12.34 วินาที) และหลังออกกำลังกายครบ 4 สัปดาห์ (100.50 ± 15.33 วินาที) พบว่า ค่าเฉลี่ยของ Biering-Sorensen test of trunk extensor endurance test เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภายหลังจากออกกำลังกายครบ 4 สัปดาห์ของระยะเวลา (วินาที) ของ Biering-Sorensen test of trunk extensor endurance ระหว่างกลุ่ม CSE และกลุ่ม HHE พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะเวลาของ Biering-Sorensen test of trunk extensor endurance (วินาที) ก่อนและหลังออกกำลังกายระหว่างกลุ่ม CSE และกลุ่ม HHE

สัปดาห์	Mean $\pm$ SD		p-value
	CSE group (n = 10)	HHE group (n = 10)	
ก่อนออกกำลังกาย	84.50 $\pm$ 49.63	60.75 $\pm$ 12.34	0.09
ออกกำลังกายครบ 4 สัปดาห์	129.25 $\pm$ 55.81	100.50 $\pm$ 15.33	0.13
ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง ก่อนและหลังออกกำลังกาย	44.75 $\pm$ 28.19	39.75 $\pm$ 20.84	0.53

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาของ right side bridge endurance test ในกลุ่ม CSE ก่อนออกกำลังกาย (45.50 $\pm$ 22.16 วินาที) และหลังออกกำลังกายครบ 4 สัปดาห์ (70.00 $\pm$ 31.18 วินาที) พบว่าค่าเฉลี่ยของ right side bridge endurance test เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ค่าเฉลี่ยระยะเวลาในกลุ่ม HHE ก่อนออกกำลังกาย (32.00 $\pm$ 12.14 วินาที) และหลังออกกำลังกายสัปดาห์ที่ 4 (68.00 $\pm$ 19.13 วินาที) พบว่าค่าเฉลี่ยของ right side bridge endurance test เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระยะเวลา (วินาที) ของ right side bridge endurance test ภายหลังจากออกกำลังกายครบ 4 สัปดาห์ระหว่างกลุ่ม CSE และกลุ่ม HHE พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในช่วงหลังออกกำลังกาย (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะเวลาของ right side bridge endurance test (วินาที) ก่อนและหลังออกกำลังกายระหว่างกลุ่ม CSE และกลุ่ม HHE

สัปดาห์	Mean $\pm$ SD		p-value
	CSE group (n = 10)	HHE group (n = 10)	
ก่อนออกกำลังกาย	45.50 $\pm$ 22.16	32.00 $\pm$ 12.14	0.36
ออกกำลังกายครบ 4 สัปดาห์	70.00 $\pm$ 31.18	68.00 $\pm$ 19.13	0.37
ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง ก่อนและหลังออกกำลังกาย	24.50 $\pm$ 13.13	36.00 $\pm$ 7.44	0.27

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาของ left side bridge endurance test ในกลุ่ม CSE ก่อนออกกำลังกาย (42.75 ± 15.78 วินาที) และหลังออกกำลังกายครบ 4 สัปดาห์ (65.75 ± 17.06 วินาที) พบว่าค่าเฉลี่ยของ left side bridge endurance test เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าเฉลี่ยระยะเวลาในกลุ่ม HHE ก่อนออกกำลังกาย (35.50 ± 5.80 วินาที) และหลังออกกำลังกายครบ 4 สัปดาห์

(56.75 ± 16.68 วินาที) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระยะเวลาของ left side bridge endurance test (วินาที) ภายหลังออกกำลังกายครบ 4 สัปดาห์ระหว่างกลุ่ม CSE และกลุ่ม HHE พบว่ากลุ่ม CSE มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาของ left side bridge endurance test (วินาที) เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่ม HHE อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะเวลาของ left side bridge endurance test (วินาที) ก่อนและหลังออกกำลังกายระหว่างกลุ่ม CSE และกลุ่ม HHE

สัปดาห์	Mean $\pm$ SD		p-value
	CSE group (n = 10)	HHE group (n = 10)	
ก่อนออกกำลังกาย	42.75 ± 15.78	35.50 ± 5.80	0.28
ออกกำลังกายครบ 4 สัปดาห์	65.75 ± 17.06	56.75 ± 16.68	0.93
ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง ก่อนและหลังออกกำลังกาย	23.00 ± 6.58	21.25 ± 15.90	0.03*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังออกกำลังกาย 4 สัปดาห์ในกลุ่ม CSE พบว่า ค่าเฉลี่ยระยะเวลาของ flexor, right และ left side bridge endurance test เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่กลุ่ม HHE พบว่า ค่าเฉลี่ยระยะเวลาของ extensor และ right side bridge endurance test เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังออกกำลังกายครบ 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่ม HHE มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาของ flexor endurance test เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเทียบกับกลุ่ม CSE แต่กลุ่ม CSE มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาของ left side bridge endurance test เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเทียบกับกลุ่ม HHE

การออกกำลังกายเสริมสร้างความมั่นคงแกนกลางลำตัว (CSE) เป็นการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อเพื่อควบคุมและป้องกันการบาดเจ็บของกระดูกสันหลัง โดยให้เกิดการทำงานร่วมกันของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวแบบ co-contraction ของกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อหลังร่วมกับการเคลื่อนไหวของขาและข้อสะโพกเพื่อเพิ่มความยากในการออกกำลังกาย กระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวที่จะควบคุมแนวกระดูกสันหลังและกระดูกเชิงกรานให้อยู่ในท่าปกติ ควบคุมการทรงท่าให้สมดุลเพิ่มความมั่นคงของกระดูกสันหลัง ลดแรงกระทำ

ต่อกระดูกสันหลังและเนื้อเยื่อรอบกระดูกสันหลัง ทำให้ลดความล้าของการทำงานของกล้ามเนื้อและเพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวในกลุ่ม trunk flexors, trunk extensors, trunk lateral flexors (Shamsi & et al., 2016; Ebrahimi, Blaouchi, Eslami, Shahrokhi, 2014; Aly, 2017)

อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ค่า Biering-Sorensen test of trunk extensor endurance (วินาที) ก่อนและหลังออกกำลังกาย 4 สัปดาห์ ในกลุ่ม CSE มีการเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Shamsi และคณะ (2016) ที่พบการเพิ่มขึ้นของ Biering-Sorensen test of trunk extensor endurance อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มที่มีอาการปวดหลังเรื้อรัง แต่ผลวิจัยดังกล่าวไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ebrahimi และคณะ (2014) ที่พบการเพิ่มขึ้นของ Biering-Sorensen test of trunk extensor endurance ในกลุ่มที่มีอาการปวดหลังจากหมอนรองกระดูกเคลื่อน ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าการวิจัยดังกล่าวมีการออกกำลังกายเสริมสร้างความมั่นคงแกนกลางลำตัวร่วมกับการจัดท่าและฝึกการทรงท่าและการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

การออกกำลังกายด้วยธูล่าฮูบ เป็นการออกกำลังกายที่มีความหนักไม่มาก แต่ใช้พลังงานในการออกกำลังกายมาก ทำในท่ายืนร่วมกับการเหวี่ยงของสะโพกและเชิงกรานซึ่งทำให้เกิดการทำงานของร่วมกันของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัว คล้ายกับการทำงานของกล้ามเนื้อในการออกกำลังกายท่า plank ซึ่งกล้ามเนื้อมีการหดตัวแบบ co-contraction ของกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อหลัง และเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อหน้าท้องช่วงล่างและกล้ามเนื้อหลังโดยเฉพาะกล้ามเนื้อกลุ่มเหยียด เพื่อรักษาสสมดุลและควบคุมการทรงท่าของกระดูกสันหลังในท่ายืนและรักษาสสมดุลไม่ให้ช่วงหลังขณะเคลื่อนไหวและควบคุมการเคลื่อนที่ของช่วงตามทิศทางที่กำหนด ซึ่งเป็นหลักการที่สอดคล้อง

กับการออกกำลังกายความมั่นคงแกนกลางลำตัว นอกจากนี้การควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายให้สมดุลกับทิศทางการเคลื่อนของช่วงแบบตามหรือทวนเข็มนาฬิกาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการทำงานแบบ concentric และ eccentric ของกล้ามเนื้อหลัง ทำให้การออกกำลังกายด้วยธูล่าฮูบสามารถเพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัว (Raorane & et. al, 2017; Chen, Yang, Liu, Pan & Liu, 2018) แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาการออกกำลังกายด้วยธูล่าฮูบพบว่าไม่สามารถเพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวในผู้ที่มีอายุ 30-60 ปีที่ไม่มีภาวะอาการปวดหลังส่วนล่าง (McGill, Cambridge & Andersen 2015)

จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ทางคลินิกได้ว่า การออกกำลังกายด้วยธูล่าฮูบ และการออกกำลังกายความมั่นคงแกนกลางลำตัว เป็นทางเลือกหนึ่งของการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวได้ในวัยรุ่นเพศหญิงที่มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง

สรุปผลและเสนอแนะการวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายด้วยธูล่าฮูบและการออกกำลังกายเสริมสร้างความมั่นคงแกนกลางลำตัวสามารถเพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวหลังออกกำลังกายครบ 4 สัปดาห์ในวัยรุ่นเพศหญิงที่มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ คือเป็นการศึกษานำร่องเฉพาะวัยรุ่นเพศหญิง การศึกษาในอนาคตควรเพิ่มจำนวนอาสาสมัครและมีการศึกษาผลของการออกกำลังกายในเพศชาย และควรเพิ่มระยะเวลาในการออกกำลังกาย อย่างไรก็ตามหลังออกกำลังกายด้วยธูล่าฮูบในช่วงสัปดาห์แรก อาจพบรอยแดง ข้ำหรือมีอาการปวดบริเวณเอวโดยประคบเย็น 15-20 นาที จะช่วยบรรเทาอาการดังกล่าวได้

เอกสารอ้างอิง

- รุ่งทิพย์ เฉลิมแสน, รุ่งทิพย์ พันธุมเรากุล, วนิดา ตรีปัญหา, ทกมล กมลรัตน์, อุไรวรรณ ชัชวาลย์, รวิพร พิทักษ์, ปรัชญา กาละดี. (2559). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเสริมสร้างความมั่นคงของลำตัวในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างแบบไม่จำเพาะเจาะจงที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน: การศึกษานำร่อง. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 39(1), 48-60.
- Alqarni, A. M., Schneiders, A. G., & Hendrick, P. A. (2011). Clinical tests to diagnose lumbar segmental instability: a systematic review. *journal of orthopaedic & sports physical therapy*, 41(3), 130-140.
- Aly, S. M. (2017). Trunk muscles' response to core stability exercises in patients with chronic low back pain: A randomized controlled trial. *International Journal of Physiotherapy and Research*, 5(1), 1836-1845.
- Areeudomwong, P., Puntumetakul, R., Jirarattanaphochai, K., Wanpen, S., Kanpittaya, J., Chatchawan, U., & Yamauchi, J. (2012). Core stabilization exercise improves pain intensity, functional disability and trunk muscle activity of patients with clinical lumbar instability: a pilot randomized controlled study. *Journal of Physical Therapy Science*, 24(10), 1007-1012.
- Chen, W. H., Yang, W. W., Liu, Y. C., Pan, W. H., & Liu, C. (2019). Effects of hula hooping and mini hooping on core muscle activation and hip movement. *Proceedings of the Institution of Mechanical Engineers, Part P: Journal of Sports Engineering and Technology*, 233(1), 110-115.
- da Costa, B. R., & Vieira, E. R. (2010). Risk factors for work related musculoskeletal disorders: a systematic review of recent longitudinal studies. *American journal of industrial medicine*, 53(3), 285-323.
- Ebrahimi, H., Blaouchi, R., Eslami, R., & Shahrokhi, M. (2014). Effect of 8-week core stabilization exercises on low back pain, abdominal and back muscle endurance in patients with chronic low back pain due to disc herniation. *Specific Physical Therapy journal*, 4(1), 25-32.
- Evans, K., Refshauge, K. M., & Adams, R. (2007). Trunk muscle endurance tests: reliability, and gender differences in athletes. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 10(6), 447-455.
- Ferrari, S., Manni, T., Bonetti, F., Villafañe, J.H. & Vanti, C. (2015). A literature review of clinical tests for lumbar instability in low back pain: validity and applicability in clinical practice. *Chiropractic & manual therapies*, 23,14. doi: 10.1186/s12998-015-0058-7.
- Gordon, R., & Bloxham, S. (2016). A Systematic Review of the Effects of Exercise and Physical Activity on Non-Specific Chronic Low Back Pain. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 4(2), 22. doi: 10.3390/Healthcare 4020022.
- McGill, S. M., Cambridge, E. D., & Andersen, J. T. (2015). A six-week trial of hula hooping using a weighted hoop: effects on skinfold, girths, weight, and torso muscle endurance. *The Journal of Strength & Conditioning Research*, 29(5), 1279-1284.

- Owen, N., Healy, G. N., Matthews, C. E., & Dunstan, D. W. (2010). Too much sitting: the population-health science of sedentary behavior. *Exercise and sport sciences reviews*, 38(3), 105-113.
- Puntumetakul, R., Chalermisan, R., Hlaing, S. S., Tapanya, W., Saiklang, P., & Boucaut, R. (2018). The effect of core stabilization exercise on lumbar joint position sense in patients with subacute non-specific low back pain: a randomized controlled trial. *Journal of physical therapy science*, 30(11), 1390-1395.
- Puntumetakul, R., Yodchaisarn, W., Emasithi, A., Keawduangdee, P., Chatchawan, U., & Yamauchi, J. (2015). Prevalence and individual risk factors associated with clinical lumbar instability in rice farmers with low back pain. *Patient preference and adherence*, 9(1), 1-7.
- Raorane, N.S., Keerthi, R.D., Bhalerao, S., Redij, S., Kamthe, R., Gattani S, et al. (2017). Effect of hula hoop on core muscle strength. *International Journal of Applied Research*, 3(1), 578-581
- Tremblay, M. S., Colley, R. C., Saunders, T. J., Healy, G.N., & Owen, N. (2010). Physiological and health implications of a sedentary lifestyle. *Applied physiology, nutrition, and metabolism*, 35(6), 725-740.
- Shamsi, M. B., Rezaei, M., Zamanlou, M., Sadeghi, M., & Pourahmadi, M. R. (2016). Does core stability exercise improve lumbopelvic stability (through endurance tests) more than general exercise in chronic low back pain? A quasi-randomized controlled trial. *Physiotherapy theory and practice*, 32(3), 171-178.





ใบสมัครสมาชิกวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

วันที่เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นามสกุล

มีความประสงค์ ☐ ขอสมัครสมาชิกใหม่ ☐ ขอต่ออายุสมาชิก วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

ตั้งแต่ ปีที่ ฉบับที่ ถึง ปีที่ ฉบับที่

ประเภทสมาชิก ☐ รายปี (2 ฉบับ) เป็นเงิน 300 บาท (รวมค่าจัดส่งภายในประเทศ)

☐ ราย 3 ปี (6 ฉบับ/3 ปี) เป็นเงิน 800 บาท (รวมค่าจัดส่งภายในประเทศ)

สมัครในนาม ☐ ตนเอง ☐ หน่วยงาน ชื่อ

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้ชำระค่าสมาชิก จำนวน บาท (.....) โดย

☐ เงินสด

☐ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) สาขาโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์

ชื่อบัญชี “วิทยาลัยเซนต์หลุยส์” เลขที่บัญชี 186-2-00542-6

ออกใบเสร็จรับเงินในนาม

การจัดส่งวารสาร / ใบเสร็จ : ชื่อผู้รับ

ที่อยู่

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ มือถือ E-mail:

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

หมายเหตุ : โปรดส่งใบสมัครและหลักฐานการชำระเงินค่าสมาชิกวารสาร (สำหรับการโอนเงิน) มาที่

กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ 19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120

โทรศัพท์: 0-2675-5304 -12 โทรสาร: 0-2675-5313 E-mail: jhhm@slc.ac.th

ทั้งนี้สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่ <http://jhhm.slc.ac.th/> หรือที่ <https://tci-thaijo.org/index.php/slc>

สำหรับเจ้าหน้าที่ :

ได้รับเงินแล้วจำนวน บาท เลขที่ใบเสร็จรับเงิน ลงวันที่

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่รับเงิน

(.....)

คำแนะนำในการเตรียมและส่งต้นฉบับบทความ

กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพขอเชิญผู้สนใจส่งบทความทางวิชาการ บทความปริทัศน์ และบทความวิจัยทางด้านสุขภาพและการจัดการสุขภาพ ที่ครอบคลุมทั้งด้านการบริหาร การศึกษา การบริการ และการวิจัย เพื่อลงตีพิมพ์ในวารสาร โดยบทความที่พิจารณาตีพิมพ์ในวารสารจะต้องเป็นบทความที่มีคุณภาพ ไม่เคยตีพิมพ์หรือเผยแพร่ หรือรอการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารหรือเอกสาร/หนังสือประมวลบทความจากการประชุมทางวิชาการ (proceedings) อื่น ทั้งในรูปของสิ่งพิมพ์หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์มาก่อน และมีการจัดเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบที่วารสารกำหนดไว้

การเตรียมต้นฉบับบทความ มีรายละเอียด ดังนี้

1. **ขนาดของบทความ** บทความมีความยาวประมาณ 7-12 หน้ากระดาษ A4 ที่รวมภาพ ตาราง และเอกสารอ้างอิงแล้ว

2. **องค์ประกอบของบทความ** ประกอบด้วย

2.1 **ส่วนนำ** ได้แก่ ชื่อเรื่อง (title) ชื่อผู้เขียน (authors)/ ผู้วิจัย (researchers) และวุฒิการศึกษาสูงสุด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พร้อมทั้งตำแหน่ง สถานที่ทำงาน/สถานที่ติดต่อของผู้เขียน/ ผู้วิจัย (กรณีวิทยานิพนธ์ ให้ใส่ชื่อ ตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของอาจารย์ที่ปรึกษาด้วย) บทคัดย่อ (abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวประมาณ 250 คำ พร้อมมีคำสำคัญ (key word) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อย่างละไม่เกิน 6 คำ และแต่ละคำคั่นด้วยเครื่องหมาย comma “ , ” ระหว่างคำในภาษาอังกฤษ ส่วนภาษาไทยใช้การเว้นวรรคแทนระหว่างคำ

2.2 **ส่วนเนื้อหา** มีดังนี้

2.2.1 **บทความวิชาการและบทความปริทัศน์** ประกอบด้วย คำนำ เนื้อเรื่อง และสรุป

2.2.2 **บทความวิจัย** ประกอบด้วย

1) **บทนำ (introduction)** บอกถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย และเอกสารและงานวิจัยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการวิจัย ซึ่งควรเขียนในรูปของความเรียงให้เป็นเนื้อเดียวกัน วัตถุประสงค์ของการวิจัย และสมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

2) **วิธีดำเนินการวิจัย (research methodology)** ประกอบด้วย รูปแบบการวิจัย ประชากรและตัวอย่างการวิจัย/ ผู้ให้ข้อมูล (กรณีการวิจัยเชิงคุณภาพ) เครื่องมือการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การทดลอง (กรณีการวิจัยเชิงทดลอง) การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล กรณีที่เป็นการวิจัยในมนุษย์ให้ใส่สาระเกี่ยวกับการให้คำยินยอมสำหรับงานวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ถูกวิจัย และหรือการผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3) **ผลการวิจัย (results)** ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย

4) **อภิปรายผลการวิจัย (discussion)**

5) **สรุปและข้อเสนอแนะการวิจัย (conclusion and recommendations)**

2.3 ส่วนท้าย ได้แก่ กิตติกรรมประกาศ (acknowledgements) (ถ้ามี) เอกสารอ้างอิง (references) ตามระบบ APA (American Psychological Association) 6th Edition

3. รูปแบบการพิมพ์ มีรายละเอียดการพิมพ์ ดังนี้

3.1 ภาษา ยึดตามหลักการใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ถูกต้อง กรณีคำศัพท์ภาษาอังกฤษและภาษาไทยให้ยึดตามหลักของราชบัณฑิตยสถานและภาษาทางการที่ใช้

3.2 ตัวอักษร ภาษาไทยและภาษาอังกฤษใช้ตัวอักษรแบบ “TH Sarabun New” ขนาด 16

3.3 การตั้งค่าหน้ากระดาษ กำหนดขอบบนและขอบด้านซ้าย 3 เซนติเมตร ขอบล่างและขอบด้านขวา 2.5 เซนติเมตร ส่วนการพิมพ์ย่อหน้าให้ห่างจากเส้นกั้นขอบกระดาษด้านซ้าย 1.5 เซนติเมตร

3.4 การกำหนดเลขหัวข้อ ควรเรียงลำดับหัวข้อให้ชัดเจนตามลำดับเนื้อหา โดยหัวข้อใหญ่ให้ขีดซ้ายติดเส้นกั้นขอบกระดาษ หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลข เลขข้อระบบทศนิยม เลขตามด้วยวงเล็บ ตัวอักษร และเครื่องหมาย “ - ” กำกับหัวข้อ ตามระดับหัวข้อ ดังตัวอย่างเช่น 1. ... 1.1 ... 1.1.1 ... 1) ... ก. ... (กรณีภาษาไทย) หรือ a. ... (กรณีภาษาอังกฤษ) และ - ... เป็นต้น

3.5 ตารางและภาพประกอบ (tables and illustrations) ให้จัดเรียงลำดับตารางและภาพประกอบให้สอดคล้องกับเนื้อหาตามหมายเลขที่อ้างถึงในบทความ ทั้งนี้ให้ระบุชื่อตารางและภาพประกอบให้ชัดเจน โดยให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตาราง ส่วนชื่อภาพให้ระบุไว้ใต้ภาพ กรณีภาพถ่ายให้ใช้ภาพที่มีความคมชัด มีขนาดอย่างน้อยโปสการ์ด และถ้าเป็นไฟล์ภาพควรใช้นามสกุล JPEGs กรณีภาพวาดให้เขียนลายเส้นให้ชัดเจนด้วยหมึกดำและมีขนาดที่เหมาะสม *กรณีนำตาราง หรือภาพของผู้อื่นมาใช้ประกอบเนื้อหา ต้องขออนุญาตจากเจ้าของงานก่อน และให้อ้างอิงแหล่งที่มาได้ตาราง และภาพประกอบนั้นๆ ให้ถูกต้องตามหลักการอ้างอิงตามระบบ APA 6th Edition*

3.6 การอ้างอิงในเนื้อหา ให้อ้างอิงแทรกในเนื้อหาตามระบบ APA 6th Edition

การส่งต้นฉบับ

การส่งต้นฉบับสามารถส่งทางอีเมล jhhm@slc.ac.th หรือส่งทางเว็บไซต์วารสารออนไลน์ <https://tci-thaijo.org/index.php/slc> โดยส่งหนังสือแนบบทความเพื่อขอลงตีพิมพ์ในวารสารตามแบบฟอร์มที่กำหนดและไฟล์ต้นฉบับบทความ ทั้งไฟล์ pdf และไฟล์ doc โดยให้ชื่อไฟล์เป็นภาษาอังกฤษ กรณีที่มีผู้เขียนหลายคนจะต้องให้ผู้เขียนทุกคนให้คำยินยอมในการลงตีพิมพ์บทความในหนังสือแนบบทความด้วย แล้วส่งต้นฉบับบทความมาที่กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพและการจัดการสุขภาพ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ 19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กทม. 10120

เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพบทความ

บทความที่ได้รับการพิมพ์เผยแพร่จะต้องได้รับการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชานั้นๆ อย่างน้อย 2 คน โดยกองบรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาเลือกผู้ทรงคุณวุฒิในการประเมิน และภายหลังการประเมิน กองบรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาผลการประเมิน และอาจให้ผู้เขียนปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และทรงไว้ซึ่งสิทธิ์

ในการตัดสินใจพิมพ์เผยแพร่บทความในวารสารหรือไม่ก็ได้ โดยทั้งนี้กองบรรณาธิการจะไม่ส่งต้นฉบับคืน

การออกรับทุนการสำหรับผู้เขียน

กองบรรณาธิการจะออกรับทุนการวารสารฉบับที่ผลงานของผู้เขียนได้รับการตีพิมพ์ให้ผู้เขียน จำนวน 3 เล่ม กรณีมีผู้ร่วมเขียนหลายคน จะมอบให้แก่ผู้เขียนชื่อแรกเท่านั้น กรณีที่ผู้เขียนต้องการวารสารมากกว่า 3 เล่ม สามารถสั่งซื้อได้ราคาเล่มละ 150 บาท (รวมค่าจัดส่ง)



หนังสือนำเสนอบทความตีพิมพ์ วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขอส่งบทความและการให้ความยินยอมในการตีพิมพ์บทความของผู้เขียน

เรียน บรรณาธิการวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ☐ ต้นฉบับบทความ จำนวน ชุด ☐ ไฟล์ต้นบทความ จำนวน ไฟล์
☐ ไฟล์รูปภาพ จำนวน ภาพ ☐ อื่นๆ (ระบุ)

ข้าพเจ้า นาย/ นาง / นางสาว หมายเลขสมาชิก

สถานที่ติดต่อ

โทรศัพท์ มือถือ โทรสาร

อีเมล

มีความประสงค์ขอส่ง ☐ บทความวิจัย ☐ บทความวิชาการ ☐ บทความปริทัศน์

เรื่อง

..... เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความที่นำมาตีพิมพ์นี้เป็นผลงานที่ข้าพเจ้าจัดทำขึ้นด้วยตนเอง โดยไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่
 ในวารสารอื่น และ/หรือ Proceeding ในที่ประชุมวิชาการ และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น
 และข้าพเจ้าให้ความยินยอมในการตีพิมพ์บทความดังกล่าวในวารสารนี้ จึ่งลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ชื่อผู้เขียน/ผู้วิจัยหลัก (ตัวบรรจง) ลายเซ็น

ชื่อผู้เขียน/ผู้วิจัยร่วม (ตัวบรรจง)

1. ลายเซ็น

2. ลายเซ็น

3. ลายเซ็น

4. ลายเซ็น

สำหรับเจ้าหน้าที่

วันที่รับเอกสาร

☐ รับตีพิมพ์ ☐ ไม่รับตีพิมพ์

วันที่ตอบกลับ

ลงตีพิมพ์ ปีที่ ฉบับที่

(.....)

ผู้ส่งบทความ

วันที่ เดือน พ.ศ.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพบทความ วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

ต้นสังกัด	รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	
กระทรวงสาธารณสุข	นพ.เทวัญ ธานีรัตน์	
สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา	รศ.นพ.สรนิต ศิลธรรม	
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	รศ.ดร.วิชัย อิงพิณิจพงศ์	รศ.ดร.พนิชฐา พานิชาชีวะกุล
	รศ.ดร.สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล	รศ.ผ่องพรรณ อรุณแสง
	ผศ.ดร.ซัจจนณ์ แพรขาว	
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์	ศ.ดร.ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์	ผศ.รท.หญิง ดร.อัญชลี เขียวโสธรดวล
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	รศ.ดร.โสรัจ โปธิ์แก้ว	รศ.ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์
	ผศ.ดร.จิตอนงค์ ก้าวกลีกรรม	
มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา	รศ.ดร.วงเดือน ปันดี	
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	ศ.ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปันตา	ผศ.ดร.นวลลออ ธีวันชัย
	รศ.ดร.อาทิตย์ พวงมะลิ	
มหาวิทยาลัยชินวัตร	อ.ดร.เพ็ญจันทร์ แสนประสาน	
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต	รศ.ดร.สุรัตนา อำนวยผล	รศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา
มหาวิทยาลัยบูรพา	ศ.ดร.บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์	รศ.ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ
	ผศ.ดร.ฉันทนา จันทวงศ์	
มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก	ผศ.ดร.พรพรรณ สมิทร์ปัญญา	ผศ.ดร. พรรณวิภา บรรณเกียรติ
มหาวิทยาลัยมหิดล	ศ.ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ	ศ.ดร.จุฬา ภาณุบุลย์
	รศ.ดร.ประยูร ฟองสถิตกุล	รศ.ดร.มณี อาภานันท์กุล
	รศ.ดร.วรรณะ ชลาชนเดชะ	รศ.ดร.วิทยา อยู่สุข
	รศ.ดร.อรรณณ แก้วบุญชู	รศ.ดร.รุ่งทิพา วัจนละอิต
	รศ.ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา	รศ.ดร.ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา
	รศ.ดร.สุรชาติ ณ หนองคาย	ผศ.ดร.จตุพร วงศ์สาธิตกุล
	ผศ.ดร.พัชรภาพร เกิดมงคล	ผศ.ดร.วัลย์ลดา ฉันทะเรืองวนิชย์
	รศ.ดร.ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ	ผศ.ดร.พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์
	ดร.ชวลิต วโรตมรังสีมันต์	ดร.นพวรรณ พินิจจรเดช
	ผศ.นิตยา สุทธยากร	
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม		

ต้นสังกัด

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ผศ.ดร.ประทีป จิน่ง
ผศ.ดร.สายธิดา ลาภอนันตสิน

ผศ.ดร.รัมภา บุญสินสุข

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

รศ.สราวุธ สุธรรมมาสา
รศ.ดร.ศรีศักดิ์ สุนทรไชย
รศ.ดร.วรางคณา จันทร์คง
รศ.พรทิพย์ กิระพงษ์
รศ.สุดาว เลิศวิสุทธิไพบูลย์
ผศ.ดร.สิริรัตน์ สุวณิชย์เจริญ
ผศ.ดร.อารยา ประเสริฐชัย
ผศ.ดร.ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์

ศ.ดร.บุญทิพย์ สิริธรังสี
รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล
รศ.ดร.วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล
รศ.ดร.มุกดา หนูยศรี
ดร.ชื่นจิตร โพธิ์สัพสุข
ผศ.ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์

มหาวิทยาลัยศรีสเทย

ศ.ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ผศ.ดร.รัตนา จารุวรรณ

วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

รศ.พตอ.ดร.ทิพย์ขัมพร เกษโกมล

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

พันเอกหญิง ผศ.ดร.สายสมร เกลยภิตติ

นักวิชาการอิสระ

ศ.ดร.ศิริพร จิรวัดนกุล
รศ.ดร.พรรณราย ทรัพย์ะประภา
รศ.ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร

รศ.สุจิตรา ลัมอำนวยเลิศ
รศ.จิตติพร อิงคถาวรวงศ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

ดร.สิริวัฒน์ อายุวัฒน์

ดร.อัสนี วันชัย

วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

รศ.ดร.จิตรพรรณ ภูษาภักดีภพ

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

เชอร์ ดร.สมศรี สุขเมธ
รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย
รศ.สมพร ชีโนรส
ผศ.ดร.ผกาดี พุ่มสุทัศน์
ผศ.ดร.จินตนา อาจสันเทียะ
ดร.ปานตา อภิรักษ์นภานนท์
ดร.ชูเกียรติ จากใจชน

รศ.ดร.ดวงเดือน ศาสตรภัท
รศ.ดร.มาลีวัล เลิศสาครศิริ
รศ.สุภาวดี เครือโชติกุล
ผศ.ดร.สุวรรณา อนุสันติ
ผศ.ดร.สุวรรณี ลออปักสิน
ดร.นงคราญ วงษ์ศรี

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ สุรีย์ กฤษเจริญ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ณอมศรี อินทนนท์



สถาบันอุดมศึกษาเอกชนชั้นนำในอาเซียน มุ่งผลิตบัณฑิตที่ปฏิบัติวิชาชีพด้วยความรู้ คู่ความดี
A leading ASEAN private higher educational institute producing compassionate graduates who possess academic excellence and professional ethical values.



เปิดรับสมัครนักศึกษาใหม่ ระดับปริญญาตรี

รับสมัครตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

มีทุนการศึกษาสำหรับผู้เรียนดีในระดับปริญญาตรีทุกหลักสูตร

คณะพยาบาลศาสตร์

- หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
- หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
- สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล

คณะกายภาพบำบัด

- หลักสูตรกายภาพบำบัดบัณฑิต

คณะจิตวิทยา

- หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต
- วิชาเอกจิตวิทยาคลินิก
- วิชาเอกจิตวิทยาการปรึกษา
- วิชาเอกจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

19 ถนนสารใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
โทรศัพท์ 02-675-5304 ถึง 12 โทรสาร 02-675-5313



www.slc.ac.th



@SLC2528
www.facebook.com/SLC2528